

Speuren naar interculturele
kwaliteit voor de GGZ

Verwey-
Jonker
Instituut

Speuren naar interculturele kwaliteit voor de GGZ

*Perspectieven voor betere kwaliteit van
zorg voor vluchtelingen en migranten*

Drs. Henk Jan van Daal
Drs. Nuray Sönmez
Drs. Margaret Brugman

September 2003



ZonMw

nedcrlands centrum buitenland



Inhoud

	Ten Geleide	5
1	Probleemstelling en opzet	9
	Van probleem tot hulpaanbod	13
3	Kwaliteit van de randvoorwaarden	47
4	Conclusies	67
5	Samenvatting	71
	Literatuur	89
	Bijlage	95

Ten geleide

Het hier gerapporteerde onderzoek is anders gelopen dan de bedoeling was. Het doel van het onderzoek was om na te gaan in hoeverre en op welke wijze het mogelijk is om bestaande, of in ontwikkeling zijnde, kwaliteitssystemen rond de ambulante geestelijke gezondheidszorg toe te snijden op kwaliteitseisen rond culturele diversiteit. Het plan behelsde een inventarisatie, gevolgd door een onderzoeks- en ontwikkeltraject op het gebied van de interculturele kwaliteit bij en samen met enkele instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Van de geplande telefonische enquête gericht op inventarisatie werd afgezien toen gebleken was dat dit reeds door een ander instituut werd voorbereid. Er is daarom bij een beperkt aantal instellingen die volgens ons speurwerk met het onderwerp bezig waren of waren geweest nadere informatie verzameld, waarbij ook gepolst werd of men verder aan ons project deel wilde nemen. We ontdekten dat, rond 2000, verbetering van zorg voor allochtonen vrijwel steeds los stond van het kwaliteitsbeleid. Er bestond vaak weinig contact tussen kwaliteitsfunctionarissen en aandachtsfunctionarissen allochtonenhulpverlening. De meeste instellingen bleken meestal niet goed op de hoogte te zijn van de situatie van allochtonen in de regio. Maar ook over de geleverde zorg aan allochtone cliënten bleken nauwelijks gegevens voorhanden. Het bleek dat eigenlijk alleen de instellingen in de vier grote steden, vooral vanwege het groot aantal allochtonen in de populatie expliciet aandacht besteedden aan het bevorderen van interculturele kwaliteit. In andere instellingen waren er projecten gericht op zorg voor allochtonen geweest, maar deze hadden na beëindiging geen grote sporen nagelaten in de praktijk van de instelling.

In de ontwikkelfase wilden we bij drie GGZ-instellingen de activiteiten rond allochtonen systematisch in verband brengen met kwaliteitsbeleid. We hadden een plan gemaakt waarbij we eerst enig onderzoek zouden doen naar de allochtonenpopulatie en de instroom en doorstroom van allochtonen in de instelling. Daarna wilden we de kwaliteit van zorg voor die groep in beeld brengen. Daartoe wilden we gesprekken voeren met allochtone cliënten over de ontvangen hulp, en met medewerkers van de instelling over wat dat zou moeten betekenen voor het kwaliteitsbeleid. Weinig instellingen wilden deelnemen aan een project waarbij van henzelf inspanningen werden gevraagd. Vaak was men zo druk bezig met de vorming van een bredere organisatie voor geestelijke gezondheidszorg dat men al blij was wanneer alle medewerkers een stoel en een bureau hadden. Interesse voor inhoudelijk beleid was er daardoor weinig. Functionarissen die werden afgerekend op het aantal productieve uren zagen medewerking aan een onderzoek verder als onwelkome belasting.

Met drie instellingen is gewerkt aan de uitvoering van het project. Helaas is de samenwerking met een van de drie deelnemende instellingen in de beginfase afgebroken. Een door ons ingediend plan werd aanvankelijk door het management team goedgekeurd. Medewerkers bleken echter te protesteren toen hen gevraagd werd gegevens over de instroom en behandeling van allochtonen aan te dragen. De instelling besloot toen na een half jaar van verdere medewerking af te zien.

De twee andere instellingen waren weliswaar bereid om aan het project mee te doen, maar onder voorwaarde dat wij de vragen waarmee zij zaten wilden beantwoorden. GGZ Regio Breda was bezig met het ontwikkelen van kwaliteitszorg volgens het INK-model. Men zou graag zien dat wij voor hen een omgevingsverkenning deden, toespitst op de zorg voor allochtonen. Men wilde weten welke opvattingen leefden bij stakeholders van de instelling over de rol van GGZ Regio Breda in verband met de taakverdeling rond de zorg voor allochtonen. In de nabijheid van GGZ De Geestgronden zou binnenkort een asiëlzoekerscentrum worden gevestigd en de instelling zou graag zien dat wij hen inzicht gaven in knelpunten en oplossingen rond GGZ-zorg voor vluchtelingen. Hoe de onderhandelde vraagstellingen er precies uitzagen wordt in het eerste hoofdstuk beschreven.

Het project is door de boven geschetste omstandigheden een zuiver onderzoeksproject geworden. Het deelonderzoek in samenwerking met GGZ De Geestgronden heeft thema's opgericht voor interculturele kwaliteitsverbetering. In het deelonderzoek bij GGZ Regio Breda zijn de opvattingen over randvoorwaarden voor verbetering van interculturele kwaliteit centraal komen te staan.

Hoewel het project niet meer beoogde ontwikkelingen binnen instellingen op gang te brengen hebben de instellingen na afloop van het onderzoek wel zelf stappen in die richting ondernomen. Na afloop van het onderzoek is bij GGZ De Geestgronden actie ondernomen, gericht op verbetering van de kwaliteit van hulpverlening aan vluchtelingen. Er is een zorgnetwerk rond vluchtelingen en asielzoekers opgericht met ongeveer 20 deelnemende instellingen. Door dit zorgnetwerk is een sociale kaart gemaakt die ook digitaal up to date wordt gehouden. Verder is een scholingstraject in het leven geroepen voor alle eerste en tweedelijns-hulpverleners in de regio, gericht op diagnostiek, communicatie, regelgeving, omgaan met emotionele aspecten, kortdurende behandeling, indicatiestelling en het werken met tolken. Er zijn twee werkgroepen opgericht, gericht op respectievelijk zorg voor jeugdigen en volwassenen, waarbinnen aan verdere inhoudelijke afstemming wordt gewerkt. Hulpverleners houden intervisiebijeenkomsten. Bij GGZ De Geestgronden zijn drie consultatiegevers aangesteld die maandelijks aanwezig zijn bij besprekingen in het asielzoekerscentrum en zorgen voor deskundigheidsbevordering bij het algemeen maatschappelijk werk. De verwijspprocedure is aangepast. Folders worden in diverse talen vertaald. Er is literatuur aangeschaft over het onderwerp.

Ook GGZ Regio Breda heeft zich na afloop van het onderzoek beraden op te nemen stappen. De resultaten van het onderzoek zijn op een bijeenkomst met medewerkers van verschillende geledingen en enkele externe experts besproken. Hoewel managers blijkens het onderzoek niet stonden te springen om meer aandacht aan interculturele kwaliteit te besteden is er toch enige beweging in de organisatie gekomen. Men besepte dat er blijkbaar toch meer aan de hand was dan gedacht werd. Er is een commissie benoemd van hulpverleners, stafleden, de aandachtsfunctionaris allochtonen, en een medewerker van de regionale ondersteuningsorganisatie interculturalisatie. Waar de commissie

constateerde dat het management eigenlijk geen probleem zag, vroeg deze zich af 'hoe je de instelling eigenaar van het probleem' kon maken. Door de commissie is een adviesnota met 19 actiepunten samengesteld. Gepleit werd onder meer voor het instellen van een beleidsgroep interculturalisatie, de toespitsing van intervisie op interculturaliteit, het ontwikkelen van personeelsbeleid gericht op interculturalisatie, het zoeken van samenwerking met zelforganisaties, en het ontwerpen van een folder voor allochtonen. De beleidsnota is besproken binnen het Management Beraad en geaccepteerd door de Raad van Bestuur. Men gaf daarmee het groene licht voor een 'low profile' strategie om interculturalisatie van de instelling te bevorderen. Inmiddels is uit een kwalitatief onderzoek in opdracht van de gemeente Breda gebleken dat de bekendheid van de GGZ onder allochtonen en vluchtelingen tekort schiet. Ook is GGZ Regio Breda in gesprek met de ondersteuningsorganisatie allochtonen over de mogelijkheid intermediairs in te zetten.

1 Probleemstelling en opzet

Op grond van de Kwaliteitswet dient de zorg doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht te zijn. Met het ontwerpen van interne kwaliteitssystemen kunnen instellingen hun kwaliteit van zorg systematisch bevorderen, bewaken en bijstellen. Een goed kwaliteitssysteem leent zich voor externe toetsing. Binnen de gezondheidszorginstellingen neemt de etnisch-culturele diversiteit van de cliënten toe. Het is daarom nodig dat instellingen gerichte aandacht besteden aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg voor mensen met een andere etnische achtergrond dan de Nederlandse. Alleen al de kwaliteitseis dat de zorg cliëntgericht moet zijn, impliceert dit. In een recent uitgebracht rapport van de Raad voor de Volksgezondheid (2000) worden suggesties gedaan over hoe de gezondheidszorg intercultureel gevoelig kan worden gemaakt. Het onderzoek wilde bijdragen aan verbetering van kwaliteit van zorg voor allochtonen in de ambulante GGZ. In het onderzoek in opdracht van Zorgonderzoek Nederland (nu ZonMw) is in samenwerking met twee instellingen voor GGZ, GGZ De Geestgronden en GGZ Regio Breda, nagegaan in welke richting men de verbetering zou kunnen zoeken, inhoudelijk, strategisch en organisatorisch.

Probleemstelling van het onderzoek is:

1. Op welke manieren wordt in de ambulante GGZ-hulpverlening gewerkt aan kwaliteitsverbetering rond culturele en etnische diversiteit en welke knelpunten doen zich daarbij voor?

2. In hoeverre maakt het thema culturele en etnische diversiteit deel uit van het kwaliteitsbeleid en kwaliteitssystemen binnen de ambulante GGZ?
3. Hoe kan in het kwaliteitssysteem van de ambulante GGZ meer aandacht worden besteed aan de kwaliteitseisen in relatie tot culturele en etnische diversiteit en hoe kunnen knelpunten bij de voorbereiding, ontwikkeling, uitvoering en verankering van relevante kwaliteitszorg worden overwonnen?

‘Onderhandelde’ vraagstellingen

Hoe kan een instelling voor GGZ in het kader van het eigen kwaliteitsbeleid vorm geven aan verbetering van zorg voor allochtonen en vluchtelingen? We wilden met deze probleemstelling instellingen benaderen om samen met hen naar wegen voor interculturele kwaliteitsverbetering te zoeken. Uitgangspunt was dat het bereiken van interculturele kwaliteit centraal moet staan in de instellingsvisie op haar taken en de daarop gebaseerde strategie en beleid. In concreto gaat het om beleid rond het primaire proces (de zorg), en beleid rond de randvoorwaarden, zoals personeelsbeleid, accommodatiebeleid, voorzieningenbeleid en cliëntenbeleid (Bedaux e.a., 1997).

Onderhandelde vraagstellingen

Met verschillende instellingen zijn oriënterende gesprekken gevoerd over de gehanteerde aanpak van kwaliteitsverbetering in de zorg voor allochtonen. In de oriënterende gesprekken bleek dat veel instellingen nog nauwelijks werk hadden gemaakt van het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid. Ook qua tijdsinvestering was een kwaliteitsfunctionaris vaak een ondergeschoven kindje. Soms was er enige aandacht besteed aan interculturalisatie, vaak in het kader van een geïsoleerd en soms al weer vergeten project. Alleen instellingen in grote steden bleken meer systematisch aandacht te hebben besteed aan kwaliteitsverbetering rond de zorg voor allochtonen (zie bijv. Bedaux e.a., 1997).

In de oriënterende gesprekken werd ook afgetast of er bereidheid bestond over de mogelijkheden om in samenwerking nader onderzoek te doen gericht op beantwoording van de probleemstelling. De onderhandelingen verliepen niet altijd even vlot en

een van de instellingen beëindigde de medewerking na enige tijd. Instellingen waren huiverig om veel tijd en energie in een onderzoeksproject gericht op kwaliteit van zorg voor allochtonen te steken. Het bleek dat samenwerking gericht op onderzoek alleen mogelijk was indien in verregaande mate tegemoet werd gekomen aan specifieke wensen van instellingen. Om het onderzoek te kunnen uitvoeren was het dus nodig met instellingen tot overeenstemming te komen over de concrete vraagstelling.

Bij GGZ De Geestgronden wilde men dat specifiek aandacht werd besteed aan de kwaliteit van zorg voor vluchtelingen. De instelling zou binnenkort geconfronteerd worden met de vestiging van een asielzoekerscentrum en wilde daar op voorbereid zijn. Daarom was er al een netwerk ('in oprichting') aanwezig. Over de vraagstelling is met de instelling en de andere leden van het netwerk in oprichting onderhandeld. Het onderzoek naar de kwaliteit van de hulpverlening aan vluchtelingen in het werkgebied van de GGZ De Geestgronden kende uiteindelijk de volgende vraagstelling: Wat zijn de problemen van vluchtelingen op het terrein van de GGZ en op welke wijze vertalen deze problemen zich (al dan niet) in een hulpvraag? Wat is het aanbod van hulp aan vluchtelingen in de GGZ? In hoeverre is er een discrepantie tussen problemen van vluchtelingen, de (al dan niet) geuite hulpvraag en het aanbod van hulp aan vluchtelingen en op welke wijze uit zich deze discrepantie? Op welke wijze zou de hulpverlening aan vluchtelingen verbeterd kunnen worden in termen van hulpverleningsmethodiek en door middel van samenwerking tussen instellingen?

Binnen GGZ Regio Breda was men de eerste aanzetten voor kwaliteitsbeleid aan het ontwikkelen. Men deed dit op basis van de werkwijze van het Instituut voor Nederlandse Kwaliteit (INK). Men wilde in eerste instantie inzicht krijgen in de eigen positie ten opzicht van actoren waar mee werd samengewerkt en vroeg de onderzoekers daarbij te helpen. De vraagstelling van het onderzoek was: Wat vinden belanghebbenden ('stakeholders'), vooral samenwerkingspartners, van GGZ Regio Breda van het huidige aanbod aan allochtonen in relatie tot hun eigen aanbod en dat van andere zorgaanbieders? Een vervolgvraag was: Wat betekenen de resultaten van het onderzoek onder belanghebbenden in de ogen van managers en hulpverleners van GGZ Regio Breda voor het hulpaanbod voor allochtonen en het kwaliteitsbeleid?

Onderzoeksopzet

Het onderzoek in samenwerking met GGZ De Geestgronden kende vier onderdelen: literatuurstudie; vraaggelassen met hulpverleners in de regio die zich al bezig hebben gehouden met hulpverlening aan vluchtelingen; vraaggelassen met sleutelfiguren van landelijke organisaties gespecialiseerd in de hulpverlening aan vluchtelingen; rapportage, waarbij suggesties werden gedaan voor implementatie (zie bijlage informanten).

Voor het onderzoek in samenwerking met GGZ Regio Breda werden na een literatuurverkenning focusgroepselassen gevoerd met belanghebbenden over hun meningen en opvattingen over (hun verhouding tot) GGZ Regio Breda. De resultaten van die gelassen vormden mede de input voor focusgroepselassen met achtereenvolgens managers (Circuitberaad Volwassenen) en hulpverleners die min of meer regelmatig hulp boden aan allochtone cliënten. Op basis van de visies van stakeholders, managers, hulpverleners en literatuur zijn verder suggesties gedaan voor interculturele kwaliteitsverbetering (zie bijlage informanten) .

Opzet van dit rapport

De twee deelonderzoeken zijn vrij gedetailleerd beschreven in deelrapporten. Hier worden de voornaamste bevindingen beschreven. Daarbij worden resultaten van beide deelonderzoeken gebruikt. We merkten dat veel knelpunten rond de hulpverlening aan vluchtelingen even goed van toepassing kunnen zijn op die voor allochtonen, bijvoorbeeld waar het om cultuur en cultuurverschillen gaat. Gekozen is voor een rapportage waarbij eerst (deel 2) knelpunten en kwaliteitsverbeteringen rond het proces van het ontstaan van problemen, het ontwikkelen van een hulpvraag en het krijgen en geven van hulp worden beschreven. Daarna (in deel 3) komen kwaliteitsverbeteringen in de strategische en organisatorische randvoorwaarden relevant voor het primaire proces aan de orde (min of meer in navolging van de INK-benadering maken we onderscheid tussen de aspecten leiderschap, strategie en beleid – met name rond toegankelijkheid, intake, zorgbeleid). We gaan na welke opvattingen over de randvoorwaarden bestaan bij belanghebbenden, managers en medewerkers. Het rapport eindigt met enkele conclusies.

2 Van probleem tot hulpaanbod

Knelpunten en voorgestelde kwaliteitsverbeteringen

Achtergronden van stress en psychische problemen

Naar een ander land verhuizen vanwege economische of politieke redenen is een ingrijpende gebeurtenis. Het is begrijpelijk dat dit vaak met grote spanningen gepaard gaat. Vooral vluchtelingen verkeren vaak in zeer belastende omstandigheden. Maar niet alleen de omstandigheden bepalen de ernst van de levensmoeilijkheden. Ook de manier waarop mensen met gebeurtenissen omgaan en de steun die zij krijgen spelen een rol. Levenskunst, levenssteun en levensmoeilijkheden zijn nauw verweven.

Een moeilijk leven of moeite met leven?

Mensen verschillen in de mate waarin ze om kunnen gaan met de uitdagingen die het leven biedt. Of mensen een moeilijk leven hebben hangt voor een deel af van de moeite met leven die ze hebben. Leven in een pluriforme samenleving vraagt om ego-competenties (jezelf of je groep kunnen representeren) en alter-competenties (zich in anderen kunnen verplaatsen; Nauta, 1995). Iemands weerbaarheid wordt mede bepaald door de eigen genetische uitrusting en de ontwikkelde emotionele stabiliteit. Een grotere kwetsbaarheid kan de draagkracht in geval van grote veranderingen in leefomstandigheden verminderen. Latent aanwezige genetisch bepaalde aanleg voor bepaalde ziekten kunnen manifest worden. De culturele context waarin mensen opgroeien schept een verinnerlijkt gedragsrepertoire en

vaardigheden, een habitus (Bourdieu, 1998), dat in mindere of meerdere mate adequaat is. Maar ook na migratie gaat het leerproces door. Zich teweer kunnen stellen wordt vaak aangeduid met de Engelse term 'coping'.

Uitdagingen van acculturatie

Cultuur van een groep mensen is te beschouwen als een door velen gedeeld geheel van denkbeelden over de werkelijkheid en de eigen identiteit, visies op het goede leven en competenties en strategieën voor het handelen. Deze cultuur is veelal geïnternaliseerd in de habitus of leefwijze. Op die manier helpt de cultuur mensen om te overleven onder niet altijd even gemakkelijke omstandigheden. Van belang is dat het bij de omgeving enerzijds gaat om de fysieke omstandigheden (klimaat, vruchtbaarheid van het land, etc.), en anderzijds, vooral na immigratie, om de sociale kenmerken van 'de andere samenleving'. Cultuur geeft mensen richtlijnen en vaardigheden voor het handelen - diepgeworteld in de habitus -, maar die zullen soms moeten veranderen wanneer de omstandigheden daartoe aanleiding geven. Wanneer mensen in een andere situatie terechtkomen en met een andere manier van kijken worden geconfronteerd zullen ze daar onderdelen van overnemen. Dit wordt acculturatie genoemd.

Aan- of afwezigheid van steun

In alle samenlevingen zoeken en krijgen mensen steun vanuit hun omgeving. De manier waarop dit gebeurt wordt cultureel ingekleurd. De steun is enerzijds gericht op hulpvragen, maar anderzijds op het bewegen om zich naar de omgeving te schikken. Na migratie zijn soms de mogelijkheden van steun van mensen met dezelfde culturele achtergrond beperkt. Daar komen weer nieuwe potentiële ondersteuners voor in de plaats. In verband met de mogelijkheden voor hulp vanuit de omgeving wordt van ondersteuningsnetwerken gesproken.

Positieverwerving en positietoewijzing

Migratie brengt voor iedereen grote veranderingen in leefomstandigheden met zich mee. In veel gevallen was de migratie weliswaar formeel vrijwillig, maar was de druk vanwege een slechte financiële situatie zo groot dat er weinig te kiezen viel. Na migratie van een minder ontwikkeld land naar de moderne

wereld treedt vaak een grote cultuurschok op. De habitus en vaardigheden die altijd steun hebben gegeven in het omgaan met de dagelijkse uitdagingen voldoen vaak niet meer. In de nieuwe situatie zal men zich een positie proberen te verwerven, maar de kans van slagen wordt mede bepaald door de 'positietoewijzing' door de gevestigden en hun instituties. Vanuit de nieuwe omgeving worden ook verwachtingen naar voren gebracht waaraan men niet kan of wil voldoen.

Generatieverschillen in uitdagingen

Hoe het immigranten vergaat hangt af van het vestigingsproces dat zij doormaken, de mate waarin ze geïntegreerd raken in de samenleving, en de positie die ze in gaan nemen. In het vestigingsproces zijn fasen te onderscheiden, waarvoor termen worden gebezigd als verwarring en oriëntatie, emancipatie en integratie (Van Daal, 2002a). Veel immigranten nemen, zeker in het begin, een lage positie in de samenleving in, en dat levert vaak spanningen op. Maar ook de tweede en volgende generaties hebben te maken met uitdagingen van de migratie. De tweede generatie moet een weg vinden in het omgaan met 'twee werelden', bijvoorbeeld met betrekking tot normen, waarden en identiteiten. Het kunnen schakelen tussen culturen kan echter ook als competentie worden gezien die van pas komt in een samenleving met een grote diversiteit.

Moeilijkheden bij de integratie

In het perspectief van 'pluriforme integratie' wordt onderscheid gemaakt tussen dimensies van sociale integratie: een functionele, een morele en een expressieve dimensie (Engbersen en Gabriëls, 1995). De functionele dimensie van integratie heeft betrekking op een zodanige coördinatie van het handelen dat individueel of collectief beoogde doeleinden worden bereikt. De morele dimensie betreft de solidariteit en de normen die het onderling verkeer regelen, ook al bestaan er verschillen in leefstijlen en waarden. Met de expressieve dimensie van sociale integratie wordt gedoeld op de behoeften van mensen om binnen een geïndividualiseerde, multiculturele, samenleving een individuele of collectieve leefstijl en identiteit te ontwikkelen. Het ontwikkelen van een identiteit is van belang voor de weerbaarheid. Iemands identiteit ligt in een moderne samenleving veel minder vast dan in traditionele samenlevingen, en dient actief verworven

te worden, zeker in het geval van immigranten. Ontmoeting binnen zelforganisaties biedt mogelijkheden om zich thuis te voelen in een moderne samenleving en is op die manier te zien als relevant voor pluriforme integratie. Het hebben van een met anderen gedeelde identiteit, in dit geval een etnische, kan psychische steun geven. Het helpt bij betekenisgeving, geeft een gevoel van verbondenheid en komt tegemoet aan de behoefte aan erkenning en waardering (Verkuyten, 2002). Gebrekkige integratie lijkt een voedingsbodem te vormen voor psychische moeilijkheden (De Vries, 2000).

De leefsituatie van vluchtelingen voor en na de vlucht

Vluchtelingen die naar Nederland komen, zijn gemiddeld gezond te noemen. Je kunt simpelweg niet vluchten als je erg zwak bent. Maar wel hebben vluchtelingen naast de uitdagingen van migranten het extra belasting te maken. Allereerst hebben ze vaak voor en tijdens hun vlucht ernstige gebeurtenissen meegemaakt die sterke trauma's kunnen hebben veroorzaakt. Gezinnen worden soms gescheiden tijdens de vlucht. Onduidelijkheid over de situatie van achterblijvers en berichten over gestorven of vermiste familieleden geven veel spanning. De onrustige en onveilige toestand van het land van herkomst is voor een vluchteling vaak een bron van zorg.

Ook het verblijf in Nederland geeft de nodige belasting. De periode van opvang in Nederland is volgens vluchtelingen vaak net zo traumatisch als de periode voor de opvang. De lange duur van de asielprocedure brengt veel onzekerheid met zich mee. Het lange tijd moeten wonen en leven in een asielzoekerscentrum, zonder veel privacy en met mensen met een andere culturele achtergrond geeft spanningen. Volgens een hulpverlener vormt de uitzichtloze situatie het grootste probleem. Hulpverleners geven aan dat het hebben van toekomstperspectief voor ieder mens, dus ook voor asielzoekers, van groot belang is. Veel problemen worden volgens hulpverleners door de leefsituatie in een asielzoekerscentrum gecreëerd. Zo zaten soms zaten etnische groepen bij elkaar die in het gebied van herkomst met elkaar in oorlog waren. Maar ook tussen partners, ouders en kinderen en tussen bewoners en hulpverleners ontstaan vaak grote spanningen (Geuijen, 1998). Velen zijn de greep op hun eigen situatie kwijt en kunnen alleen afwachten (Drewes, 1996). Sommige auteurs vergelijken het verblijf in een asielcentrum met het leven

in Goffman's 'total institutions' (Grifhorst & van Ewijk, 1998). Veel problemen zouden volgens experts voorkomen kunnen worden als vluchtelingen kleinschalig zouden worden opgevangen.

Ontbreken van contacten met de omgeving

Verder geeft de relatie met de bredere samenleving vaak spanningen. Zo ontbreekt de mogelijkheid om afleiding te zoeken in werk of binnen sociale netwerken. Sommige vluchtelingen ervaren een vijandige houding vanuit de samenleving en krijgen te maken met racisme en discriminatie. Men voelt zich niet welkom en begrijpt niets van het toelatingsbeleid (Bloemen, 1996).

Verschillende categorieën vluchtelingen kampen met specifieke problemen. Er wordt door hulpverleners gesignaleerd dat het nogal wat uitmaakt of men al dan niet een goede opleiding of positie heeft gehad, en of men afkomstig is uit een stad of van het platteland: "Vrouwen uit landen als Somalië, Irak en Iran die alleen zijn gevlucht zijn extra kwetsbaar. Ze zijn tijdens hun vlucht vogelvrij, worden verkracht en dragen dat als geheim met zich mee. De vrouw wordt als de schuldige gezien en de eer van de man verlangt dat hij haar verstoot. Daarom mag hun man er niets van weten. Gevluchte mannen worden onzeker omdat ze door niet te werken hun status in het gezin kwijt zijn kwijt geraakt. In de huiselijke kring probeert de man zijn rol toch vast te houden, maar dat betekent beknotting van de vrijheid van de overige gezinsleden. Kinderen gaan hier vaak tegenin. Ze gaan zich steeds Nederlandser voelen naarmate zij hier langer verblijven. Daardoor ontstaan grote referentieverschillen tussen ouders en kinderen. Omdat de man zijn frustraties niet kwijt kan komt er veel huiselijk geweld voor in deze gezinnen. Als hij eenmaal een baan heeft en weer voor zijn eigen gezin kan zorgen normaliseert de situatie. Hoe eerder asielzoekers zelfstandig worden en in een eigen huis wonen hoe beter het, volgens hulpverleners en experts, met ze gaat."

Knelpunten en kwaliteitsverbeteringen

Grote veranderingen in de leefsituatie betekenen voor bij migranten en vluchtelingen een uitdaging, maar vormen ook een risico voor het ontstaan van psychische problemen. De uitdagingen

gen zijn: geconfronteerd worden met andere opvattingen over het leven, de noodzaak om in zekere mate te accultureren, het verwerven van een positie in de samenleving, netwerken opbouwen en geïntegreerd raken in de nieuwe samenleving, of als vluchteling leven onder omstandigheden die grote belasting geven. De GGZ zou in het kader van haar preventieve taken kunnen participeren in netwerken waarin ze vanuit haar perspectief de risico's in deze omstandigheden voor problemen in de geestelijke gezondheid aan de orde stelt.

Het ontstaan van psychische problemen en psychiatrische stoornissen

Onduidelijkheden over definities

Omschrijvingen van wat psychische of psychiatrische problemen zijn hebben nogal wat veranderingen doorgemaakt in de loop van de tijd. Zelfs in formele omschrijvingen als die in de DSM-handboeken blijft de grens tussen normaliteit en ziekte vaag. Een psychische of psychiatrische stoornis ('disorder') wordt bijvoorbeeld geconceptualiseerd als een psychologisch of gedragspatroon dat ten grondslag ligt aan onlustgevoelens, tekorten in het functioneren of risico's op het toebrengen van schade. De onderliggende patronen worden in clusters ondergebracht binnen verschillende dimensies ('assen'). Zo wordt een as omschreven met psychiatrische stoornissen zoals psychose, stemmingsstoornissen of schizofrenie, en een as met persoonlijkheidsstoornissen, zoals de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis. Maar met iedere versie van het handboek verandert de omschrijving van stoornissen en worden, soms zelfs onder druk van maatschappelijke bewegingen, oude verwijderd of nieuwe toegevoegd. Gegeven de al aanwezige onduidelijkheid rond de aard van psychische en psychiatrische problematiek zal het niet verbazen dat er grote onenigheid bestaat over het antwoord op de vraag naar de relatie die deze heeft met de cultuur waarbinnen mensen hun leven leiden.

Is psychische problematiek cultuurgebonden?

In het debat over de vraag of psychische en psychiatrische problemen cultuurgebonden zijn wordt vaak een onderscheid

gemaakt kan worden tussen stoornissen die een duidelijk organisch substraat hebben en stoornissen die dat niet hebben. Wanneer een duidelijke organische ondergrond aanwezig is bij depressieve klachten heeft medicatie, bijvoorbeeld toediening van anti-depressiva, een duidelijk effect op manifestatie van de stoornis.

Waar het om de vraag gaat of psychische en psychiatrische problemen verschillen met de culturele context bestaan enerzijds universalisten, die de onveranderlijkheid van psychiatrische problematiek benadrukken, en relativisten, die aangeven dat de cultuurverschillen doorslaggevend zijn (Struys, 2002). Sommigen (bijv. Kortmann, 2002) laten hun standpunt afhangen van de vraag of een organische achtergrond voor de problematiek aanwezig is. Indien die niet duidelijk aanwezig is zou de culturele context waarin mensen leven van groot belang zijn voor de aard, beleving, en zeker de presentatie van psychische problemen. Relativisten menen echter dat ook wanneer een organische ondergrond aanwezig is cultuurbepaalde verschillen in beleving en presentatie van zeer groot belang zijn voor de aard van het probleem en de wijze waarop het kan worden aangepakt (Van Dijk e.a., 2000).

Andere landen, andere levensmoeilijkheden?

Denkbeelden over waar het om gaat in het leven en samenleven, en zodoende ook wat levensmoeilijkheden zijn, vertonen nogal wat variatie over de wereld. In sommige regio's is men bang om anderen tot last te zijn, terwijl men elders juist kritiek op het eigen functioneren vreest. Variatie in wat als belangrijk in het leven wordt gevonden leidt zo tot verschillen in levensmoeilijkheden. De variatie in ideaalbeelden tussen samenlevingen lijkt ook tot verschillen tussen culturen in veel voorkomende psychische spanningen te hebben geleid (Kortmann, 2000). Maar ook de presentatie naar buiten toe varieert met de culturele context, zoals het bekende voorbeeld over verschillen van klachtenpresentatie tussen Jeren (ingetogen) en Italianen (theatraal) laat zien (Zola, 1966). Verdriet, boosheid of zich niet goed voelen wordt in sommige culturen normaler gevonden dan in de Nederlandse, waar het eerder gezien wordt symptoom van (psychiatrische) ziekte (Bloemen, 1996).

Onderzoek naar psychische problemen van vluchtelingen

Vluchtelingen hebben nogal wat meegemaakt en verkeren in Nederland doorgaans niet in gunstige leefomstandigheden. Op zich blijkt dat aanleiding te zijn tot psychische spanningen en soms psychiatrische problematiek. In het begin van de jaren negentig is onderzoek gedaan naar de gezondheid en gezondheidsklachten van vluchtelingen (Hondius, 1992). Het ging niet om een representatieve groep vluchtelingen, maar om degenen die in behandeling waren bij een Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen. Onderzocht is welke de medische klachten van vluchtelingen zijn en in hoeverre deze verband houden met verschillende ervaringen met geweld. Onderscheid werd gemaakt tussen lichamelijke, psychische en sociale klachten. Vluchtelingen die martelingen, onderdrukking en vervolging hebben meegemaakt bleken meer klachten te hebben dan vluchtelingen die niet gemarteld zijn. Lichamelijke klachten waren vooral hoofdpijn, maagklachten, rugklachten, hartkloppingen, vaak in combinatie. Bij medische klachten konden vaak geen lichamelijke oorzaken gevonden worden. Veel voorkomende psychische klachten waren slaapstoornissen, angst, depressiviteit en concentratiestoornissen. Sociale problemen bestonden uit huisvestingsproblemen, problemen met de reguliere gezondheidszorg, eenzaamheid, familie- en gezinsontwrichting. Geconcludeerd werd dat de betekenis van de medische klachten enerzijds gezien moet worden als een uiting van het ontbreken van welbevinden en anderzijds als het zoeken naar erkenning van de problematiek. Vaak was er ook de angst voor blijvende schade als gevolg van martelingen. In het kader van de psychische problematiek werden relatief weinig psychiatrische diagnoses gesteld. Verder bleek dat medische klachten met de duur van het verblijf verschuiven: kort na aankomst in Nederland noemen vluchtelingen vooral lichamelijke klachten en na een jaar vooral psychische klachten. Uit ander onderzoek blijkt dat psychotische stoornissen zich vaak binnen de eerste drie maanden na de aankomst voordoen, terwijl 'neurotische decompensatievormen' zich vooral na langere tijd, gemiddeld na zeven jaar, voordoen (Drewes, 1996). Vluchtelingen blijken, afhankelijk van persoonlijkheids- en omgevingsfactoren, op verschillende tijdstippen, vaak op individuele wijze te reageren na traumatische ervaringen en stress.

Empirisch onderzoek naar verschillen in klachten naar regio van herkomst

Valt er iets te zeggen over de variatie in psychische klachten tussen vluchtelingen uit verschillende regio's? Onderzoek is verricht naar de invloed van cultuur op de aard van problemen onder 21 vluchtelingen uit verschillende landen (Kramer, 1995). Er waren culturele en andere verschillen te constateren tussen vluchtelingen, zoals in: de discrepantie tussen de cultuur van het land van herkomst en de Nederlandse; de waardering van familieverbanden; de mate waarin geweld deel uitmaakt van de samenleving; de aanwezigheid van vaderlandsliefde; het al dan bestaan van een eigen staat. Psychische problemen werden op verschillende wijzen geuit, agressief en met vernielzucht, maar ook met humor, schaamte. Soms was er een taboe op het uiten van psychische problemen. De verwachtingen over de hulpverlening speelden daarbij mee. Vluchtelingen uit de Oostbloklanden en Latijns-Amerika vertoonden meer overeenkomsten met Nederlanders in de manier waarop ze hun problemen uiten dan vluchtelingen uit Afrika en Azië. Een grotere overeenkomst zou het best eens gemakkelijker kunnen maken de professionele geestelijke gezondheidszorg te raadplegen (Knipscheer, 1999).

Men kan zich afvragen of vluchtelingen wezenlijk andere psychiatrische ziektebeelden vertonen dan anderen. Bepaalde psychiatrische klachten, vooral de posttraumatische stressstoornis en depressies (uit DSM-IV) lijken nogal eens voor te komen als gevolg van wat men heeft meegemaakt en de leefomstandigheden (Bloemen, 1996). Experts binnen gespecialiseerde instellingen signaleren zware vormen van depressiviteit, beginnende psychosen, agressiviteit verslaving en andere ernstige gedragsstoornissen. Zij merken echter op dat de aard van de stoornissen niet wezenlijk anders is dan onder de autochtone bevolking. Sommige stoornissen, zoals psychosen en verslaving komen ook niet vaker voor onder vluchtelingen dan onder autochtonen. Onder jongere vluchtelingen komen ze zelfs weinig voor. Fundamenteel lijken er geen wezenlijke verschillen te zijn tussen de aard van medische en psychiatrische klachten van vluchtelingen en die van autochtone Nederlanders, maar de achtergronden zijn dat in ieder geval wel (Hondius, 1992).

Onderzoek naar morbiditeit

Over de mate waarin psychische en psychiatrische problemen voorkomen bij allochtonen en vluchtelingen is weinig bekend. Allochtonen en vluchtelingen die slecht Nederlands spreken blijven bijvoorbeeld buiten beschouwing in het Nemesis-onderzoek. Wel is, zij het heel beperkt, informatie beschikbaar over zorggebruik van allochtonen in de GGZ (Dieperink e.a., 2002). Hoewel er geen harde gegevens beschikbaar zijn bestaan er aanwijzingen dat er sprake is van verhoogde prevalentie van psychische problematiek (Trimbos-Instituut en RVZ, 2000).

Omgaan met problemen en hulp in eigen kring

Mensen hebben strategieën ter beschikking om met belastende situaties om te gaan. Het Engelse woord 'coping' betekent zich teweer stellen tegen uitdagingen. In het vestigingsproces na migratie, zeker wanneer men is gevlucht, is voortdurend coping nodig op verschillende terreinen. Het kan gaan om het verwerken van verlies en trauma's uit het verleden, het leven in een niet vertrouwd en bovendien onaantrekkelijke omgeving, het hebben van een lage positie en status, of het omgaan met cultuurverschil en verwachtingen van de gevestigden waaraan men niet kan of wil tegemoet komen. Vluchtelingen reageren verschillend op het verblijf in een asielcentrum. De een wordt apathisch of gaat in verzet, de ander zal bezigheden zoeken in het centrum om de dagen nog enigszins zinvol te vullen (Grifhorst & van Ewijk, 1998). Volgens een ondervraagde huisarts is het opvallend dat vrouwen zich vaak veel sneller en beter aanpassen dan mannen: "Zij krijgen kinderen, ontmoeten mensen. Vrouwen vinden sneller werk. Mannen hebben meer moeite met hun positie." Bij coping gaat het allereerst om de belastende situatie zelf. Wanneer dat spanning geeft gaat het ook om het omgaan met de eigen psychische problematiek.

Coping in eigen kring

Binnen een hecht netwerk is coping vaak een aangelegenheid van iedereen. Familiebanden zijn voor veel allochtonen en vluchtelingen rol belangrijk in verband met de omgang met psychische problemen. Men zoekt en krijgt vooral hulp in familieverband. Volgens experts belemmert schaamte vluchtelingen om buiten

eigen kring hulp te zoeken. Gebrekkige kennis van de Nederlandse taal maakt volgens hen communicatie over een gevoelig onderwerp nog pijnlijker en moeizamer. Er bestaan verschillen tussen regio's in de wereld in de manier waarop mensen omgaan met problemen en elkaar bijstaan. Die verschillen bestaan ook binnen een multiculturele samenleving. Met 'etnische oplossingen' wordt bedoeld op door migranten 'meegenomen' strategieën, zoals familieberaad of conflictbemiddeling door 'wijze mannen'. Nieuwkomers leren ook nieuwe strategieën en maken gebruik van nieuwe mogelijkheden van steun die worden aangereikt in de nieuwe omgeving.

Coping in nieuwe netwerken

In ieder geval heeft men als immigrant of vluchteling baat bij participatie in netwerken, hetzij van mensen uit het gebied van herkomst, hetzij van mensen uit het land waar men is komen wonen.

Door contacten op te bouwen in de nieuwe samenleving kan men zich beter teweer stellen. Vooral vluchtelingen leggen moeilijk contacten. Een hulpverlener merkt op dat de regio waar GGZ De Geestgronden gevestigd is geen ideale omgeving is voor een nieuwkomer: "De Haarlemmermeer is de afgelopen jaren sterk gegroeid. De sociale cohesie is daardoor zwak en daardoor veroveren vluchtelingen heel moeilijk een plaats in het sociale leven." In het algemeen blijken weinig nieuwkomers lid te worden van verenigingen (Van Daal, 2001).

Collectieve coping in zelforganisaties

Nieuwkomers kunnen ook baat hebben bij een collectieve aanpak om zich teweer te stellen tegen uitdagingen van het vestigingsproces. Zelforganisaties van allochtonen en vluchtelingen vormen daarbij een belangrijk instrument (Van Daal, 2002). Ze vormen de ideale omgeving waarbinnen nieuwkomers en hun nakomelingen een eigen identiteit kunnen ontwikkelen omdat men elkaars rolmodel vormt. Een eigen identiteit vormt de basis voor de ontwikkeling van competenties. Binnen zelforganisaties leert men schakelen tussen culturen waardoor men zich kan redden in een pluriforme samenleving. Zelforganisaties helpen vluchtelingen ook een toekomstperspectief ontwikkelen (Bloemen, 1996).

Een deel van de migranten en vluchtelingen maakt al gebruik van de mogelijkheden om binnen zelforganisaties contacten met landgenoten of voormalige landgenoten te leggen. Volgens experts 'zoeken mensen elkaar altijd op'. Onderzoek laat evenwel ook zien dat de betrokkenheid bij religieuze en andere zelforganisaties terugloopt (Van Daal, 2001). Hulpverleners noemen het ontbreken van een sociaal netwerk als belangrijkste knelpunt rond het welzijn van vluchtelingen. Dat wringt volgens hen vooral omdat dit sociale netwerk voor hen zo'n belangrijke functie vervult wanneer er psychische spanningen zijn. Hulpverleners die een vertrouwensrelatie hebben opgebouwd met vluchtelingengezinnen merken dat deze heel lang op hen blijven leunen omdat er niemand anders is tot wie zij zich kunnen richten.

Gemis aan netwerken en zelforganisaties als belangrijk knelpunt
We kunnen constateren dat het gemis aan sociale netwerken gezien als knelpunt rond de zelfredzaamheid van vooral vluchtelingen, en mogelijk ook een deel van de migranten. Bevordering van de ontwikkeling van zelforganisaties en participatie daarbinnen zou van groot nut kunnen zijn in verband van preventie van psychische problematiek (De Vries, 2000). Het bevorderen van dergelijke ontwikkelingen zou ook de kwaliteit van het werk van de afdeling preventie binnen voor de GGZ vergroten.

Vraag om professionele hulp

Mensen kunnen uit eigen beweging professionele hulp zoeken, maar doen dat ook vaak op advies van iemand uit de eigen omgeving. Een hulpvraag bij een gespecialiseerde instelling vindt vaak plaats na verwijzing. Men komt pas na verwijzing door een huisarts of het algemeen maatschappelijk werk bij de ambulante GGZ terecht. Inzicht in verwijsgedrag is dus nodig om de vraag naar de professionele hulp te verklaren. Verondersteld wordt wel dat vluchtelingen vanwege hun psychische belasting vaak een huisarts zouden raadplegen, maar dat bleek in Amstelveen niet het geval te zijn: "We hadden onder vluchtelingen een grote hulpvraag verwacht en wilden hen verdelen over verschillende huisartsen. Onze verwachting bleek niet uit te komen. De

medische consumptie was onder vluchtelingen helemaal niet hoger. Verder bestond onder vluchtelingen die op het spreekuur kwamen dezelfde variatie aan klachten als onder de autochtone bevolking." Het is de vraag in hoeverre deze waarneming van een huisarts overeenkomt met het landelijk beeld. We zullen eerst ingaan op factoren die van invloed kunnen zijn op de toestand-koming van een hulpvraag. Daarna bespreken we kwantitatieve onderzoeksgegevens.

Geringe vertrouwelijkheid met de werking van de zorg

Verschillende kenmerken van de gezondheidszorg in Nederland worden volgens hulpverleners vreemd gevonden: "Dat men moet betalen ook al is er niets gevonden wordt raar gevonden. Maar als er wel iets aan de hand is willen sommigen direct geholpen worden, want ze hebben ervoor betaald." (Bloemen, 1996). Vluchtelingen blijken desgevraagd veel klachten te hebben over de gezondheidszorg: de huisarts luistert niet goed; men heeft het idee niet serieus genomen te worden; er bestaat geen vertrouwen in de deskundigheid van de huisarts; voorlichting over behandelingen en medicijnen wordt slecht gevonden; er wordt niet doorverwezen naar een specialist terwijl hier wel om gevraagd was; er is onvrede over het feit dat er een afspraak gemaakt moet worden voor een consult en er vaak lange wachttijden zijn; taalproblemen staan een goede behandeling in de weg (Wijnen, 1997).

Ontbrekende protoprofessionalisering

Met protoprofessionalisering wordt bedoeld op het proces waarbij mensen leren welke ideeën in kringen van deskundigen bestaan over psychische en gezondheidsproblemen en over de hulp die daarbij is aangewezen (De Swaan, 1979). Protoprofessionalisering neemt toe met kennisname van die ideeën, bijvoorbeeld door opleiding of nabijheid van professionals. Onder Nederlanders bestaan hierbij nog steeds grote verschillen, bijvoorbeeld samenhangend met het opleidingsniveau. Wanneer men niet goed op de hoogte is zal men niet gauw zelf op het idee komen om hulp van de GGZ in te roepen, maar misschien wel verwezen worden door een huisarts die vindt dat men daarvoor in aanmerking komt.

Veel allochtonen en vluchtelingen zullen minder op de hoogte zijn dan autochtonen van de instituties in de zorg en de achterliggende denkbeelden. Dat betekent vaak dat traditionele oplossingen worden gezocht voor psychische problemen. Getracht zal worden zelf of in eigen kring tot verlichting van spanning of oplossingen voor problemen te komen. Pas wanneer een sociaal vangnet ontbreekt of het om zeer ernstige problemen gaat zal men soms professionele hulp zoeken. Vanwege gebrek aan protoprofessionalisering lijkt het van toevallige omstandigheden en persoonlijke contacten af te hangen of iemand goede voorlichting of hulp krijgt (Tjoa & Vermeulen, 1999). Wel maken volgens een hulpverlener vluchtelinggezinnen een leerproces door waar het om hun hulpvraag gaat.

Moeite met verwoorden

Allochtonen en vluchtelingen met psychische belasting kunnen bij een huisarts terecht komen, al dan niet in verband met gezondheidsproblemen. Volgens een huisarts is het in abstracte begrippen denken over begrippen als gezondheid en ziekte voor hen vaak moeilijk: "De meeste contacten vinden plaats naar aanleiding van lichamelijke klachten, en vluchtelingen verwachten dan een lichamelijk gerichte aanpak. Het behandelen van psychische klachten door erover met een hulpverlener te praten vinden zij 'typisch Nederlands'. Sommigen zijn gewend om rechtstreeks naar een specialist te gaan, en zijn dan verbaasd wanneer dat in Nederland doorgaans niet mogelijk is." Allochtonen die met psychische problemen bij een hulpverlener terecht komen kunnen die vaak moeilijk verwoorden: "Het past niet in hun cultuur en hun taal is er niet voor geëigend." Een vluchteling probeert het uit te leggen: "Ik ga wel naar de huisarts maar het is erg moeilijk. Als ik wat aan de buitenkant mankeer kan ik dat zeggen en word ik geholpen. Als ik echter wat aan de binnenkant mankeer kan ik dat niet zeggen." (Wijnen, 1997). Een huisarts legt uit: "Het begint altijd met lichamelijke klachten. Je hebt mensen met 'achterstallig onderhoud'. Een oude wond, een korter been. De aard van de hulp ligt dan voor de hand, maar wanneer het om iets diepers gaat, praten veel vluchtelingen daar moeilijk over. Als je de mensen wat langer kent, komen soms de verhalen over hun trauma's los." Lager opgeleiden en mensen van het platteland praten volgens hulpverleners het moeilijkst over hun problemen. Zij hebben vaak te maken met indirecte communica-

tie: "Communicatie met vrouwen met psychische problemen uit Ethiopië, Soedan, Afghanistan loopt vaak via man en verloopt daardoor helemaal moeilijk."

Representatief onderzoek naar de hulpvraag van allochtonen en vluchtelingen

Op grond van verschillen in cultuur tussen bevolkingsgroepen en verschillen in rollen van mannen en vrouwen zou men variatie in mate en aard van de hulpvraag kunnen verwachten. Ook het gedrag van verwijzers in het geval van bepaalde presentatie van problemen zou van invloed kunnen zijn op de hulpvraag. Het zou kunnen zijn dat bepaalde groepen vanwege de manier van omgaan met hun problemen of de presentatie geen hulp zoeken of bijvoorbeeld eerder bij Justitie terechtkomen dan naar de GGZ te worden verwezen.

Over de hulpvraag onder allochtonen en vluchtelingen bij de GGZ zijn enige gegevens bekend (RVZ en Trimbos Instituut, 2000; Wierdsma en Uniken Venema, 1996; Dieperink e.a., 2002). Het onderzoek is echter niet steeds helemaal representatief. Soms is alleen het eigen geboorteland geregistreerd en niet dat van de ouders (Dieperink e.a., 2002). Tussen 1990 en 1998 is de hulpvraag bij de GGZ niet alleen onder autochtonen maar ook onder allochtonen toegenomen. Surinamers, Antillianen en Kaapverdiërs kregen minder vaak ambulante, en vaker intramurale GGZ-hulp en drugshulpverlening. Turken en Marokkanen kregen juist vaker ambulante dan intramurale GGZ-hulp. Geslacht en leeftijd waren van grote invloed. Onder Surinamers, Antillianen, Turken en Marokkanen waren het vooral mannen die met de intramurale GGZ in aanraking kwamen. Ook ander onderzoek bracht verschillen in hulpvraag tussen bevolkingsgroepen en tussen mannen en vrouwen aan het licht. Onder Marokkanen en Turken melden vrouwen zich vaker dan mannen met lichamelijke klachten en zoeken ze de oorzaken van hun klachten vaker in sociale en relatieproblemen. Mannen wijzen op maatschappelijke oorzaken zoals slechte huisvesting en werkloosheid. Vrouwen vragen vaker om een luisterend oor en ondersteuning, en mannen om medicijnen of advies over werk of opleiding (Hosper e.a., 1999).

primaire proces te verbeteren is. In een volgende hoofdstuk zullen we nagaan welke consequenties dit heeft voor de randvoorwaarden, leiderschap, beleid en strategie, en middelenmanagement van instellingen.

In de inventarisatie worden typen knelpunten gesignaleerd, zoals ze in de literatuur naar voren komen en door hulpverleners en experts werden genoemd. Er is geen representativiteit nagestreefd. Het is heel goed mogelijk dat er grote verschillen zijn tussen instellingen in de mate waarin knelpunten voorkomen. Instellingen in de grote steden zijn al langere tijd met migranten geconfronteerd geweest en hebben in de loop van de jaren op verschillende manieren kwaliteitsverbeteringen gerealiseerd. Sommige hulpverleners werken al jaren met migranten en vluchtelingen hebben een adequate aanpak ontwikkeld.

Contactlegging en intake

In verband met contactlegging en intake doelen we op de aanmelding bij de eerste lijn en de ambulante GGZ. We gaan ook in op wat de oorzaken zijn dat sommige mensen, die daar wel voor in aanmerking zouden kunnen komen, niet in contact komen met instellingen. Hierbij gaat het om de toegankelijkheid van de instelling. Ook de rol van verwijzing komt aan de orde. Verder gaan we hierbij in op intakefase.

Discrepancie tussen verwachtingen wat geboden kan worden

Bij veel migranten en vluchtelingen is nog minder dan bij autochtone Nederlanders bekend over het precies aanbod in de zorg en vanuit de GGZ in het bijzonder (bijv. Boomstra & Kramer, 1997). Naarmate migranten of vluchtelingen hier korter zijn is minder sprake van 'protoprofessionalisering' en wordt het verwachtingspatroon meer gekleurd door ervaringen met de zorg in een ander land. In de vorige paragraaf is al aangegeven dat hierdoor ten onrechte geen hulpvraag wordt gedaan. Ook wanneer wel om hulp is gevraagd zijn er hierdoor knelpunten. Een huisarts: "Het verwachtingspatroon bij vluchtelingen is anders en sluit vaak niet aan op de wijze waarop wij de zorg hebben georganiseerd. Iemand uit Iran kan menen dat de beste zorg te halen is in een academisch ziekenhuis. Men is ontevreden wanneer een arts geen lichamelijk onderzoek doet. Daardoor

Het is aannemelijk dat allochtonen en vluchtelingen een hoger risico hebben op psychische en psychosociale problematiek, maar dit komt niet tot uiting in een grotere hulpvraag bij de GGZ (RVZ en Trimbos-Instituut, 2000). Nader onderzoek is daarom aangewezen naar de verhoudingsgewijze geringe zorgvraag bij de GGZ onder bepaalde allochtone bevolkingsgroepen (Diepe-
rink e.a., 2002).

Knelpunten en kwaliteitsverbeteringen

Knelpunten rond het totstandkomen van de hulpvraag betreffen allereerst de onbekendheid met de aard en de werking van het Nederlandse zorgstelsel. Het ontbreekt nieuwkomers doorgaans aan protoprofessionalisering, inzicht in de denkbare opties over de aard van problemen en mogelijke oplossingen, zoals die onder professionals bestaan. Men is verder gewend om psychische problemen zelf of in eigen kring op te lossen. Ook schaamtegevoelens belemmeren het tot komen van een hulpvraag. Wanneer nieuwkomers met een huisarts in contact komen hebben ze vaak moeite met het aan de orde stellen en verwoorden van problemen. Zodoende bestaat de kans dat er ten onrechte geen verwijzing naar de GGZ plaats vindt. Op grond van de schaarse onderzoeksgegevens kan worden verondersteld dat er onder bepaalde bevolkingsgroepen met verhoogd risico sprake is van ondergebruik van de GGZ. Een kwaliteitsverbetering zou eruit kunnen bestaan dat landelijk betere onderzoeksgegevens beschikbaar komen over de hulpvraag van allochtonen en vluchtelingen in relatie tot de ernst van de problematiek. Ook in zorgregio's zou dergelijk populatie-onderzoek kunnen worden verricht. Verder zijn activiteiten gericht op een zekere protoprofessionalisering nuttig.

Discrepanties tussen vraag en aanbod

In deze paragraaf staat de kwaliteit van het primaire proces in de hulpverlening bij psychische en psychiatrische problemen centraal. Tevens wordt nagegaan welke verbeteringen mogelijk zijn. We onderscheiden hier de volgende fasen in het hulpverleningsproces: contactlegging en intake; diagnostische fase; hulpverlening; afsluiting en evaluatie. We zullen per fase nagaan welke knelpunten er zijn en op welke wijze de kwaliteit van het

wordt geen goede vertrouwensrelatie tussen cliënt en hulpverlener gelegd. Het is belangrijk dat artsen toch zoveel mogelijk de klachten serieus nemen. We gaan onderzoeken of die problemen rond het niet voldoen aan verwachtingen meespelen bij het voortijdig afhaken." Maar ook hulpverleners zelf kunnen geïrriteerd worden wanneer de hulpvraag volgens hen niet past in hun praktijk.

Het verwachtingspatroon kan sterk verschillen al naar gelang het land waar mensen vandaan komen. In sommige landen is de specialist alleen toegankelijk voor heel rijke mensen: "Dan staat men er hier van te kijken dat iedereen daar hier naar toe kan gaan." Volgens een arts zijn aan de andere kant sommige vluchtelingen goed op de hoogte van de aard en de inhoud van de hulpverlening door het raadplegen van websites op internet.

Hulpverleners en experts zien kwaliteitsverbeteringen rond deze knelpunten vooral liggen op het terrein van de voorlichting, ook in de eigen taal en door voorlichters in de eigen taal en cultuur (VET'ers): "Nederland is uniek in de vormgeving van de huisartsenzorg, en bij een specialist kan je niet terecht om je oor te laten uitspuiten. Hoe wij het hebben vorm gegeven moet duidelijk worden gemaakt, bijvoorbeeld ook dat mensen die niet heel rijk zijn bij een specialist terecht kunnen. Goede informatie over de huisarts en de GGZ in allerlei talen moet beschikbaar zijn. Dat kan prima centraal gebeuren. Er zou veel meer gebruik moeten worden gemaakt van VETC'ers dan nu het geval is. Daar waar ze zijn ingezet werkt het erg goed. Ook GVO-verpleegkundigen kunnen een bijdrage leveren. Het is allemaal in opbouw." Volgens een huisarts zou het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ondersteuning moeten bieden: "Het NHG kan veel meer doen voor vluchtelingen maar doet niets."

Bedrog

Oneigenlijk gebruik van de hulpverlening wordt wel eensesignaleerd in het geval van vluchtelingen. Sommige hulpverleners stellen dat psychische problemen door sommige asielzoekers worden 'gebruikt' om hun vluchtverhaal kracht bij te zetten: "De klachten verminderen dan sterk op het moment dat ze een status krijgen." Experts verschillen van mening over de vraag of een hulpverlener bedrog kan doorzien. Een psychiater: "Mensen zien

natuurlijk dingen van elkaar en leren daarvan. Zeker in een omgeving als een AZC zijn mensen vindingsrijk. Als psychiater zie je toch na drie gesprekken dat het bedrog is. Een echte depressie kun je niet simuleren.” Een andere expert is minder zeker van zijn zaak: “Vluchtelingen kunnen zichzelf trainen in het simuleren van stoornissen, hoewel dat nog niet zo gemakkelijk is. Daardoor kan er bedrog in het spel zijn terwijl je juist het gevoel had dat je goed werk hebt gedaan.”

Weerstand vanwege conflicterende waarden en normen

Veel migranten en vluchtelingen zijn opgegroeid in een omgeving waarbinnen het nog minder vanzelfsprekend is dan in het hedendaagse Nederland om te erkennen dat men psychische problemen heeft en die bespreekbaar te maken. Voor zover men daarover kon en kan praten zou dat hooguit in eigen kring zijn. Men gaat de vuile was niet buitenhangen. Ook wanneer men vermoedt dat hulpverleners andere waarden en normen hebben in verband met de eigen problematiek kan men ervoor terugschrikken daarover contact met hen op te nemen. Een deel van het hulpverleningsaanbod is tot stand gekomen vanuit achterliggende waarden en normen. Verschillende werkvormen en methodieken zijn bijvoorbeeld de laatste decennia ontwikkeld in het kader van emancipatie van bevolkingsgroepen. Zo werden in de jaren 60 voorzieningen gecreëerd voor vrouwen die zich bedreigd voelden en voor weggelopen jeugdigen. De waarden en normen die ten grondslag liggen aan de geestelijke gezondheidszorg leven vooral in de midden- en bovenlaag van de Nederlandse samenleving en kunnen botsen met die van andere mensen met psychische problemen, autochtonen of allochtonen (Boomstra en Kramer, 1997).

Bij hulpverleners zelf komen weerstanden voor om met migranten of vluchtelingen te werken of hulp waarom is gevraagd te bieden. Er is op gewezen (Richters, 2000) dat er wel degelijk sprake kan zijn van ernstige morele bezwaren om bepaalde hulp te bieden. Te denken valt aan artsen die gevraagd worden om in het licht van de Nederlandse waarden en normen onwenselijke operaties uit te voeren. De weerstand is volgens een huisarts vaak vaag: “Vaak begint een hulpverlener met weerstand. Dit is te zien bij studenten tijdens de opleiding tot arts. Lichaamstaal is zeer belangrijk. Dat betekent wel dat een hulpverlener geen openheid uitstraalt.”

Ongeschikte context voor contactlegging en hulpverlening

Vooral bij net aangekomen vluchtelingen is de situatie volgens experts vaak zodanig dat het niet goed mogelijk is om het contact te leggen dat eigenlijk nodig is: "Bij vluchtelingen in de eerste opvang zijn de contacten vluchtig omdat ze daar maar kort verblijven. Vluchtelingen worden eerst medisch onderzocht, bijvoorbeeld naar TBC. Mensen met psychische problemen worden wel verwezen naar de GGZ, maar daar kan men door tijdsgebrek soms weinig doen." Bij vluchtelingen interfereert verder de asielprocedure met de hulpverlening: "Vanwege de onzekerheid van de status komt therapeutische traumaverwerking vaak niet in aanmerking." In het geval van illegale vluchtelingen mag officieel geen hulpverlening worden geboden.

Wanneer de omstandigheden ongeschikt zijn voor een reguliere aanpak moet volgens experts de hulpverlening worden aangepast. *Kwaliteitsverbetering* wordt hier vooral gerealiseerd door een goede timing van het aanbod: "Dat kan betekenen dat in de eerste fase van de aankomst van vluchtelingen praktische ondersteuning wordt geboden, terwijl de lichamelijke en geestelijke toestand later aan de beurt komt. Of stoornissen zoals het posttraumatisch stresssyndroom (PTSS) aanwezig zijn zou standaard bij de eerste screening onderzocht moeten worden."

Diagnosestelling

Bij het onderzoeken wat het behandelbare probleem is en het onderhandelen daarover met de hulpvrager kunnen zich verschillende moeilijkheden voordoen. Allereerst is het door taal- en andere communicatiemoeilijkheden niet altijd even gemakkelijk voor een hulpverlener om de relevante informatie te verkrijgen. Daarnaast of daarna is de interpretatie van wat boven tafel komt soms moeilijk vanwege cultuurverschillen. Bij vluchtelingen die net zijn aangekomen zijn er vaak extra moeilijkheden door gebrek aan tijd voor de intake en de diagnose. Experts zeggen verder dat door gemis aan samenwerking tussen hulpverleners omschrijving van de problemen vanuit verschillende invalshoeken achterwege blijft.

Gemis aan informatie

Hulpverleners die in moeten schatten wat er precies aan de hand is missen vaak relevante informatie. Vaak ontbreekt inzicht in de omstandigheden en cultuur waarin mensen vroeger hebben geleefd en de bijbehorende habitus. Vooral vluchtelingen houden soms belangrijke informatie achter. Verder wordt volgens hulpverleners in de opvang van vluchtelingen informatie uit de medische screening niet goed doorgegeven.

Gemis aan inzicht in de habitus en cultuur

Wat door een migrant of vluchteling als probleem gezien wordt hangt mede af van de eigen culturele bagage, die zeker in het begin afgestemd is op het land van herkomst. Bij het inschatten van de betekenis van de cultuur worden verschillende soorten fouten worden gemaakt: onderschatting en overdrijving. We bespreken beide fouten.

Een diagnostisch probleem is de verwevenheid van cultuur en problematiek. De eerstgenoemde fout is dat niet wordt ingezien op welke wijze cultuur de problematiek kleurt. Al enige decennia lang zijn er daarom boeken verschenen over de betekenis van de habitus voor psychische problematiek, het verschil tussen 'ik-culturen' en 'wij-culturen', en met richtlijnen om daarmee om te gaan. Beoogd werd te voorkomen wordt dat bijvoorbeeld ten onrechte manische ziektebeelden bij Italianen en depressies bij Ieren worden gediagnosticeerd (Kortmann, 2000).

De tweede fout is overdrijving of stereotypering. Zo bestaat de stereotype neiging (volgens De Vries, 2000) om problemen bij vluchtelingen toe te schrijven aan trauma's en bij migranten aan de culturele achtergrond. Ook volgens onze experts gebruiken nog steeds veel hulpverleners stereotype beelden bij de individuele diagnosestelling. Cultuur wordt volgens hen als iets onaantastbaars en onveranderlijks opgevat en niet als een levenswijze of leefstijl die zich – in mindere of meerder mate – ontwikkelt in relatie met een veranderende omgeving. Er is op gewezen dat men niet in de valkuil moet lopen om mensen ongedifferentieerd in te delen naar individualistische en groeps culturen (Tennekes, 1990). Ook wordt gewaarschuwd tegen teveel nadruk leggen op culturele oorzaken in plaats van de sociale positie of leefomstandigheden in aanmerking te nemen.

Verschillende kwaliteitsverbeteringen worden voorgesteld waar het om hulpverlening door Nederlandse instellingen aan mensen met een andere etnisch-culturele achtergrond gaat. Een algemeen probleem is dat men er ook theoretisch nog niet uit is welke de betekenis van de culturele context is voor psychiatrische problemen. Volgens sommigen (Kortmann, 2000) is de betekenis van cultuur voor de aard van de problematiek minder groot in geval van de aanwezigheid van een duidelijke organisch substraat. Maar ook in dat geval zal cultuur nog steeds een rol spelen in de omgang en communicatie (Van Dijk e.a., 2002). Een unaniem bepleite suggestie is om personeel aan te trekken met dezelfde culturele achtergrond. Daarnaast zou deskundigheid op verschillende manieren kunnen worden vergroot. Over het nut van 'matching' tussen hulpverleners en cliënten op grond van deskundigheid met betrekking tot iemands culturele achtergrond of etnisch-culturele overeenkomst zijn de meningen verdeeld. Het 'culturele interview' moet bij de diagnosestelling inzicht geven in de habitus van de cliënt. Voorstellen worden gedaan over hoe, in geval van cultuurverschillen, te komen tot communicatie met de cliënt, resulterend in een min of meer gedeeld beeld van de werkelijkheid. Gezocht wordt naar manieren om met verschil in waarden en normen om te gaan. Tenslotte wordt het gebruik van op de cultuur toegesneden methodieken voorgesteld. We zullen de verschillende suggesties bespreken.

Culturele diversiteit onder hulpverleners

Dat het nodig is om deskundigheid in huis te halen met betrekking tot culturen of cultuurtypen van belangrijke groepen cliënten wordt door veel hulpverleners en experts onderschreven. Daaronder rekent een expert ook begrip over het leven in landen van herkomst onder: "Stuur een hulpverlener eens een langere tijd naar Afrika, geef wat voorlichting, een boeiende lezing, videomateriaal, plaatjes en laat hen proeven maar waarschuw om de vijf minuten voor stereotypering." In de instelling waarbij een asielzoekerscentrum in de buurt zou worden geopend wordt heel nadrukkelijk gepleit voor meer scholing en deskundigheidsbevordering bij alle instellingen die bij de hulpverlening aan vluchtelingen zijn betrokken: "Wij zijn zelf tevreden over de scholing en adviezen die we van Pharos hebben gekregen over de verschillende culturen, de asielprocedures en de wijze waarop omgegaan moet worden met vluchtelingen."

Matching naast structurele aandacht voor culturele diversiteit onder cliënten

In sommige instellingen in Nederland wordt 'matching' toegepast op grond van de overeenkomst in culturele achtergrond van hulpverleners en cliënten. Hierdoor kan de hulpverlening gemakkelijker verlopen. Die hulpverleners hebben weet van de omstandigheden waaronder de cliënten hebben geleefd en ze klagen volgens een expert niet over communicatieproblemen: "Ze zijn erg geïnteresseerd in het wel en wee van hun vroegere landgenoten. Maar ook als ze niet zelf uit het land afkomstig zijn hebben ze interesse in andere culturen. Er is belangstelling en begrip voor dingen die anders zijn of gaan."

Maar experts zijn er tegen om 'matching' als uitgangspunt te nemen van de toewijzing van hulpverleners aan cliënten: "Het consequent koppelen van gespecialiseerde hulpverleners aan bepaalde categorieën cliënten wordt al snel als oplossing aangedragen, maar ik raad het ten sterkste af. Een cliënt met een Turkse achternaam moet niet automatisch terecht komen bij een hulpverlener die alleen Turkse mensen behandelt. Hierdoor wordt niet gewerkt aan het verbeteren van de randvoorwaarden voor een succesvolle aanpak. Er treden ook geen leerervaringen op bij minder deskundige hulpverleners. Er moet structureel aandacht zijn voor bepaalde culturele achtergronden en die moet goed verankerd zijn binnen de organisatie. Natuurlijk zullen er altijd verschillen in deskundigheid en affiniteit blijven bestaan en daar kan best rekening mee worden gehouden." Consequent doorgevoerde matching lijkt ook funest te zijn voor allochtone hulpverleners zelf (Thung en Demiralay, 2002). Gepleit wordt voor het expliciet maken van het beleid ten aanzien van de inbreng van specifieke deskundigen. Matching zou bijvoorbeeld kunnen worden toegepast afhankelijk van het type probleem of de wensen van de cliënt. Daarnaast zouden deskundigen met betrekking tot de culturele achtergrond een rol kunnen spelen bij het ontwikkelen van strategie en beleid van een instelling of afdeling, consultatie en deskundigheidsbevordering.

Het culturele interview

Om in afzonderlijke gevallen in te kunnen schatten welke iemands culturele achtergrond is en welke betekenis de betreffende cultuur voor iemand heeft gehad en nog heeft wordt wel het 'culturele interview' voorgesteld. Hierbij kan sprake zijn

van een dialoog tussen mensen met verschillende visies op de werkelijkheid (zie ook Kortmann, 2002). Wanneer goede communicatie plaats vindt wordt een juist beeld verkregen van de aanwezigheid en aard van een bepaalde culturele achtergrond en de wijze waarop iemand daar mee omgaat. Daarmee wordt voorkomen dat stereotype opvattingen over cultuur adequate hulpverlening in de weg staan. Ook wordt beoogd dat hulpverlener en cliënt door dialoog tot meer samenvallende beelden van de werkelijkheid komen ('communicatief universalisme', Kortmann, 2000). Maar natuurlijk kunnen zo ook kleinere of grotere verschillen in opvattingen over het wenselijke leven ('waarden en normen') aan het licht komen.

Integrale benadering en samenwerking bij inschatting van de problematiek

Nieuwkomers lijken meer dan autochtonen problemen als onderling verweven aan hulpverleners te presenteren, maar de GGZ laat zich niet intensief in met huisvestingsproblematiek. Binnen de GGZ probeert men de voor die sector relevante aspecten te isoleren en afzonderlijk te behandelen. Onze informanten hebben erop gewezen dat geïsoleerde diagnosestelling en ontrafeling van de verweven problematiek in het geval van vluchtelingen risico's met zich meebrengt, bijvoorbeeld op 'psychiatisering' van psychosociale problematiek, met volgens hen nadelige gevolgen voor de zorg. Een ander knelpunt is dat door gescheiden diagnostiek informatie over een diagnose niet bij alle relevante hulpverleners terechtkomt: "Vluchtelingen komen bij allerlei organisaties terecht zonder dat men daar op de hoogte is van de ernst van de problematiek. Zo geeft de medische dienst die de screening doet niet altijd relevante informatie door aan groepsleiders in een asielzoekercentrum."

Een gesuggereerde *kwaliteitsverbetering* bestaat uit coördinatie en samenwerking bij de omschrijving van de problematiek. Ook wordt de aanleg van een basisdossier voor vluchtelingen voorgesteld, maar sommige experts zien daar niets in omdat het mede om geheime, voor niet-medici ontoegankelijke, medische gegevens gaat.

Hulpverlening

Er is al enige tijd een debat aan de gang over de wenselijke doelstellingen van de geestelijke gezondheidszorg. Ook de rol die de GGZ zou moeten hebben bij hulpverlening aan migranten en vluchtelingen krijgt daarbij de nodige aandacht (De Vries, 2000). Er bestaat een discrepantie tussen dat wat sommigen zien als taak voor de GGZ en dat waarmee volgens anderen veel nieuwkomers het beste geholpen zijn. Om het nog ingewikkelder te maken: hulpverleners verschillen van mening over wat de belangrijkste problematiek van vluchtelingen is en kunnen het daarom niet eens worden over de gewenste aanpak. Sommigen stellen dat door verkeerde inschatting van de problematiek verkeerde doelstellingen voor de hulpverlening worden gekozen. In de praktijk van de hulpverlening zijn er nogal eens moeilijkheden bij het vaststellen of bereiken van overeenstemming over wat iemand nodig heeft (Boomstra en Kramer, 1997). Verschillen in waarden tussen hulpverlener en cliënt kunnen hieraan ten grondslag liggen. Soms kunnen de waarden van waaruit in de hulpverlening wordt gewerkt belemmeren dat tegemoet wordt gekomen aan bepaalde verwachtingen van hulpvragers. Een laatste knelpunt betreft het verdwalen van de hulpvragers die 'van het kastje naar de muur' wordt gestuurd vanwege gebrek aan coördinatie binnen het aanbod. Op de verschillende thema's wordt nu wat nader ingegaan.

Met lege handen bij leefsituatieproblemen

De professionele geestelijke gezondheidszorg kan maar in beperkte mate iets aan de levensmoeilijkheden van mensen doen, zeker wanneer die worden veroorzaakt door benarde leefomstandigheden. Ze kan wel signaleren welke gevolgen misstanden voor de geestelijke gezondheid hebben. Veel spanningen van vluchtelingen worden eerder veroorzaakt door de huidige leefsituatie dan door trauma's uit het verleden. Een expert: "De ervaring leert dat het geen oplossing is om vluchtelingen geconcentreerd te huisvesten. Meestal worden vluchtelingen van verschillende nationaliteiten bij elkaar gehuisvest. Dit levert spanningen op tussen de vluchtelingen onderling. Bovendien zien mensen die in de buurt wonen dit als bedreiging. De RIBW had vluchtelingen eerst bij elkaar gehuisvest en dat leverde grote problemen op."

Voor trauma-opvang zijn er volgens een andere expert enorme wachtlijsten en wanneer men in de centrale opvang verblijft is het volgens hem heel erg moeilijk een trauma te verwerken: "De opvang maakt geestelijke onrust onbeheersbaar. Iedere vluchteling heeft een bijzonder verhaal en ieder verhaal kun je voor jezelf beheersbaar maken waarvoor ruimte en tijd nodig is. Als die er niet zijn worden mensen ziek. Wanneer je jaren met honderden mensen op elkaar zit lukt de verwerking niet."

Een speciaal knelpunt in het geval van asielzoekers is dat gewerkt wordt in een onzekere situatie. Een behandeling waarbij gestimuleerd wordt hier een sociaal leven op te bouwen kan volgens een expert ondoelmatig blijken te zijn: "Vluchtelingen moeten proberen hun leven weer op te pakken maar mogen niet te veel inburgeren omdat uitzetting tot de reële mogelijkheid behoort."

Kwaliteitsverbeteringen werden gezocht in de leefsituatie: "Nu zijn vluchtelingen verspreid gehuisvest over de woningen die de RIBW beheert. We denken dat ze op die manier veel gemakkelijker relaties opbouwen met de andere bewoners. Dat zou een positief effect moeten hebben op hun leefsituatie. Bij evaluatie van gevalsbesprekingen van vluchtelingen bleek dat hun situatie verbeterde of stabiliseerde vanaf het moment dat zij en hun gezinnen contacten opbouwen."

Netwerken kunnen een belangrijke rol spelen bij het omgaan met problemen en het zoeken van oplossingen. Hulpverleners en experts voelen het ontbreken van netwerken als een gemis. Een voorgestelde *kwaliteitsverbetering* is om als professioneel hulpverlener meer gebruik te maken van organisatievormen als zelfhulpgroepen (vgl. vgl. Van Zijl, 2002). en zelforganisaties: "Laat het vele werk doen door mensen die geen professional zijn. Werk met zelfhulpgroepen. Dit vereist een zekere mate van deprofessionalisering. Laat mensen voor zichzelf opkomen." Als knelpunt wordt door hulpverleners genoemd dat er bij overheden weinig aandacht bestaat voor, of zelfs van tegenwerking sprake is bij, het opbouwen van netwerken onder vluchtelingen. In sommige plaatsen wordt geëxperimenteerd met maatjesprojecten (vgl. de 'buddies'). Een hulpverlener merkt op dat vanuit Humanitas in Alkmaar een aantal jongeren wordt ingezet als maatje voor AMA's. Onderzoek is verricht naar de mogelijkheden AMA's bij de samenleving te betrekken door het opzetten van

'grassroots-panels' van waaruit jongeren vragen kunnen stellen over hoe het hier toegaat (De Gruijter, 2002). Meer steun zou vanuit overheden en professionele organisaties op het gebied van zorg en welzijn kunnen worden geboden ter versterking van zelforganisaties en andere netwerken (Van Daal, 2002a, b).

Eenzijdige aanpak binnen de behandeling

Een fout die volgens experts gemaakt wordt is om ten onrechte over te gaan tot 'psychiatisering' van sociale en psychosociale problematiek. Waar hulpvragers ten onrechte 'externaliseren', dat wil zeggen de oorzaken van hun problemen eenzijdig in omstandigheden zoeken, zouden veel hulpverleners geneigd zijn om te 'internaliseren' door vooral naar de psychische aspecten te kijken. Dat zou vooral het geval zijn wanneer consequent verondersteld wordt dat het trauma de werkelijke oorzaak vormt van de levensmoeilijkheden (De Vries, 2000).

Een expert legt uit hoe de denkbeelden over de problematiek van vluchtelingen en aanpak de afgelopen decennia zijn veranderd: "Voor 1980 was de hulpverlening primair en materieel van aard. Rond de jaren tachtig kwam het begrip trauma in de hulpverlening aan vluchtelingen centraal te staan en werd binnen de psychiatrie een kapstok. Legitiem uitgangspunt werd dat gedwongen migratie traumatiseert en dat de cliënt recht heeft op passende psychiatrische hulpverlening. Het werd een hype." Het traumamodel wordt volgens experts ten onrechte nog steeds gebruikt om financiering los te krijgen: "Vluchtelingen die niet worden behandeld zouden psychopaten of robots worden, terwijl hooguit 20% van de vluchtelingen een traumatische ervaring heeft gehad die behandeld moet worden." Volgens experts liggen hier oorzaken van falende hulpverlening aan vluchtelingen.

Kwaliteitsverbetering wordt hier vooral gezocht in het veranderen van het perspectief van de hulpverlener: "Er is verzet ontstaan tegen 'medicalisering van leed'. Vluchtelingen willen gezien worden als gewone, of juist sterke mensen. Het zijn eerder survivors dan slachtoffers. Daarom is 'empowerment van de survivor' meer op zijn plaats." Ook wordt andere zorg voorgesteld: "Problemen van vluchtelingen worden geopsychiatriseerd in plaats van dat het accent wordt gelegd op psychosociale zorg." Het wordt nodig gevonden om vanuit een genuanceerde

diagnose meer gedifferentieerde hulp te bieden op verschillende terreinen: "Problemen worden dan niet meer niet meer voornamelijk als individuele psychische problemen benoemd maar vallen uiteen in problemen in de gemeenschap, problemen op het gebied van cultureel erfgoed, sociaal-psychologische problemen, problemen op het gebied van werkgelegenheid en onderwijs. Hulp wordt dan niet meer geboden vanuit een medisch, maar vanuit een overwegend psycho-sociaal model." (vgl. ook Kool en Kaasenbrood, 2002; Van der Veer en Van Waning, 2002). Onduidelijkheid bestaat dan wel over de geëigende rol van de GGZ in dit psychosociaal model.

Wringende taakopvattingen van hulpverleners

Sommige taakopvattingen van de Nederlandse GGZ wringen bij cliënten met een andere culturele achtergrond. Een sterk individualiserende benadering heeft bij conflicten binnen een familie soms ongewenste gevolgen: "Vluchtelingenwerk wordt vaak geconfronteerd met relatieproblemen tussen Somalische mannen en vrouwen. Door de ondergeschikte positie van de vrouw in deze gezinnen, kan hulpverlening ertoe leiden dat de vrouw en de kinderen door de man op straat worden gezet. Deze vrouwen kunnen geen kant uit, maar vanuit hun cultuur gezien staat de man in zijn recht."

Bepaalde methodieken die zijn gebaseerd op verwerking en herbeleving blijken volgens een expert niet altijd adequaat: "Problemen dienen in onze westerse opvatting in iemands leven geïntegreerd te worden in plaats van ontkend. Mensen uit sommige landen vinden deze benadering niet goed. Een Bosnische moslim wil naar de toekomst kijken en niet terugkijken. Door deze botsing van opvattingen kan de hulpverlening falen. Er bestaan verder binnen verschillende culturen specifieke manieren om met tegenslagen om te gaan. Religie speelt vaak een belangrijke rol in de omgang met levensmoeilijkheden, maar binnen onze westerse hulpverlening wordt dit opgevat als psychopathologie."

Een door een expert voorgestelde *kwaliteitsverbetering* is om geëigende methodieken bij de aanwezigheid van bepaalde problematiek en een bepaalde culturele achtergrond te benutten: "De Vonk wil in bepaalde gevallen moeders samen met hun kinderen opnemen om zo het familiesysteem in tact te laten."

Hierbij zijn dan wel speciale voorzieningen nodig. We wijken hierbij af van wat gebruikelijk is in de psychiatrie. We willen verder een kinderdagverblijf oprichten omdat dan kindermishandeling aan het licht komt. Verder zijn wij bezig om voor AMA's voorzieningen te organiseren. Of het werkt zal uit de praktijk moeten blijken. Meestal staan budgetten niet toe om echt te experimenteren."

Een *kwaliteitsverbetering* waarover de meningen verdeeld zijn is om structuren en rituelen die aanwezig zijn in de eigen cultuur te benutten. Knelpunten doen zich voor wanneer hulpverleners bezwaren maken tegen de achtergronden en uitgangspunten van andere culturele tradities (Richters, 2000). Verschillende hulpverleners bij GGZ Regio Breda uitten bezwaar tegen doorverwijzing naar bijvoorbeeld islamitische genezers, ook omdat men geen zicht zegt te hebben over hun effectiviteit en kwaliteit. Maar het wordt zeker mogelijk geacht dat welwillende hulpverleners zich proberen te verplaatsen in de positie van de cliënt en van daaruit hulp bieden (De Vries, 2000).

Inadequate werkwijzen in de hulpverlening

Wanneer nieuwkomers hier nog maar kort verblijven kan het ondoelmatig zijn om de in Nederlandse instellingen gebruikelijke werkwijzen te hanteren. Zo signaleren hulpverleners problemen rond het opvolgen van afspraken of het nemen van medicijnen: "Het is veel vluchtelingen moeilijk uitleg te geven over de medicijnen en de noodzaak van regelmatig medicijngebruik. Vluchtelingen hebben de neiging medicijnen ook aan andere gezinsleden te geven." Een andere hulpverlener: "Een man met longemfyseem kwam echt iedere twee weken in het ziekenhuis omdat hij niet wist hoe hij moest omgaan met de medicijnen en het inhalatieapparaat."

Verschillende wegen om tot *kwaliteitsverbetering* te komen worden voorgesteld. Met ontbrekende protoprofessionalisering bij cliënten kan men omgaan door hen voorlichting en training te geven over de handelwijze van hulpverleners in Nederland. Een tegenovergestelde kwaliteitsverbetering is om de hulpverlening, binnen de speelruimte die men heeft, in verregaande mate af te stemmen op de verwachtingen, habitus en situatie van de cliënt. Daarbij zou veel meer begeleiding moeten worden gegeven dan gebruikelijk is. Een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige merkte

op dat haar beroepsgroep het eigenlijk 'gemakkelijker' had dan de psychotherapeuten: "Door onze ondersteunende functie hebben wij een betere ingang bij de vluchteling. Therapeuten voelen zich vaak machteloos."

Omdat de hulpverlener vaak geen expert is waar het om de cultuur van de cliënt gaat zou deze zich op dit gebied meer als gelijke van de cliënt kunnen opstellen. Hij zou bijvoorbeeld nieuwsgierig kunnen informeren naar de betekenis van bepaalde gebruiken. Hij zou zich meer dan gebruikelijk van zijn menselijke kant kunnen laten zien, door het geven van aandacht, begrip en erkenning en het bieden van sociale steun (De Vries, 2000). Een huisarts: "Bij alle vluchtelingen, ongeacht hun herkomst, bestaan klachten als hoofdpijn, maagklachten, rugklachten. De thuissituatie en de stress zijn anders dan bij de autochtonen. De vraag is hoe de huisarts er mee om moet gaan. Er bestaat weerstand bij de cliënt. Een hulpverlener dient bereid te zijn om te investeren in de communicatie. Na de investering, na het openstaan voor de vluchteling is er ruimte voor alles." Zich als gelijke op willen stellen kan op enigszins gespannen voet staan met de verwachting bij cliënten dat de hulpverlener gezag uitstraalt. Verder wordt aangegeven dat 'naast compassie een zekere distantie nodig is om als hulpverlener overeind te blijven.' Te veel vriendschap mag er volgens experts ook niet toe leiden dat valse verwachtingen worden geschapen over de asielprocedure. Vanwege al die gevaren wordt het nodig gevonden dat vanuit de instelling een goede intervisie en supervisie plaatsvindt.

Een *kwaliteitsverbetering* die eigenlijk het gehele hulpverleningsproces betreft is het ontwikkelen van een protocol met hulpmiddelen, zoals een sociale kaart. Zo'n protocol zou ook behulpzaam kunnen zijn in een netwerk, bijvoorbeeld zoals wordt ontwikkeld rond GGZ De Geestgronden. In het protocol worden suggesties gedaan over hoe kan worden gehandeld in de verschillende fasen van het primair proces, van aanmelding tot afsluiting. Suggesties kunnen worden gedaan voor samenwerking, verwijzing, verdeling van verantwoordelijkheden en casemanagement. De hulpmiddelen betreffen met name de sociale kaart en een overzicht van mogelijk geschikte hulpvormen. Daarbij kunnen ook preventieve vormen en het benutten van netwerken worden vermeld. Gewaarschuwd wordt voor het risico het protocol als een blauwdruk te gebruiken. Men vraagt zich ook af of een sociale kaart speciaal voor vluchtelingen wel nodig is.

Gebrek aan ruimte vanwege verzakelijking van de zorg

Knelpunt rond het werken met migranten en vluchtelingen is ook de rationalisatie van de zorg. Een expert: "Allereerst is er een grote werkdruk. Tijdsgebrek, onderbezetting, veelvuldige wisseling van personeel zijn grote knelpunten. Het werk is zwaar en men is soms de hele dag bezig met redderen en weinig met opbouwen. De veranderingen die nodig zijn staan haaks op twee factoren: rationalisering en individualistisch denken. De psychiatrie is steeds meer een mondiale onderneming geworden. Men gebruikt Amerikaanse handboeken. Cultuurverschillen worden gezien als 'roet in het eten' en men vindt dat ze vooruitgang in de weg staan. Managers willen protocollen en uniformiteit. Het woord is 'managementcare': hulpverlening wordt gerationaliseerd en uitgedrukt in geld. Meer output voor minder geld, is het streven. Voor een depressie staat een x-aantal uren. Dit alles staat haaks op de houding die nodig is bij het werken met vluchtelingen."

Kwaliteitsverbeteringen liggen in het creëren van ruimte voor een andere wijze van werken die meer tijd vergt. Zorgverzekeraars zouden begrip kunnen hebben voor de noodzaak daarvan.

Communicatiemoeilijkheden door taal- en emotionele barrières

Bij hulpverlening aan migranten en vluchtelingen doen zich vaak communicatieproblemen voor. De taal vormt de eerste barrière. Er wordt volgens experts te weinig gebruik gemaakt van tolken en tolkentelefoons. Praten over psychische problemen is voor vluchtelingen en migranten heel moeilijk: "Praten met vreemden over psychische problemen past niet in de cultuur van velen. Vooral bij lager opgeleide vluchtelingen en mensen van het platteland gaat het moeilijk."

Het moeilijkst gaat het bij gezinnen uit landen als Ethiopië, Somalië, Soedan, Afghanistan waarbij de vrouw bijvoorbeeld depressief of psychotisch is. Het is heel moeilijk om met deze vrouwen in gesprek te raken. Zij mogen vaak niet alleen naar buiten en spreken vaak alleen de taal van hun land. De communicatie verloopt meestal via de man, maar je kan je afvragen of de informatie die je van hem krijgt juist is." Toch worden kwaliteitsverbeteringen aangedragen om de communicatie te verbeteren. Een medewerker van de RIBW: "Het heeft geen zin om met een vluchteling in een spreekkamer te praten over psychische problemen zoals we wel met andere bewoners doen. Met vluchtelingen bespreek je hun problemen informeel tijdens de

afwas of bij een kopje koffie of thee. Je zoekt een goed moment uit. Het maken van een afspraak werkt niet.'

Ontbrekende coördinatie en netwerken in de hulpverlening

Het komt nogal eens voor dat vluchtelingen van het kastje naar de muur worden gestuurd. Er is vaak geen sprake van 'ketenverantwoordelijkheid'. Verder blijkt dat sommige hulpverleners weinig samenwerking krijgen van andere professionals: "Vluchtelingen worden door huisartsen minder vaak verwezen naar specialisten, ook omdat ze merken dat vluchtelingen nogal eens naar hen worden terugverwezen. Dat vraagt erg veel van de eerste lijn. Vanuit vluchtelingenwerk hoor ik dat erg zware problemen bij vluchtelingenwerk terechtkomen. Complexe problemen horen niet bij vluchtelingenwerk thuis. Hierover moeten afspraken worden gemaakt."

Kwaliteitsverbetering wordt gezocht in het opbouwen van een netwerk dat behulpzaam is vanaf het moment dat keuzen moeten worden gemaakt over het hulpaanbod tot aan de afsluiting van de hulpverlening. Een hulpverlener: "Mensen worden regelmatig van het kastje naar de muur gestuurd, hoor ik bij vluchtelingenwerk. Er zou wat dat betreft een effectief en gemotiveerd netwerk moeten zijn. Hiermee moeten we aan de slag." Aan de opbouw van netwerken wordt her en der gewerkt. Men wil samenwerken om te kunnen verwijzen, elkaar te consulteren en om tot casemanagement te komen. Belemmerend werkt het grote verloop in bepaalde instellingen: "In een AZC is het verloop onder hulpverleners zo groot dat het nauwelijks mogelijk is contacten op te bouwen. Daaraan gaat ook veel energie verloren." Ook rond de optimale samenstelling van het netwerk bestaan onzekerheden: "Casusbesprekingen in ons vroegere netwerk waren heel nuttig, maar we vonden de groep toen te groot." Ook netwerken gericht op intervisie en consultatie over de muren van afzonderlijke instellingen heen blijken nuttig te zijn (Kleinluchtenbelt en Sabanoglu, 2000).

Verwijzing vindt vaak plaats naar hulpverleners waarmee men goede ervaringen heeft opgedaan. Bij verwijzing van vluchtelingen en migranten doen zich volgens hulpverleners en experts vaak problemen voor. Meer dan anders het geval is wordt gemis aan terugkoppeling na verwijzing als probleem ervaren. Het ontbreken van een netwerk van aanbieders wordt daarom als knelpunt ervaren. Kwaliteitsverbetering rond verwijzingen wordt

door experts gezocht in netwerken van instellingen, al worden daarbij ook de nodige haken en ogen gesignaleerd: "De verwijzing door onze instelling loopt naar mijn gevoel goed. Er is vrij intensief contact tussen de gespecialiseerde instellingen. De verwijzingen vanuit de instellingen in de regio naar De Vonk lopen soms moeilijk. Het is in het geval van vluchtelingen nog belangrijker dat er goed contact bestaat tussen verwijzer en hulpverlener. Dat moet veel intensiever zijn. Wanneer het om ernstige problematiek gaat is het niet goed dat een verwijzer lang moet wachten op wat de experts vinden van zijn diagnose en inschatting. Sinds anderhalf jaar is daarom bij ons een contactcoördinator werkzaam. Deze probeert het contact met verwijzers te onderhouden. De Vonk heeft een soort coördinerende functie voor deze regio. Ook in andere regio's wordt het steeds meer zo georganiseerd. We creëren een soort poorten, centrale plekken waarheen mensen met bepaalde problemen verwezen worden. Omdat dit in ontwikkeling is, is er nog niet zo veel over te zeggen."

Met de vorming van netwerken wordt ook casemanagement nagestreefd. Het perspectief van hulpverleners is daarbij dat men vanuit ondersteunende hulpverlening toe wil werken naar een vertrouwensrelatie met de cliënt, waardoor op den duur ook de psychische problematiek aangepakt kan worden: "Het vertrekpunt is de hulpvraag van de vluchteling, die meestal praktisch of lichamelijk van aard is. Het is dan nog helemaal niet eenvoudig om goed te helpen. In de gevallen waar wij mee te maken hadden ging het vaak om de verschillende vormen van hulp aan het hele gezin: intensieve thuiszorg, jeugdzorg in verband met opvoedingsproblemen, de huisarts, en soms de politie. Vanuit Vluchtelingenwerk, de GGD of de GGZ werd casemanagement geboden. Vaak ging het om ondersteuning van wel vijf of zes jaar. Dit heeft te maken met de lange duur van de asielprocedure. Zolang de mensen in onzekerheid leven, kunnen ze moeilijk vat krijgen op hun problemen. Op het moment dat het gezin of de vluchteling een status krijgt als vluchteling kan worden gewerkt aan de toekomst en nemen ook de moeilijkheden af."

Gespecialiseerde GGZ-instellingen worden geacht ondersteuning te bieden aan hulpverlenersnetwerken, maar dit verloopt volgens een huisarts niet persé vlekkeloos: "We wilden de hulpverlening aan de individuele patiënt verbeteren en hadden daartoe in Almere een netwerk voor hulpverlening aan vluchtelingen. Wij

kwamen eens per twee maanden bijeen, maar de veel voorkomende acute problemen konden we niet oplossen. Twee jaar geleden hebben we de projectgroep Almere opgericht waarin alle disciplines zitten. Het consulteren van elkaar gaat moeizaam. Vooral het consulteren vanuit de Riagg verliep moeizaam. Nu is dit iets verbeterd na de fusie met de intramurale instelling Zon en Schild. De GGZ richt zich nauwelijks op transculturele hulpverlening. Van een collega huisarts weet ik dat er problemen zijn rond de verwijzing van vluchtelingen. Er is niets bekend over het behandelaanbod, het verloop van de behandeling en of die wordt afgemaakt. Ik hoorde dat vooral asielzoekers in de kinder- en jeugdpsychiatrie de behandeling niet afmaken. Met het aanstellen van een nieuwe intaker is er wat meer aandacht voor vluchtelingen gekomen.”

Afsluiting en evaluatie

Er zijn weinig of geen harde onderzoeksgegevens bekend over hoe de hulpverlening aan migranten en vluchtelingen verloopt en hoe deze wordt afgesloten. Een arts heeft geen hoge dunk van de GGZ-hulpverlening in zijn regio: “Wachtlijsten voor het maatschappelijk werk en de GGZ zijn nu korter geworden doordat de organisatie beter is. Ik vraag me echter af of het aanbod aansluit op de problematiek van allochtonen en vluchtelingen. Ik heb de indruk dat er voor de zwaar psychiatrische problematiek programma’s zijn met SPV’ers. Maar als mensen niet meer komen opdagen, worden ze ook niet meer benaderd. Er wordt niet geprobeerd hen terug te halen.” Een gespecialiseerde instelling besteedt meer aandacht aan de afsluiting: “Aan het einde van de behandeling houden wij een exitinterview. Wij lopen dan alle programmaonderdelen langs. We koppelen de informatie die hieruit naar voren komt terug naar het Management Team. Over de hulpverlening zelf blijken vluchtelingen positief zijn over de hulpverlening. Hoewel de hulp ontoereikend was bleek men dankbaar voor de aandacht (Boomstra en Kramer, 1997).

3 Kwaliteit van de randvoorwaarden

De voorgaande verkenning liet zien dat er nog veel knelpunten zijn rond het primaire proces in de hulpverlening aan migranten en vluchtelingen. In een aantal gevallen werden suggesties voor kwaliteitsverbeteringen aangedragen. Uiteraard is het een zaak voor instellingen van GGZ en anderen om een strategie te bepalen om tot betere zorg binnen de multiculturele samenleving te komen. Het ligt voor de hand om, ook gegeven de aanwezigheid van een kwaliteitswet, handvatten voor een strategie te zoeken in de kwaliteitszorg. Hierbij sluiten we aan bij een stap die enige jaren geleden vanuit het NCB is gezet (Bedaux e.a., 1997). We maken verder gebruik van de benadering vanuit het Instituut voor Nederlandse Kwaliteit, die ook door veel instellingen voor GGZ, waaronder GGZ Regio Breda in de praktijk van de kwaliteitszorg wordt gebruikt.

Op welke manier kan een instelling voor GGZ kwaliteitsverbetering rond interculturalisatie teweeg brengen? Door te beginnen met een aanpak waarbij van de gehele organisatie een inspanning wordt gevraagd. Min of meer in lijn met de indeling in de INK-kwaliteitsbenadering maken we onderscheid tussen de volgende 'organisatiegebieden' waarop de inspanningen gericht zouden moeten zijn: leiderschap; missie, beleid en strategie, onder meer ten aanzien van onderzoek, toegankelijkheid, samenwerking, zorgbeleid en personeels- en middelenbeleid.

In ons onderzoek in samenwerking met GGZ Regio Breda hebben we de meningen over de noodzakelijkheid van het leveren van relevante inspanningen op de verschillende gebieden achtereenvolgens gevraagd aan belanghebbenden van de instelling, hulpverleners, en managers van het Circuitberaad Volwassenen. Het gaat in feite om een onderzoek naar de noodzaak en richting van kwaliteitsverbeteringen en de aanwezigheid van draagvlak daarvoor.

Leiderschap

Het succes van initiatieven om de kwaliteit van de randvoorwaarden voor primaire processen te verbeteren staat of valt met leiderschap. Het INK-uitgangspunt is dat het 'zonder een heldere visie op de beoogde resultaten en cultuur van de instelling en zonder de gewenste stijl van leiderschap niet lukt om een organisatie in beweging te krijgen.' Leidinggevend zijn in die visie rolmodel en stimuleren medewerkers tot optimale prestaties. Verder ondersteunen ze medewerkers en voorzien hen van de nodige vaardigheden en middelen. Het vertrouwen van medewerkers wordt geacht toe te nemen vanwege persoonlijke betrokkenheid van de leiding en de geboden erkenning, waardering en ondersteuning. Waar het om het verbeteren van de interculturele kwaliteit gaat is leiderschap niet alleen een taak voor afzonderlijke instellingen, maar een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor verschillende partijen, waaronder landelijke, provinciale en gemeentelijke overheden, zorgverzekeraars, cliëntenorganisaties, zelforganisaties van allochtonen en vluchtelingen en onderwijsinstellingen.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000) stelt dat sterk leiderschap nodig is bij de interculturalisatie van de GGZ. Het moet erop gericht zijn voorzieningen 'cultuurgevoelig' te maken. Het moet bewerkstelligen dat organisaties niet langer vanzelfsprekend de westerse cultuur en moraal als enige oriëntatiepunt nemen, maar hun blik verruimen naar een evenwichtig omgaan met andere culturen, waarden en normen. Het vraagt herbezinning van het beleid ook op de gangbare normatieve uitgangspunten en de visie van instellingen. Met interculturalisatie zou moeten worden bereikt dat de toegankelijkheid, kwaliteit en effectiviteit van de zorg aan allochtone cliënten gelijkwaardig zijn

aan die van autochtone cliënten. Het betekent volgens de RVZ een differentiatie van de uitvoering van de zorg, met meer ruimte voor culturele verscheidenheid en eigen identiteiten.

Van Dijk e.a. (2000) Ze wijzen erop dat de geestelijke gezondheidszorg slecht tegemoet komt aan de behoeften van immigranten en dat daarom een grootscheepse landelijke en regionale aanpak nodig is. Zij doen tien voorstellen om dit te realiseren, samengevat: Maak diversiteit tot kwaliteitskenmerk; Betrek migranten bij de plannen; Bevorder hun instroom in opleidingen en in instellingen; Zorg voor coördinatie van onderzoek naar interculturalisatie; Stem beroepsprofielen af op de eisen van de multiculturele populatie; Ontwikkel documenten voor goede praktijken van zorg; Ontwikkel een intercultureel keurmerk en bevorder visitaties en intervisie; Monitor en registreer de zorgverlening aan migranten; Ontwikkel doelgroep- en stressor-gerichte zorgprogramma's; Ga om dit alles te faciliteren over tot de vorming van een landelijk netwerk en een kenniscentrum.

Experts in hulpverlening aan vluchtelingen

Ook onze experts benadrukken dat leiderschap aanwezig moet zijn. Zij stellen dat het hier gaat om een gezamenlijke verantwoordelijkheid van verschillende actoren. Partijen zoals provincies, gemeenten, zorgkantoren, patiëntenorganisaties en aanbieders zouden zich in kunnen zetten voor het maken van een goede regiovisie waarin de weg naar interculturalisatie van instellingen wordt geschetst. Het wordt nodig gevonden dat het management van instellingen een krachtige inzet toont, maar daaraan schort het vaak: "Er wordt niet goed leiding gegeven. Het ontbreekt het management aan visie. Als alles gedecentraliseerd gebeurt lukt er niets. Er is gebrek aan zelfvertrouwen. Er is onbekendheid met maatwerk." In het verleden zijn het vooral instellingen uit de grote steden geweest waar het management zich daadwerkelijk voor verbetering van kwaliteit van hulpverlening aan migranten heeft ingezet. Daarbuiten is weliswaar vaak een aandachtsfunctionaris aanwezig, maar deze heeft volgens een expert weinig invloed: "Afzonderlijke individuen hebben keihard gewerkt aan interculturalisatie, maar het wachten is nu op de overname door het beleid." Ondervraagden geven aan dat het ontbreken van leiderschap op een negatieve manier doorwerkt in de organisatie: "Interculturalisatie is nu een kwestie van individuele acties en die ontbeert zo slagkracht en draagvlak."

De verwachtingen over leiderschap bij GGZ Regio Breda bij belanghebbenden

Volgens belanghebbenden van GGZ Regio Breda dient het management het interculturalisatieproces binnen de instelling te ondersteunen en ruimte te bieden om ideeën te ontwikkelen. Een van de belanghebbenden: "Het management moet zich duidelijk uitspreken over wat de instelling wil met interculturalisatie. Als de richting van interculturele hulpverlening voor alle betrokkenen duidelijk is kun je concreet taakgroepen vormen om het uit te werken. Er moet natuurlijk ook budget vrijgemaakt worden voor bijscholing, deskundigheidsbevordering, noem maar op." Belanghebbenden vinden het wenselijk dat iedere instelling in principe een 'aandachtsfunctionaris interculturalisatie' op hoog niveau heeft, die zich alleen bezig houdt met interculturalisatie van de instelling. Als een aandachtsfunctionaris ook andere taken heeft wordt de kans groot geacht dat interculturalisatie op de achtergrond blijft. Het aanstellen van een aandachtsfunctionaris betekent volgens hen overigens niet dat het algemene management op het gebied van interculturalisatie geen verantwoordelijkheden meer heeft. Een netwerk, zowel binnen GGZ Breda als naar buiten, wordt erg nuttig gevonden. Een aandachtsfunctionaris zou een belangrijke rol moeten spelen bij het doorsluizen van informatie en het ontwikkelen van netwerken, zowel binnen de instelling als daarbuiten. De aandachtsfunctionaris vormt de schakel tussen instellingen en betrokken personen. Men ziet het faciliteren en ondersteunen van het interculturalisatieproces als taken van het management.

Verschillende belanghebbenden hebben behoefte aan kwaliteitsbewaking binnen instellingen, waarbij duidelijke meetpunten zoals beginpunt, doelen en streefcijfers zijn geformuleerd. Hierdoor zou het mogelijk worden samenwerkingsverbanden rondom interculturalisatie in het leven te roepen. Ook kan het management van instellingen worden gehouden aan bepaalde afspraken.

Belanghebbenden vinden dat GGZ Regio Breda het initiatief moet nemen voor samenwerking gericht op ondersteuning van het primaire proces. Men vindt dat er nu onvoldoende leiderschap is rond interculturele samenwerking. Er moeten volgens hen afspraken komen over voorlichting, informatieverstrekking, deskundigheidsbevordering, samenwerking met migrantenorganisaties, consultatie, verwijzing, epidemiologische gegevensver-

zameling en nazorg. Al deze onderwerpen zouden niet afhankelijk moeten zijn van de interesse van afzonderlijke instellingen, maar resultaat van gezamenlijk initiatief. Binnen de meeste instellingen krijgt interculturalisatie van de hulpverlening en het personeelsbeleid nog te weinig aandacht. Men gaat volgens de belanghebbenden teveel uit van aanbodgericht denken: "Mensen in de instellingen zeggen dat er geen zorginhoudelijke probleem zijn met allochtone cliënten en dat alleen de communicatie moeilijk verloopt. Ze zeggen dat allochtone cliënten goed worden geholpen en zien niet de noodzaak om de zorg aan te passen." Een belanghebbende: "Veel managers denken aanbodgericht. Cliëntgericht denken vinden ze moeilijk. Hierdoor worden altijd de zwakken getroffen." Verschillende belemmeringen van het interculturalisatieproces worden genoemd: "Men ziet het als een verplichting en niet als uitdaging. Het kan juist een verrijking zijn." Interculturalisatiebeleid moet volgens belanghebbenden geen papieren beleid zijn. Het Circuitberaad Volwassenen van GGZ Regio Breda zou volgens hen initiatieven moeten nemen voor een structureel en systematisch interculturalisatiebeleid.

De opvatting van managers van GGZ Regio Breda over hun leiderschap

Het Circuitberaad volwassenen van GGZ Regio Breda vindt 'het nemen van ingrijpende beleidsmaatregelen' rond hulpverlening aan allochtonen niet noodzakelijk. De instelling wijst op het feit dat men al een aandachtsfunctionaris heeft. Men is van mening dat de instelling voldoende ervaring heeft met intercultureel werken. Men vindt dat vanuit de instelling voldoende wordt gedaan om interculturele hulpverlening te ondersteunen, bijvoorbeeld door scholing, training, cursussen voor hulpverleners over hoe om te gaan met allochtone cliënten, en hoe gebruik te maken van tolken. Hulpverleners maken structureel gebruik van tolkentelefoons, vertaald voorlichtingsmateriaal en incidenteel van allochtone intermediairs en bieden langere consultduur aan. Men vindt niet dat de er rond GGZ-hulpverlening aan allochtonen zodanig problematische kanten aanwezig zijn dat ingrijpende beleidsmaatregelen genomen zouden moeten worden: "Tien jaar geleden dachten we dat er een crisis zou ontstaan wanneer we niets deden." Men zou het wel wenselijk vinden om meer allochtoon personeel aan te trekken, maar ziet geen mogelijkheden om effectieve maatregelen hiertoe te nemen.

Ten aanzien van vluchtelingen willen managers zich wel actiever opstellen: "We vinden wel dat we beleid moeten voeren gericht op de aanpak van psychische problemen van vluchtelingen. We gaan in oktober op beleids- en praktijkniveau samenwerken met de Medische Opvang Asielzoekers. Ieder asielzoekerscentrum krijgt iemand die consultatie gaat geven." Toen er enige jaren geleden veel Kosovaren in een asielzoekerscentrum in de regio werden geplaatst, heeft GGZ Regio Breda zich daar terdege op voorbereid. Tegen de verwachting in kwamen er echter uit die groep geen hulpvragen voort.

Missie, strategie en beleid

Idealiter komt het instellingsbeleid voort uit een missie, een visie op de eigen taken, met name rond de wijze waarop tegemoet wordt gekomen aan bepaalde vragen vanuit de samenleving. Een instelling onderzoekt in het licht van de eigen missie en de eigen mogelijkheden, welke ontwikkelingen zich voordoen in de omgeving (ook kansen en bedreigingen) en hoe ze daarop kan en wil inspelen. Over de missie van de GGZ zijn de meningen verdeeld. Sommigen willen de bemoeienis beperken tot ernstige psychische en psychiatrische problemen, terwijl anderen juist verbreding van de GGZ-zorg bepleiten. Ook onder de onder-vraagde experts zijn er die de rol van de GGZ willen beperken: "Men dient zich goed af te vragen wat de GGZ kan bieden. De GGZ kan niet de maatschappelijke problemen oplossen. Mensen die zich ontheemd voelen, mensen die graag willen werken, die zich vastgelopen voelen, die zich alsmaar zorgen maken over het thuisfront, horen niet direct thuis in de GGZ. Het lijden kan wel wat worden verlicht en men kan leren hoe sommige dingen te hanteren, maar het oplossen van deze problemen is voor de GGZ onmogelijk. Mensen wat controle over hun eigen leven te geven is uiteraard erg nuttig."

We gaan hieronder in op strategieën rond onderzoek ten behoeve van de ontwikkeling van strategie en beleid, toegankelijkheid van de instelling, samenwerkingsbeleid, zorgbeleid, waaronder personeelsbeleid.

Onderzoek

Strategie en beleid horen gebaseerd te zijn op onderzoek, naar ontwikkelingen in de omgeving, naar de doorstroom van hulpvragers in de instelling en naar de sterke en zwakke punten van de instelling. Veel instellingen hebben niet of nauwelijks informatie verzameld over de aanwezigheid van migranten en vluchtelingen onder de bevolking in de eigen regio. Wanneer men geen vluchtelingen in de instelling ziet hoeft dit echter niet te betekenen dat ze niet in de regio woonachtig zijn. Over de etniciteit van de cliënten en de effecten van de hulpverlening aan bepaalde groepen is vaak weinig bekend, bijvoorbeeld ook niet in de regio Breda. Een hulpverlener in de regio Geestgronden geeft aan dat weinig bekend is over vluchtelingen in de regio en in de hulpverlening: "Er zijn kleine kwalitatieve onderzoeken geweest. Daaruit bleek dat er communicatieproblemen zijn. Het bleek ook dat kennis van de gezondheidszorg wel degelijk voldoende aanwezig was bij vluchtelingen." Een arts klaagt erover dat de administratie niet op een manier gevoerd en georganiseerd is dat er zicht is op de bezoekfrequentie van bijvoorbeeld vluchtelingen: "Hierdoor kan je geen procesmatige uitspraken doen. Dat is een tekortkoming. Het bijhouden van een goede administratie wordt niet gevoeld als een natuurlijke behoefte. Het sturen en beheersen van deze processen gebeurt met een omweg. Je weet bijvoorbeeld niet of de zorg doelmatiger kan. Voor artsen heeft dit minder prioriteit." Sommige instellingen voor GGZ hebben wel enig onderzoek gedaan naar de populatie (Coumou, 1995) of etniciteit van cliënten (Dieperink e.a., 2002). Instellingen vertoonden echter desgevraagd weinig belangstelling om daadwerkelijk met steun van het Verwey-Jonker Instituut en het NCB nader onderzoek te doen naar de populatie en de in- en doorstroom binnen de organisatie. Vooral de gevraagde tijdsinvestering werkte belemmerend.

Experts binnen gespecialiseerde instellingen lijken wel werk te maken van onderzoek: "De problematiek waarmee De Vonk te maken heeft, is vrij ernstig. Depressie is vaak aanwezig. Het psychiatrische beeld eist veel geduld. Angst, PTSS en depressie proberen we te meten aan het begin en het einde van de behandeling. Wanneer we voortgang willen boeken is kwantificeren nuttig. Door de behandeling af te stemmen op een duidelijke diagnose kunnen we iets doen. Beetje bij beetje sorteert dit effect. Wij vragen iedereen bij binnenkomst een vragenlijst in te vullen.

Als je vervolgdagnostiek gaat doen kun je wellicht iets zeggen over dingen zoals coping: hoe gaan mensen om met problematiek."

In het kader van het ontwikkelen van strategie en beleid is het voorts nodig om de eigen sterke en zwakke kanten in kaart te brengen. We gaan nu nader in op opvattingen van belanghebbenden over de sterke en zwakke punten van GGZ Regio Breda met betrekking tot de toegankelijkheid, de diagnostiek en zorgtoewijzing en de zorg, alsmede strategie en beleid op deze punten. Steeds worden daarna de reacties van hulpverleners en managers besproken.

Toegankelijkheid

Belanghebbenden van GGZ Regio Breda

Belanghebbenden geven aan dat volwassen allochtone cliënten in principe GGZ Breda weten te bereiken. Onduidelijk is voor hen echter hoe het staat met de hulpbehoefte van allochtonen in de regio en in welke mate mensen die dat nodig hebben met de relevante zorg in aanraking komen. Zij weten ook niet of allochtone cliënten ergens anders hulp vragen, bijvoorbeeld bij traditionele genezers. De belanghebbenden vinden daarom dat eerst nader onderzoek nodig is over de hulpbehoefte en hulpvraag onder allochtonen. Een medewerker van de instelling voor verslavingszorg: "Er is eerst behoefte aan meer informatie over de gezondheidssituatie van migranten en het zorggebruik bij instellingen. Wij zouden eerst moeten samenwerken aan gegevensverzameling in de regio. Afspraken vanuit specialistische kerntaken van de instelling dienen pas daarna gemaakt te worden".

De belanghebbenden vinden verder dat goede voorlichting moet worden geboden over zorg rond de geestelijke gezondheid, aansluitend op de sociaal culturele achtergrond van de cliënt. In ieder geval zouden alle cliënten goede informatie moeten krijgen, waarbij echter niet speciaal rekening zou moeten worden gehouden met cultuurverschillen: "Informatiestrekking moet voor iedereen gelijk zijn. Wel moeten de bestaande folders vertaald worden voor mensen die geen Nederlands spreken". Overigens hebben hulpverleners wettelijk de verplichting om na te gaan of een hulpvrager de boodschap vanuit de instelling heeft begrepen.

Hulpverleners van GGZ Regio Breda

Hulpverleners is gevraagd hoe zij de kwaliteit van de voorlichting vanuit GGZ Regio Breda beoordelen. Een van hen zegt: "Ik zou het niet weten". Vertaalde folders over de GGZ zijn aanwezig: "Ik geloof in het Arabisch en nog zo'n taal." Er bestaan ook vertaalde folders over ziektebeelden zoals hyperventilatie. Men vindt dat de waarde van folders als voorlichtingsmateriaal beperkt is, maar toch enig houvast biedt: "Als een hulpvrager niet goed Nederlands spreekt, geeft een folder in de eigen taal iets vertrouwds." Het kan zijn dat mensen analfabeet zijn, maar soms is er thuis dan wel iemand die ze kan lezen. Folders kunnen voor allochtone cliënten nuttig zijn, bijvoorbeeld met uitleg over tolken, hun beroepsgeheim en hun professionaliteit. Uiteraard heeft mondelinge voorlichting meer impact, zo wordt gevonden. Men weet dat het heel moeilijk is om mensen met lichamelijke klachten en weinig protoprofessionalisering voor te lichten: "Dan is het heel moeilijk om uit te leggen wat ons werk in zou kunnen houden. Het beste zou misschien zijn om samen een video te bekijken."

Hulpverleners zien het geven van voorlichting als taak van de instelling. Ze zijn voor gerichte voorlichting aan allochtonen, ook buiten de instelling. Ze zijn echter ook voorzichtig vanwege mogelijke negatieve bijeffecten, zoals het bevorderen van een onterechte hulpvraag. Ze vinden dat ook voorgelicht zou moeten worden in moskeeën en buurthuizen, bijvoorbeeld in groepsverband en aansluitend op de belevingswereld van mensen. Een van de hulpverleners is echter pertinent tegen het creëren van een uitzonderingspositie voor allochtonen: "Autochtonen krijgen die voorlichting ook niet. Er zijn veel mensen niet goed op de hoogte van de doelstelling van de GGZ." Men vraagt zich overigens af welke rol de televisie zou kunnen spelen bij voorlichting over de GGZ.

Verschillende hulpverleners nemen een afwachtende houding aan waar het gaat om het opvoeren van de voorlichting aan het allochtone publiek. Men merkt op dat de GGZ niet van buitenaf is benaderd met het verzoek meer voorlichting te geven. Het risico bestaat volgens hen dat de GGZ nog langere wachtlijsten krijgt. De GGZ zou volgens hen eerst rijp moeten zijn voor hulpverlening aan allochtone cliënten voordat nog meer wordt voorgelicht. Aan de andere kant wordt ook gesteld dat veel hulpverleners pas geïnteresseerd zullen raken in het onderwerp en hun 'drempelvrees' zullen kwijtraken, wanneer er meer allochtone cliënten

aanwezig zijn. Het wordt daarom al met al toch wel als belangrijke taak van de GGZ gezien om zo goed mogelijk voorlichting te geven.

Verondersteld wordt door hulpverleners dat mogelijk onder de eerste generatie migranten veel psychische problematiek bestaat. Een allochtone hulpverleenster wijst in dit verband op sterke gevoelens van heimwee bij haar eigen ouders. Ze wijst ook op het nagenoeg ontbreken van Turkse cliënten met schizofrenie bij de Haagse GGZ, wat zou wijzen op een ontbrekende hulpvraag bij de aanwezigheid van ernstige problematiek. Wanneer er veel GGZ-problemen onder allochtonen zouden bestaan zou het huidige percentage allochtone cliënten bij GGZ Regio Breda erg laag zijn en zou een betere toegankelijkheid gewenst zijn.

Hulpverleners wijzen erop dat ook op andere wijze dan door voorlichting meer mensen met problemen bereikt zouden kunnen worden. Betere samenwerkingsafspraken zouden moeten worden gemaakt met verwijzers en andere zorginstellingen in de regio: "We zouden onze grenzen meer moeten verleggen, en moeten samenwerken met de eerste lijn. We zouden samenwerkingsafspraken moeten maken met het AMW, waarbij we in de consultatierol zitten. Het zou heel goed zijn om samen na te gaan wat nou precies de taken zouden kunnen zijn voor het AMW en de GGZ."

Managers van GGZ Regio Breda

Managers van het Circuitberaad Volwassenen geven aan dat in de regio Breda een veel lager percentage allochtonen aanwezig is dan de grote steden. Nu is minder dan 10% van de bevolking allochtoon, hoewel dat volgens hen snel kan groeien tot 20 procent: "Maar dan gaat het wel om de tweede en derde generatie en die is al beter geïntegreerd. Het gaat vooral om Turken en Marokkanen en in veel mindere mate om andere bevolkingsgroepen zoals Surinamers en Antillianen. Wel zijn er de laatste jaren veel asielzoekers in de regio komen wonen: Die komen vaak buiten de grote steden terecht." Een voordeel van het relatief lage percentage allochtonen in de regio Breda is volgens managers overigens dat het integreren gemakkelijker gaat: "Wanneer er in een wijk of stad erg veel allochtonen wonen, komen die minder in aanraking met autochtonen en dat bemoeilijkt integratie." Binnen het Circuitberaad Volwassenen heeft men niet de indruk dat het percentage allochtone cliënten veel lager is dan verwacht

zou kunnen worden op grond van de bevolkingssamenstelling: "Wij krijgen behoorlijk veel allochtonen binnen. Wij kunnen natuurlijk niet precies beoordelen of er, buiten wat bij de hulpverlening terechtkomt, nog veel psychische nood aanwezig is. De mensen met de ernstigste problemen zullen wel bij de hulpverlening terechtkomen." Wel zijn er volgens hen onder allochtone jongeren veel 'zorgwekkende zorgmijders' aanwezig. Sommige jongeren komen via justitie bij de GGZ terecht. Er wordt tenslotte een verantwoordelijkheid bij allochtonen zelf gelegd waar het om de hulpvraag in verband met psychische problemen gaat: "Ook hier is emancipatie nodig. Je moet mensen serieus nemen en hen niet teveel betuttelen. De GGZ is bovendien maar een van de arrangementen waar mensen, autochtoon of allochtoon, gebruik van kunnen maken. Er zijn veel wegen die leiden naar oplossingen van problemen. Ook Winti of kerken kunnen soms goed werk doen. Als de cliënt het wil geven we allerlei informatie."

Hoewel gegevens over in-, door- en uitstroom van migranten ontbreken is volgens managers de toegankelijkheid van de instelling geen probleem. Wanneer men met de ogen van een allochtoon naar de instelling kijkt kan men daar twijfels over hebben. Er is weinig aandacht voor inter-culturalisatie en dat is ook van buitenaf merkbaar. Hulpverleners en managers geven zelf aan dat de organisatie 'wit' is. Zelfs binnen de instelling geniet de daar aanwezige intervisiegroep rond zorg voor migranten weinig bekendheid. Folders in het Turks en Marokkaans zijn verouderd. Een geestelijke begeleider in intramurale afdelingen ontbreekt. De gebouwen zijn niet aantrekkelijk ingericht voor mensen met een andere culturele achtergrond. Onder allochtonen circuleren waarschijnlijk weinig verhalen over goede resultaten van zorg voor allochtonen. De herkenbaarheid en aantrekkelijkheid van de instelling voor allochtonen is door dit alles niet groot.

Managers zijn geen voorstander van uitgebreide voorlichting omdat hierdoor de onterechte hulpvraag zou kunnen toenemen. Men ziet het niet als taak van de GGZ om buiten de instelling op grote schaal voorlichting te geven: "De GGZ is een tweede lijnsinstelling. De eerste lijn - artsen, eerste lijnspsychologen, het maatschappelijk werk - hebben zowel een doorverwijs-, als een filterfunctie, en die zullen in de toekomst nog belangrijker worden. Er moet een drempel zijn om wachtlijsten, overbelasting

en oneigenlijk gebruik van de GGZ te voorkomen. Wanneer er op de televisie een programma is geweest over ADHD bij volwassenen merk je dat de volgende dagen meteen aan de toeloop van mensen. Het is dan wel belangrijk dat signalering en doorverwijzing van goede kwaliteit is."

Managers stellen dat GGZ Regio Breda de gebruikelijke folders heeft laten vertalen voor Turken en Marokkanen en dat videomateriaal beschikbaar is. Voorlichtingsmateriaal is bijvoorbeeld in de wachtkamers van huisartsen aanwezig. Wanneer daartoe een verzoek zou komen zou men zich inspannen om actiever voorlichting te geven. Men vindt wel dat de afdeling preventie voorlichting zou kunnen bieden waarmee wordt voorkomen dat mensen in zodanige psychische problemen komen dat GGZ-hulp nodig is.

Samenwerking en taakverdeling

Wanneer allochtonen of vluchtelingen hulp nodig hebben bij psychische of psychosociale problemen komen verschillende instellingen in aanmerking om hulp te bieden. De vraag is hoe wordt gedacht over de ketenkwaliteit van deze instellingen, hun onderlinge taakverdeling en de rol die GGZ Regio Breda daarbij moet spelen? We horen achtereenvolgens de opvattingen van belanghebbenden, hulpverleners en managers.

Belanghebbenden van GGZ Regio Breda

Verschillende belanghebbenden brengen naar voren dat veel allochtonen slecht op de hoogte zijn van het werk van de verschillende instellingen, en dat daarom samenwerking rond de fasen van diagnostiek en zorgtoewijzing aangewezen is. Een medewerker van de GGD vindt dat samenwerking ook nodig is omdat onder allochtonen minder vaak sprake is van eigen initiatieven: "Ik denk niet dat allochtonen weten wat eerste-, tweede-, en nulde-lijn is. Daarom moeten er afspraken gemaakt worden tussen de GGZ, huisartsen en het maatschappelijk werk." Verwijzers vinden samenwerking ook nuttig om zelf beter op de hoogte te zijn: "Verwijzers moeten weten wat er te koop is op de markt van de geestelijke gezondheidszorg. Er zou een kaart moeten zijn waarop staat wat elke instelling doet. Deze kaart moet breed worden verspreid onder verwijzers."

Een huisarts zegt soms te twijfelen over wat er precies bij een allochtone patiënt aan de hand is. Hij zegt in zo'n geval behoefte aan consultatie te hebben: "Recent heb ik een Marokkaanse man doorverwezen naar cardiologie omdat hij zei dat hij pijn in zijn hart had. Onderzoeken daar leverden niets op maar de pijn bleef. Ik heb de GGZ gebeld en na overleg begreep ik dat hij het over emotionele pijn had". Consultatie bij de GGZ zou volgens hem verder nuttig zijn om uit te sluiten dat het om geestelijke gezondheidsproblematiek gaat: "Veel allochtone cliënten vinden het moeilijk om over psychische problemen te praten. Ze somatiseren liever. Daarom ontdek je moeilijk wat er aan de hand is. Ongehuwde jongvolwassen allochtonen praten niet gauw over hun psychische problemen, want als binnen hun gemeenschap eenmaal bekend wordt dat je naar de GGZ gaat kun je moeilijk nog aan een partner komen."

Belanghebbenden vinden dat de GGZ formeel beschikbaar moet zijn voor consultatie: "Dit moet een kerntaak van de instelling zijn." Maar ze vinden ook dat die duidelijk omschreven moet worden: "Het moet niet zo zijn dat een instelling voortdurend gebeld wordt met vragen die niets met de kerntaak van de instelling te maken hebben." Ze willen dat cliënten door goede afspraken rondom de verwijzing, consultatie en indicatiestelling terechtkomen waar ze het best geholpen worden. Ze hopen dat daardoor ook onnodige zorgconsumptie wordt voorkomen. Ze willen verder dat ook terugkoppeling plaatsvindt over verwezen cliënten. Een medewerker van de thuiszorg zegt dat ze een consultatieteam vanuit GGZ Regio Breda zou willen zien: "Je moet weten bij wie je bij bepaalde problematiek moet zijn. De instelling heeft een intervisiegroep allochtonen en die zou als consultatieteam kunnen fungeren." Belanghebbenden vinden wel dat voorkomen moet worden dat samenwerkingsafspraken de drempel verhogen voor mensen die hulp nodig hebben.

Over de verantwoordelijkheid voor en vormgeving van de samenwerking hebben sommige belanghebbenden een uitgesproken mening. Ze vinden dat de organisatie ervan bij voorkeur bij GGZ Regio Breda moet liggen. Men zou het goed vinden dat een aandachtsfunctionaris binnen de instelling zaken coördineert. Het zou niet alleen om telefonische consultatie, maar ook om face-to-face contact moeten gaan. Belanghebbenden denken dat ook de provincie Noord-Brabant en de gemeente Breda zich zouden kunnen inzetten voor verbetering van de samenwerking.

met name door de organisatie op te zetten. Een lid van de Bredase Werkgroep Zorg op Maat denkt dat de gemeente Breda de organisatie van consultatienetwerken op zich zou kunnen nemen.

Hulpverleners van GGZ Regio Breda

Hulpverleners die al wat vaker met allochtone cliënten hebben gewerkt hebben soms al zelf telefonisch consultatie geboden aan huisartsen of familieleden van hulpvragers. Ze vinden zelf ook dat dit structureel zou moeten gebeuren: "We zouden onze grenzen meer moeten verleggen, en moeten samenwerken met de eerste lijn. We zouden samenwerkingsafspraken moeten maken met het AMW, waarbij we in de consultatierol zitten. Het zou heel goed zijn om samen met andere beroepsgroepen na te gaan wat nou precies de taken zouden kunnen zijn voor het AMW en de GGZ." Ze betreuren dat de vroeger bestaande samenwerking tussen de GGZ en het AMW is stopgezet toen er personeel bij het AMW is weggegaan. De hulpverleners vinden dat overleg rond aanmelding, verwijzing en diagnose structureel en ook op managementniveau dient plaats te vinden.

In het gesprek met hulpverleners kwam ook de eventuele samenwerking met alternatieve hulpverleners ter sprake en de meningen waren nogal verdeeld. Hulpverleners zeggen steeds rekening te houden met de achtergrond en opvattingen van cliënten. Ze willen zeker niet naar mogelijke cliënten toe de indruk wekken dat ze afwijzend staan ten opzichte van andere interpretaties van bepaalde problematiek: "We willen niet dat mensen weg blijven omdat ze denken dat de GGZ hen 'plat zal spuiten' wanneer ze ons vertellen dat ze door geesten bezeten zijn." Verschillende hulpverleners willen echter onder geen beding verwijzen naar alternatieve genezers, omdat volgens hen weinig bekend is over de kwaliteit van hun werk. Andere hulpverleners vinden dat een intervisiegroep zich op zijn minst op de hoogte zou moeten stellen van het werk van 'betrouwbare' alternatieve genezers. Gewezen wordt op een gerespecteerde islamitische genezer die onderscheid zou maken tussen boven-natuurlijke zaken en GGZ-problematiek.

Managers van GGZ Regio Breda

Managers vinden dat er al voldoende samenwerkingsverbanden zijn waarbinnen de problematiek van allochtonen aan de orde kan komen. Hoewel de gerichte samenwerking met het AMW is

afgebroken wordt nog steeds vanuit die werkvorm naar de GGZ verwezen: "Het AMW doet vaak een beroep op onze 'voordeur-aanmelding'. We hebben met hen afgesproken dat we al hun verwijzingen in behandeling nemen. Wanneer wij vinden dat het niet om problemen gaat die wij behoren aan te pakken gaan we daar weer met hen over praten." De managers vinden dat het aan het AMW is om, wanneer de personele problemen daar zijn opgelost, de relatie met de GGZ weer op te pakken.

GGZ Regio Breda geeft volgens managers voldoende consultatie aan huisartsen. Enige jaren geleden heeft GGZ Regio Breda op drie dagen in de week tussen 10.00 en 11.00 uur een telefonisch consultspreekuur voor huisartsen gehad: "Je moet dan wel met een psychiater komen natuurlijk." Omdat er voor dit spreekuur weinig belangstelling was, is de instelling er weer mee gestopt. Huisartsen maken volgens de managers regelmatig gebruik van de mogelijkheid om 24 uur per etmaal consultatie te krijgen via de aanmeld- en crisisdienst (het 'Voordeurteam'): "Ze kunnen dan steeds bij de GGZ terecht, ook wanneer er op dat moment iemand op hun spreekuur is waarmee ze niet goed raad weten. Ze zijn dan niet afhankelijk van de beperkte en vooraf vastgestelde tijdstippen voor consultatie."

Managers vinden dat men zich ten opzichte van huisartsen vraaggestuurd moet opstellen. Omdat goede doorverwijzing vanuit de eerste lijn belangrijk wordt gevonden heeft men een jaar geleden vanuit GGZ Regio Breda een consultatieproject, meer in het algemeen, voor huisartsgroepen opgezet. In feite gaat het hier om een voortzetting van wat al veel langer aan de gang was met consultatie van de 'home-teams' door de huisartsen, eerste lijnpsychologen en maatschappelijk werkers. Financiering van het huidige consultatieproject vindt plaats op grond van het door het ministerie van VWS opgezette programma 'versterken van eerstelijns-GGZ'. Binnen zo'n tien groepjes van ongeveer zes huisartsen wordt voorlichting gegeven en casuïstiek besproken, steeds op basis van de vragen waarmee de huisartsen zitten. In principe komt ook hulpverlening bij psychische en psychosociale problematiek van allochtonen aan de orde, maar steeds ligt het voortouw bij de huisartsen. Indien binnen het consultatiegroepje geen oplossing wordt gevonden voor geconstateerde problemen bij een casus, wordt deze doorverwezen naar GGZ Regio Breda ter verdere behandeling. Er worden contracten op maat gesloten

en de frequentie van de bijeenkomsten is afhankelijk van de behoefte van de huisartsen.

Daarnaast neemt GGZ Regio Breda deel aan andere samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld rond problemen met werken of wonen. Managers vinden de problematiek van allochtonen binnen al die verbanden kan worden besproken en dat geen aparte netwerken rond hen hoeven te worden opgericht. Managers vinden tenslotte dat een onnodige zorgvraag voorkomen moet worden door voorlichting buiten de instelling beperkt te houden: "Je moet niet te specifiek zijn in je informatieverschaffing. Hierdoor zouden allochtonen met psychosociale problemen naar de GGZ kunnen komen bij wie geen indicatie is volgens de omschrijvingen in de DSM-IV".

Zorgbeleid

Het zorgbeleid is gericht op de ondersteuning van het belangrijkste onderdeel van het primaire proces, de daadwerkelijke hulpverlening. In het voorgaande is al op specifieke knelpunten en kwaliteitseisen rond de hulpverlening ingegaan. Hier gaan we na hoe belanghebbenden van GGZ Regio Breda, hulpverleners en managers denken over thema's als de betekenis van cultuurverschil, matching van hulpverleners en cliënten en de inschakeling van intermediairs.

Belanghebbenden van GGZ Regio Breda

Belanghebbenden van GGZ Regio Breda vinden dat bij de hulpverlening rekening moet worden gehouden met cultuurverschillen, maar dat het belang daarvan niet moet worden overdreven. Een medewerker van de thuiszorg: "Het is nodig om de cliënt te kunnen begrijpen en met elkaar te kunnen communiceren. Maar tussen autochtone cliënten zijn er ook verschillen in hoe men over problemen en oorzaken denkt. Sommigen gaan naar de homeopaat of naar Jomanda. Verschillen zijn er tussen mensen uit de stad en van het platteland, en tussen gelovigen en niet-gelovigen." Men merkt op dat mensen met verschillende culturele achtergronden ook verschillend kunnen denken over het behandelen van klachten en men vindt dat je daar rekening mee moet houden. Volgens een maatschappelijk werker is dan wel ondersteuning van buitenaf nodig: "Het is een illusie dat je

alles kunt weten over een cultuur. Deskundigheid over migranten die elders aanwezig is moet in principe benut worden. Soms gaat het om kleine vragen. Als je het weet kun je verder, maar als je het niet weet maak je fouten. Ook zijn er soms cultuurspecifieke vragen over de omgang met de cliënt." Er bestaat dus consensus over het feit dat er meer aandacht moet komen voor cultuurverschillen. Dit zal volgens een medewerker van de GGD bijdragen aan het succes van de behandeling: "Op dit moment werken er twee intermediairs bij ons, een Turkse en een Marokkaanse. Wij hebben het idee dat de hulpverlening hierdoor beter aansluit bij de cliënten."

Belanghebbenden van GGZ Regio Breda zijn geen voorstander van 'matching' op grond van overeenstemming in culturele achtergrond tussen cliënt en hulpverlener. Een medewerker van de thuiszorg vindt dat alle hulpverleners in staat moeten zijn om ook allochtone cliënten te helpen. "Het gaat om de beleving van de cliënt. De cliënt moet zich veilig voelen. Daarom moeten er bepaalde randvoorwaarden aanwezig zijn, zoals een tolk, als dat nodig is." Het matchen op grond van overeenstemming in culturele achtergrond wordt niet gezien als een voorwaarde voor succesvolle hulpverlening. Een hulpverlener uit een PAAZ: "Daar ben ik niet voor, maar ik vind wel dat de instelling qua personeelssamenstelling een afspiegeling moet zijn van de bevolkingsgroep van de regio."

Hulpverleners van GGZ Regio Breda

Hulpverleners vinden dat iedereen in een instelling binnen de multiculturele samenleving met allochtonen moet kunnen werken. Tegelijkertijd laten ze weten dat de praktijk heel anders is: "Veel medewerkers van de afdeling psychotherapie staan ver af van de wereld van allochtonen. Ze wonen in een witte wijk, laten hun kinderen naar een witte school gaan en werken in een witte organisatie. Misschien krijgen ze belangstelling voor allochtonen als ze die in levenden lijve voor zich krijgen."

Volgens hulpverleners zou het hulpaanbod op sommige punten beter afgestemd kunnen worden op de allochtone cliënt. Nieuwe methodieken, zoals het werken met vrouwengroepen, zouden kunnen worden ontwikkeld. Hulpverleners zijn tegen de ontwikkeling van speciale *zorgprogramma's* voor allochtonen: "Migrant zijn is niet een ziektebeeld, zoals een depressie." In het

begin helpt een gerichte aanpak volgens hen wel bij het opbouwen van knowhow in een team: "Zolang je zo sukkelt werkt het meer sturend wanneer je tijdelijk wat vaste structuren, iets dat vergelijkbaar is met een zorgprogramma, beschikbaar hebt. Op den duur moet dergelijk aanbod echter worden geïntegreerd in het geheel.'

Hulpverleners hebben kritiek op de bestaande intakeprocedure waarbij allochtone cliënten soms met zeven of acht verschillende personen te maken hebben: "Allochtone cliënten denken dat de personen met wie ze te maken hebben hen niet begrijpen en dat ze daarom steeds met iemand anders te maken krijgen." Gesuggereerd wordt om na de intake zo snel mogelijk na te gaan wie het beste zou kunnen helpen.

Hulpverleners van GGZ Regio Breda vinden het belangrijk dat de teams multi-etnisch zijn samengesteld. Hierdoor ontstaat volgens hen beter begrip voor allochtone cliënten, worden betere diagnoses gesteld en wordt beter behandeld.

Gepleit wordt voor deskundigheidsbevordering met betrekking tot de culturele achtergrond van belangrijke groepen allochtonen, zodat hulpverleners daar rekening mee kunnen houden. Vanuit de intervisiegroep wordt aangegeven dat er daarbinnen juist voor dit onderwerp aandacht is. De allochtone hulpverleners die in het kader van het onderzoek werden ondervraagd werden uitgenodigd om voortaan deel uit te maken van deze groep.

Managers van GGZ Regio Breda

Managers vinden dat je in de hulpverlening op verschillende manieren rekening moet houden met de culturele achtergrond van patiënten: "Dat hebben we altijd gedaan. Wanneer iemand gereformeerd is, houden we daar ook rekening mee. Het komt volgens hen voor dat er voor mensen, waaronder allochtonen, een soepeler intake plaatsvindt. Werken met tolken moet even geleerd worden, maar het kost wel veel meer tijd." Volgens managers kunnen verder veel allochtonen moeilijk de actieve rol spelen die hoort bij de hedendaagse opvattingen over vraagstukken.

Managers vinden dat de zorg voor allochtone cliënten vooral bij huisbezoek veel tijd kost: "Je gaat theedrinken, en het komt voor dat je uitgenodigd wordt voor een hindoestaanse bruiloft. Ook werken met tolken vergt veel tijd. Het kan soms drie keer zoveel

tijd kosten." Tot nu toe is nog niet met financiers gesproken over de extra tijdsinvestering die hulpverlening aan sommige allochtone cliënten vraagt. Aan het einde van de hulpverlening vindt een evaluatiegesprek plaats. De bevindingen worden echter niet vastgelegd.

Hoewel geen harde gegevens bekend zijn over het succes van de behandeling en tevredenheid van cliënten denken managers dat de tevredenheid onder allochtonen redelijk groot is: "Veel allochtonen komen bij SPV'ers terecht en krijgen veel zorg. Die cliënten zullen wel tevreden zijn over de hulp en aandacht."

Een manager merkt op dat interculturalisering van het personeelsbestand niet gelukt is: "Wij hebben ons uiterste best gedaan om via verschillende wegen aan meer allochtone medewerkers te komen. Die extra inspanningen hebben weinig opgeleverd. We doen verder ons best om allochtone medewerkers voor de organisatie te behouden, maar soms is dat moeilijk. Er worden vaak in onze cultuur eisen aan mensen gesteld, bijvoorbeeld rond het positioneren van jezelf, waarmee sommige allochtonen moeite hebben."

Conclusies over de confrontatie van de verwachtingen van externe belanghebbenden en de opvattingen van personeel van GGZ Regio Breda

De voorgaande beschrijving laat zien dat er een betrekkelijk grote discrepantie bestaat tussen verwachtingen van belanghebbenden van buiten en hulpverleners en managers van GGZ Regio Breda. Belanghebbenden pleiten voor een krachtiger leiderschap van GGZ Regio Breda waar het om verbetering van kwaliteit van zorg voor allochtonen gaat. Zij vinden onder meer dat aandacht voor de kwaliteit van zorg voor allochtonen en vluchtelingen een grotere prioriteit dan voorheen zou moeten krijgen, ook door de betrokken functionaris een hogere status in de instelling te geven. Zij vinden verder dat de GGZ een sturende rol zou kunnen spelen waar het om de samenwerking gaat. Ook tussen hulpverleners van GGZ Regio Breda en managers van die instelling zijn er accentverschillen in inschatting van de ernst van de allochtonenproblematiek en de te nemen maatregelen te bespeuren. Waar belanghebbenden aangeven dat het volledig ontbreekt aan

gegevens over de hulpvraag van allochtonen in relatie tot de psychische gesteldheid van verschillende bevolkingscategorieën, bagatelliseren managers de ernst hiervan. Waar belanghebbenden een grotere rol voor de GGZ in verband met voorlichting en consultatie wenselijk achten, stellen managers zich behoedzaam op en richten de schijnwerper op de filterfunctie van de eerste lijn. Een onterechte aanwezigheid van allochtone cliënten bij de intake van de GGZ wordt als problematischer gezien dan het ten onrechte achterwege blijven van de hulpvraag.

Sommige hulpverleners die hebben gewerkt met allochtonen spreken over een 'witte' instelling waarbinnen men 'doorsukgelt'. Zij pleiten, in ieder geval tijdelijk, voor een systematische aanpak, bijvoorbeeld op de manier zoals bij het opzetten van zorgprogramma's wordt gedaan. Managers vinden juist een 'low profile' aanpak, zoals nu wordt gehanteerd, adequaat, vooral omdat de integratie van nieuwkomers beter verloopt dan men had gedacht. Het is de vraag of deze visie niet van een iets te rooskleurig beeld van de werkelijkheid uitgaat.

4 Conclusies

Uitgangspunt in het onderzoek was dat de GGZ op grond van de Kwaliteitswet doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht dient te zijn, ook voor allochtonen en vluchtelingen. Binnen twee instellingen, GGZ De Geestgronden en GGZ Regio Breda, is nagegaan in welke richting men kwaliteitsverbeteringen zou kunnen zoeken, inhoudelijk, strategisch en organisatorisch. Het onderzoek bij GGZ De Geestgronden leverde inzicht op in knelpunten en kwaliteitsverbeteringen in het primaire proces, vooral van hulpverlening aan vluchtelingen. Verschillende soorten kwaliteitsverbeteringen passeren hier nog eens de revue, zowel rond preventie als hulpverlening. Allereerst worden kwaliteitsverbeteringen voorgesteld waar het gaat om de fasen voorafgaand aan GGZ-hulpverlening. Dat wil niet zeggen dat GGZ daarbij geen bemoeienis zou kunnen hebben. In de fase van 'coping' bij levensmoeilijkheden bleek het ontbreken van netwerken een groot gemis, en het faciliteren van netwerkvorming, ook van zelforganisaties, werd daarom als een aangewezen strategie gezien. Omdat gebleken is dat het veel nieuwkomers aan inzicht ontbreekt in de hedendaagse denkbeelden over de aard van problemen en mogelijke oplossingen wordt een zekere protoprofessionalisering voorgesteld, vooral door informatie-overdracht over de aard van psychische problematiek en strategieën om daar mee om te gaan. Een ander voorstel is om tot beter landelijk en regionaal onderzoek te komen over de prevalentie van psychische en psychiatrische problematiek onder allochtonen en vluchtelingen en hun hulpvraag in verband daarmee.

In de hulpverlening zelf worden verschillende kwaliteitsverbeteringen voorgesteld. Een algemene kwaliteitsverbetering rond het omgaan met culturele verschillen betreft traditioneel deskundigheidsbevordering. Maar het wordt verder essentieel gevonden dat personeel met verschillende culturele achtergronden wordt aangetrokken, vooral om behulpzaam te zijn bij de interculturalisatie van de instelling. Aan diagnosestelling bij allochtonen en vluchtelingen schort soms het een en ander, en om problemen vanuit verschillende invalshoeken te belichten wordt samenwerking door verschillende disciplines als noodzakelijk gezien. Via het voorgestelde 'culturele interview' wordt de psychische problematiek geplaatst in de context van de habitus van de cliënt. Een zekere deprofessionalisering en het werken met zelfhulpgroepen of methodieken die zijn ontleend aan de cultuur van herkomst wordt, vooral in het geval van vluchtelingen, nogal eens als wenkend perspectief gezien. Er zijn hulpverleners die aanraden om, zeker in het geval van vluchtelingen, minder te werken vanuit een medisch en overwegend vanuit een psychosociaal model gericht op empowerment. Casemanagement wordt aangeraden. Een kwaliteitsverbetering die enigszins haaks op de deprofessionalisering staat is om protocollen te ontwikkelen met suggesties voor het primair proces, van aanmelding tot afsluiting. Er wordt op gewezen dat zorgverzekeraarsbegrip zouden kunnen hebben voor aanpassingen van de normen rond tijdsinvestering, omdat het op gang brengen van communicatie en het ontwikkelen van een vertrouwensrelatie alleen al veel meer tijd kosten dan de laatste jaren gebruikelijk is geworden.

De eerste randvoorwaarde voor verbetering van interculturele kwaliteit is de aanwezigheid van leiderschap en een visie. Belanghebbenden van de onderzochte instelling zien hier een voortrekkersrol weggelegd voor de GGZ, ook bij het opzetten van samenwerking gericht op ketenkwaliteit. Het management van de instelling is echter juist voorstander van een low profile strategie voor de GGZ. Men vindt dat men dienstbaar moet zijn door consultatie aan anderen te bieden. Het zwaartepunt wordt gelegd bij de eerste lijn die geacht wordt de toegang voor de GGZ te reguleren. Men is bij de GGZ geen aanhanger van uitgebreide publieksvoorlichting omdat daarmee een onterechte hulpvraag wordt bevorderd. Waar het om het eigen hulpaanbod gaat is de instelling behoudend waar het om accentuering van het interculturalisatiebeleid gaat. Aangegeven wordt dat allochtonenproblematiek ingebracht kan worden in bestaande overleg- en

consultatieverbanden. Men meent dat de interculturele kwaliteit van redelijk niveau is, afgezien van het feit dat het, ondanks inspanningen om het tegendeel te realiseren, om een 'witte' instelling gaat. Men wil zich wel actiever opstellen bij GGZ-hulp aan vluchtelingen.

Verschillende kwaliteitsverbeteringen zijn voorgesteld rond preventie en hulpverlening in het geval van psychische en psychiatrische problematiek. Vooral in regio's waar de allochtonenproblematiek nog niet al te veel op de voorgrond staat zijn voldoende kansen aanwezig om nu het nog kan te werken aan de invoering van verbeteringen. Te denken valt in de eerste plaats aan verbeteringen op het vlak van preventie. Dit vereist uiteraard inspanningen gericht op samenwerking tussen instellingen die hier een rol zouden kunnen spelen. De verwachting dat GGZ-instellingen het voortouw zouden kunnen nemen moeten echter niet te hooggespannen zijn zoals dit onderzoek laat zien. Ook waar het om een krachtige aanpak van kwaliteitsbeleid rond de hulpverlening zelf gaat lijkt het niet verstandig om hoge verwachtingen te hebben. Het onderzoek laat zien dat men in de instelling waar de randvoorwaarden voor intercultureel kwaliteitsbeleid zijn onderzocht een vrij behoudend standpunt inneemt met betrekking tot de noodzaak een actief beleid te voeren gericht op verbeteren van de interculturele kwaliteit. Het is de vraag of dit terecht is. Belangrijk gemis is het vrijwel ontbreken van gegevens over de toegankelijkheid van de instelling. In de regio Breda ontbreken relevante gegevens over de ernst van de psychische en psychiatrische problematiek onder allochtonen en vluchtelingen. Onduidelijk is daarom ook in hoeverre de instelling toegankelijk is. Hulpverleners geven aan dat met name een enorme afstand bestaat tussen de cultuur van de afdeling psychotherapie en de habitus van allochtonen en vluchtelingen. Een psychiater gaf aan dat men met lege handen staat bij ernstige psychische en psychiatrische problematiek van sommige migranten en vluchtelingen. Vanuit het perspectief van een allochtoon kan men twijfels hebben over het idee dat de instelling toegankelijk is, vooral omdat hulpverleners en managers zelf aangeven dat de organisatie 'wit' is. De herkenbaarheid en aantrekkelijkheid van de instelling voor allochtonen is door dit alles niet groot.

5 Samenvatting

Probleemstelling en opzet

Op grond van de Kwaliteitswet dient de zorg doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht te zijn. De etnisch-culturele diversiteit onder cliënten van zorginstellingen neemt toe. Het is daarom nodig dat instellingen gerichte aandacht besteden aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg voor mensen met een andere etnische achtergrond dan de Nederlandse. Alleen al de kwaliteitseis dat de zorg cliëntgericht moet zijn, impliceert dit. In dit onderzoek, dat deel uitmaakt van het ZonMw-programma Kwaliteit van Zorg in de GGZ, is in samenwerking met twee instellingen, GGZ De Geestgronden en GGZ Regio Breda, nagegaan in welke richting men kwaliteitsverbeteringen zou kunnen zoeken, inhoudelijk, strategisch en organisatorisch.

Gekozen is voor onderzoek in regio's waar de multiculturele samenleving nog wat minder nadrukkelijk aanwezig is dan in de grote steden en waar ook de GGZ zich nog minder expliciet heeft gericht op culturele diversiteit dan in de grote steden. Juist omdat hier tot nu toe nog minder sprake is van interculturalisatie kunnen alternatieve strategieën worden verkend. Hoe kan een instelling voor GGZ in het kader van het eigen kwaliteitsbeleid vorm geven aan verbetering van zorg voor allochtonen en vluchtelingen? Met die vraag hebben we instellingen benaderd om samen met hen onderzoek uit te voeren. Het bleek dat samenwerking gericht op onderzoek alleen mogelijk was indien in verregaande mate tegemoet werd gekomen aan specifieke wensen van instellingen. Bij GGZ De Geestgronden, die op korte

termijn geconfronteerd zou worden met de vestiging van een asielzoekerscentrum in de nabije omgeving werden de onderzoeksvragen: Wat zijn de problemen van vluchtelingen op het terrein van de GGZ, en op welke wijze vertalen deze problemen zich eventueel in een hulpvraag? Wat is het aanbod van hulp aan vluchtelingen in de GGZ? In hoeverre is er een discrepantie tussen problemen van vluchtelingen, de al dan niet geuite hulpvraag en het aanbod van hulp aan vluchtelingen, en op welke wijze uit zich deze discrepantie? Op welke wijze zou de hulpverlening aan vluchtelingen verbeterd kunnen worden in termen van hulpverleningsmethodiek en door middel van samenwerking tussen instellingen?

Binnen GGZ Regio Breda, bezig met de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid, werden de vragen: Wat vinden belanghebbenden, vooral samenwerkingspartners, van GGZ Regio Breda van het huidige aanbod aan allochtonen in relatie tot hun eigen aanbod en dat van andere zorgaanbieders? Wat betekenen deze opvattingen volgens hulpverleners en managers van GGZ Regio Breda voor het hulpaanbod voor allochtonen en het kwaliteitsbeleid?

In het onderzoek bij GGZ De Geestgronden is helderheid gezocht over knelpunten en kwaliteitsverbeteringen rond het proces van het ontstaan van problemen bij vluchtelingen, het ontwikkelen van een hulpvraag en het krijgen en geven van hulp. Methoden waren literatuurstudie, vraaggesprekken met hulpverleners in de regio en vraaggesprekken met sleutelfiguren van landelijke organisaties gespecialiseerd in de hulpverlening aan vluchtelingen. Hoofdstuk 2 gaat vooral over knelpunten en oplossingen rond de psychische problematiek van vluchtelingen, maar veel is ook van toepassing op nieuwkomers in het algemeen.

Het onderzoek bij GGZ Regio Breda wilde suggesties boven water krijgen voor kwaliteitsverbeteringen in de strategische en organisatorische randvoorwaarden. Min of meer in navolging van de INK-benadering maken we onderscheid tussen de aspecten leiderschap, strategie en beleid – met name rond toegankelijkheid, intake en zorgbeleid. Daartoe werden gesprekken gevoerd met focusgroepen van belanghebbenden, hulpverleners en managers van het Circuitberaad Volwassenen. Hoofdstuk 3 gaat over de kwaliteit van de randvoorwaarden bij de casus GGZ Regio Breda

Van probleem tot hulpaanbod; knelpunten en suggesties voor kwaliteitsverbetering

Stress en coping

Grote veranderingen in de leefsituatie betekenen voor vluchtelingen, maar ook voor migranten in het algemeen, een risico op het ontstaan van psychische problemen. Het gaat om uitdagingen zoals: geconfronteerd worden met andere opvattingen over het leven, de noodzaak om in zekere mate te accultureren, het verwerven van een positie in een nieuwe samenleving, nieuwe netwerken opbouwen en geïntegreerd raken. Vluchtelingen hebben het extra moeilijk. De periode van opvang in Nederland is voor vluchtelingen vaak net zo traumatisch als de periode daarvoor. De lange duur van de asielpprocedure brengt een grote onzekerheid met zich mee. Het lange tijd moeten wonen en leven in een asielzoekerscentrum, zonder veel privacy en uitzicht op verbetering, met mensen met een andere culturele achtergrond geeft spanningen.

Mensen hebben strategieën ter beschikking om met belastende situaties om te gaan. Het Engelse woord 'coping' betekent: zich teweer stellen tegen uitdagingen. Vluchtelingen worden geconfronteerd met de noodzaak tot coping bij het verwerken van verlies en trauma's uit het verleden, het leven in een niet vertrouwde en vaak onaantrekkelijke omgeving, het hebben van een lage positie en status, of het omgaan met cultuurverschil en verwachtingen van gevestigden, waaraan men niet kan of wil tegemoet komen. Vluchtelingen reageren verschillend op het verblijf in een asielcentrum, met apathie of verzet, maar ook door zinvolle bezigheden te zoeken. Vrouwen lijken zich beter aan te passen dan mannen. Bij coping gaat het allereerst om de belastende situatie zelf. Wanneer dat spanning geeft gaat het ook om het omgaan met de eigen psychische problematiek.

Knelpunten en kwaliteitsverbeteringen

Het ontbreken van een sociaal netwerk is een belangrijk gemis, vooral voor vluchtelingen. Door contacten op te bouwen in de nieuwe samenleving kan men zich beter teweer stellen. Vooral vluchtelingen leggen moeilijk contact. Versterken van coping kan

worden gezien als een belangrijk doel van de professionele voorzieningen, en het faciliteren van netwerkvorming, van ook zelforganisaties, is daarom een aangewezen strategie. Nieuwkomers kunnen daarom baat hebben bij een collectieve aanpak om zich teweer te stellen tegen uitdagingen en ze hebben daarom baat bij zelforganisaties. Daarbinnen kunnen mensen een toekomstperspectief ontwikkelen, een eigen identiteit ontwikkelen, werken aan competenties en leren 'schakelen' tussen culturen. Voorgesteld wordt soms nieuwkomers te stimuleren 'etnische oplossingen' te kiezen, van huis 'meegenomen' strategieën, zoals familieberaad of conflictbemiddeling door 'wijze mannen'. De GGZ zou in het kader van haar preventieve taken kunnen participeren in circuits van voorzieningen waarbij ze de risico's voor problemen in de geestelijke gezondheid en mogelijkheden om die te lijf te gaan aan de orde stelt en meehelpt bij het zoeken naar oplossingen.

Het ontstaan van psychische problemen en psychiatrische stoornissen

Verondersteld kan worden dat vluchtelingen vanwege hun belastende ervaringen vaker dan anderen psychische en psychiatrische problematiek vertonen, maar daarover bestaan geen harde gegevens. Uit het schaarse onderzoek blijkt dat vluchtelingen, afhankelijk van persoonlijkheids- en omgevingsfactoren, een 'individuele reactie' vertonen op traumatische ervaringen. Na aankomst in Nederland gaat het eerst vooral om lichamelijke klachten, en die worden na een jaar vaak gevolgd door psychische. Over de precieze aard van de problemen van migranten en vluchtelingen is niet veel bekend. Wanneer psychiatrische problemen een duidelijk 'organisch substraat' hebben zou de culturele context een minder grote invloed hebben op de manifestatie ervan. Experts zien bij vluchtelingen in gespecialiseerde centra posttraumatische stressstoornissen, zware vormen van depressiviteit, beginnende psychosen, agressiviteit, verslaving en andere ernstige gedragsstoornissen. Het gaat om typen problemen die volgens hen ook bij autochtonen voorkomen, maar stoornissen als psychosen en verslaving lijken niet vaker voor te komen onder vluchtelingen dan onder autochtonen.

De manier van omgaan met psychische problematiek en het vragen om hulp

Uit kleinschalig onderzoek onder vluchtelingen bleek dat de concrete psychische problematiek wel werd gekleurd door factoren als de discrepantie tussen de cultuur van het land van herkomst en de Nederlandse of de waardering van familieverbanden. De manier waarop men ermee omging, met agressie, vernielzucht, humor of schaamte, werd zeker door de culturele context gekleurd. Een taboe op het uiten van psychische problemen wekte bijvoorbeeld schaamte in de hand, maar ook de verwachtingen over de hulpverlening hier te lande speelden mee. Met cultuur variërende rollen van mannen en vrouwen lijken tot variatie in hulpvraag te leiden. Ook de reactie van verwijzers op de manier waarop problemen worden gepresenteerd lijkt van invloed. Een geringere discrepantie tussen de habitus van vluchtelingen en de Nederlandse cultuur lijkt het gemakkelijker te maken de geestelijke gezondheidszorg te raadplegen. Sommige groepen lijken vanwege de bij hen gebruikelijke manier van omgaan met problemen en hun presentatie, vooral door verwijzing, eerder bij justitie terecht te komen dan bij de GGZ.

Knelpunten en kwaliteitsverbeteringen

Het ontbreekt nieuwkomers doorgaans aan protoprofessionalisering, inzicht in de denkbelden over de aard van problemen en mogelijke oplossingen zoals die onder professionals bestaan. Wanneer men van huis uit gewend is problemen in eigen kring op te lossen probeert men dat ook hier. Schaamtegevoelens belemmeren dan een hulpvraag daarbuiten en als die er al is heeft men moeite met die te verwoorden. Hierdoor komt ook een verwijzing door de huisarts naar de GGZ moeilijk tot stand. De schaarse onderzoeksgegevens wijzen uit dat er onder bepaalde bevolkingsgroepen met verhoogd risico sprake is van ondergebruik van de GGZ. Kwaliteitsverbetering bestaat uit landelijk en regionaal onderzoek naar de hulpvraag van allochtonen en vluchtelingen in relatie tot de ernst van de problematiek. Ook proto-professionalisering van nieuwkomers rond de geestelijke gezondheidszorg is nuttig.

Discrepanties tussen vraag en aanbod

Hoe staat het met de kwaliteit van het 'primaire proces' van hulpverlening bij psychische en psychiatrische problemen en welke verbeteringen worden voorgesteld?. We bespreken achtereenvolgens de kwaliteit van: contactlegging en intake; diagnostische fase; hulpverlening; afsluiting en evaluatie.

Contactlegging en intake

Een groot knelpunt is de onbekendheid van nieuwkomers met de inhoud en organisatie van de professionele hulpverlening. Hulpverleners en experts wensen kwaliteitsverbeteringen in de voorlichting over de GGZ, ook in de eigen taal en door voorlichters in de eigen taal en cultuur. Dat waarden en normen van hulpvragers en hulpverleners botsen komt nogal eens voor. In dat geval zou het 'matchen' van cliënt en hulpverlener op grond van culturele wortels soms een kwaliteitsverbetering zijn. In het geval van vluchtelingen zijn de omstandigheden waarin ze hier verkeren niet de ideale omgeving om hulp te bieden. Kwaliteitsverbetering wordt hier vooral gerealiseerd door een goede timing van het aanbod, met eerst praktische ondersteuning, dan aandacht voor de lichamelijke, en tenslotte voor psychische problemen. Of zoiets als een ernstig posttraumatisch stresssyndroom aanwezig is zou dan wel standaard bij de eerste screening onderzocht moeten worden.

Diagnosestelling

Bij het onderzoeken wat het behandelbare probleem is en het onderhandelen daarover met de hulpvrager kunnen zich verschillende moeilijkheden voordoen. Allereerst zijn er taal- en andere communicatiemoeilijkheden of belemmert tijdgebrek het krijgen van voldoende inzicht in wat er aan de hand is. Cultuurverschillen maken het nog eens extra moeilijk de problematiek te interpreteren. Voorgestelde kwaliteitsverbeteringen zijn divers van aard. Een unaniem bepleite suggestie is om personeel aan te trekken met verschillende culturele achtergronden. Deskundigheid van het personeel zou kunnen worden vergroot. Koppelen van hulpverleners en cliënten op grond van culturele achtergrond zou kunnen geschieden naar gelang de aard van het probleem of de wensen van de cliënt. Personeel dat op de hoogte is van de

culturele achtergrond zou vooral mee kunnen werken aan het ontwikkelen van strategie en beleid van de instelling en aan consultatie en deskundigheidsbevordering.

Het 'culturele interview' bij diagnosestelling wordt als kwaliteitsverbetering gezien omdat hiermee inzicht wordt verkregen in de habitus van de cliënt. Bij cultuurverschil zijn ook andere methodieken voorhanden om stereotypen te vermijden en tot een gedeeld beeld van de werkelijkheid te komen, maar daarbij kunnen ook botsende waarden en normen aan het licht komen. Het koppelen van een cliënt aan een hulpverlener met dezelfde achtergrond en het gebruik van op de cultuur toegesneden methodieken biedt dan soms een uitweg. Samenwerking tussen verschillende deskundigen, die problemen vanuit verschillende invalshoeken omschrijven, wordt tenslotte als kwaliteitsverbetering bij diagnosestelling voorgesteld.

Hulpverlening

Er is al enige tijd een debat aan de gang over de wenselijke doelstellingen van de geestelijke gezondheidszorg. De rol die de GGZ zou moeten hebben bij hulpverlening aan migranten en vluchtelingen krijgt daarbij de nodige aandacht. Er bestaat verder een discrepantie de meestal gesuggereerde taken voor de GGZ en dat waarmee veel nieuwkomers het beste geholpen zijn. Om het nog ingewikkelder te maken: hulpverleners verschillen van mening over wat de belangrijkste problematiek van vluchtelingen is en kunnen het daarom niet eens worden over de gewenste aanpak. Sommigen stellen dat door verkeerde inschatting van de problematiek van vluchtelingen verkeerde doelstellingen voor de hulpverlening worden gekozen. Het is vaak moeilijk om overeenstemming te bereiken over wat iemand nodig heeft, en ook hieraan kunnen verschillen in waarden en normen van hulpverlener en cliënt ten grondslag liggen. De discrepantie tussen waarden van waaruit hulp wordt verleend kan wel degelijk tegemoetkoming aan verwachtingen van hulpvragers in de weg staan. Een laatste knelpunt betreft het verdwalen van de hulpvrager die 'van het kastje naar de muur' wordt gestuurd vanwege gebrek aan coördinatie binnen het aanbod. Kwaliteitsverbeteringen rond enkele knelpunten in de hulpverlening passeren nu de revue.

Met lege handen bij leefsituatieproblemen

Kwaliteitsverbeteringen worden soms gezocht in aanpassingen in de leefsituatie. Zo werden vluchtelingen niet meer bij elkaar maar verspreid gehuisvest over de woningen van een beschermde woonvorm, wat tot stabilisatie in het leven leidde. Netwerken kunnen een belangrijke rol spelen bij het omgaan met problemen en het zoeken van oplossingen. Hulpverleners en experts voelen het ontbreken van netwerken als een gemis. Een voorgestelde kwaliteitsverbetering is om als professioneel hulpverlener te deprofessionaliseren en meer gebruik te maken van organisatievormen als zelfhulpgroepen en zelforganisaties. Als knelpunt wordt door hulpverleners genoemd dat er bij overheden weinig aandacht bestaat voor, of zelfs van tegenwerking sprake is bij, het opbouwen van netwerken onder vluchtelingen. In sommige plaatsen wordt geëxperimenteerd met maatjesprojecten (vgl. de 'buddies').

Eenzijdige aanpak binnen de behandeling

Kwaliteitsverbetering wordt hier vooral gezocht in het veranderen van het perspectief van de hulpverlener, die leed niet dient te medicaliseren en zich moet richten op empowerment. Hulp wordt dan niet meer geboden vanuit een medisch, maar vanuit een overwegend psychosociaal model.

Wringende taakopvattingen van hulpverleners

Sommige taakopvattingen van de Nederlandse GGZ wringen bij cliënten met een andere culturele achtergrond. Een door een expert voorgestelde *kwaliteitsverbetering* is om geëigende methodieken bij de aanwezigheid van bepaalde problematiek en een bepaalde culturele achtergrond te benutten, en zo bijvoorbeeld het familiesysteem in tact te laten. Een *kwaliteitsverbetering* waarover de meningen verdeeld zijn is om structuren en rituelen die aanwezig zijn in de eigen cultuur te benutten. Knelpunten doen zich voor wanneer hulpverleners bezwaren maken tegen de achtergronden en uitgangspunten van andere culturele tradities, bijvoorbeeld islamitische genezers. Welwillende hulpverleners zouden zich wel meer kunnen verplaatsen in de positie van de cliënt en van daaruit hulp bieden.

Inadequate werkwijzen in de hulpverlening

Bij hulpverlening aan nieuwkomers die hier nog maar kort verblijven kan het ondoelmatig zijn om de in Nederlandse instellingen gebruikelijke werkwijzen te hanteren. Zo signaleren

hulpverleners problemen rond het opvolgen van afspraken of het nemen van medicijnen. Verschillende wegen om tot *kwaliteitsverbetering* te komen worden voorgesteld. Met ontbrekende protoprofessionalisering bij cliënten kan men omgaan door hen voorlichting en training te geven over de handelswijze van hulpverleners in Nederland. Een tegenovergestelde *kwaliteitsverbetering* is om de hulpverlening, binnen de speelruimte die men heeft, in verregaande mate af te stemmen op de verwachtingen, habitus en situatie van de cliënt. Daarbij zou veel meer begeleiding moeten worden gegeven dan gebruikelijk is. Een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige merkte op dat haar beroepsgroep het, door het ondersteunende werken, eigenlijk 'gemakkelijker' had dan de psychotherapeuten.

Omdat de hulpverlener vaak geen expert is waar het om de cultuur van de cliënt gaat zou deze zich op dit gebied meer als gelijke van de cliënt kunnen opstellen. Hij zou bijvoorbeeld nieuwsgierig kunnen informeren naar de betekenis van bepaalde gebruiken. Hij zou zich meer dan gebruikelijk van zijn menselijke kant kunnen laten zien, door het geven van aandacht, begrip en erkenning en het bieden van sociale steun. Zich als gelijke op willen stellen kan op enigszins gespannen voet staan met de verwachting bij cliënten dat de hulpverlener gezag uitstraalt. Verder wordt aangegeven dat naast compassie een zekere distantie nodig is om als hulpverlener overeind te blijven. Te veel vriendschap mag er volgens experts ook niet toe leiden dat valse verwachtingen worden geschapen over de asielprocedure. Vanwege al die gevaren wordt het nodig gevonden dat vanuit de instelling een goede intervisie en supervisie plaatsvindt.

Een *kwaliteitsverbetering* die eigenlijk het gehele hulpverleningsproces betreft is het ontwikkelen van een protocol met hulpmiddelen, zoals een sociale kaart. Zo'n protocol zou ook behulpzaam kunnen zijn in een netwerk. In het protocol worden suggesties gedaan over hoe kan worden gehandeld in de verschillende fasen van het primair proces, van aanmelding tot afsluiting. Suggesties kunnen worden gedaan voor samenwerking, verwijzing, verdeling van verantwoordelijkheden en casemanagement. De hulpmiddelen betreffen met name de sociale kaart en een overzicht van mogelijk geschikte hulpvormen. Daarbij kunnen ook preventieve vormen en het benutten van netwerken worden vermeld. Gewaarschuwd wordt voor het risico het protocol als een blauwdruk te gebruiken. Men vraagt zich ook af of een sociale kaart speciaal voor vluchtelingen wel nodig is.

Gebrek aan ruimte vanwege verzakelijking van de zorg

Knelpunt rond het werken met migranten en vluchtelingen is ook de aanwezigheid van organisatiecondities die adequaat inspelen op de gewenste veranderingen bemoeilijkt, zoals werkdruk, onderbezetting en veelvuldige wisseling van personeel. De veranderingen die nodig zijn staan volgens experts haaks op rationalisering en individualistisch denken. Kwaliteitsverbeteringen liggen in het creëren van ruimte voor een wijze van werken die meer tijd vergt. Zorgverzekeraars zouden begrip kunnen hebben voor de noodzaak daarvan.

Communicatiemoeilijkheden door taal- en emotionele barrières

Bij hulpverlening aan migranten en vluchtelingen doen zich vaak communicatieproblemen voor. De taal vormt de eerste barrière. Er wordt volgens experts te weinig gebruik gemaakt van tolken en de tolkentelefoon. Praten over psychische problemen is voor vluchtelingen en migranten heel moeilijk. Toch worden kwaliteitsverbeteringen aangedragen om de communicatie te verbeteren, bijvoorbeeld door in informele contacten problemen aan de orde te stellen.

● Ontbrekende coördinatie en netwerken in de hulpverlening

Het komt nogal eens voor dat vluchtelingen van het kastje naar de muur worden gestuurd. Doorgaans zou 'ketenverantwoordelijkheid' ontbreken. Verder blijkt dat sommige hulpverleners weinig samenwerking krijgen van andere professionals. Kwaliteitsverbetering wordt gezocht in casemanagement en het opbouwen van een netwerk dat behulpzaam is vanaf het moment dat keuzen moeten worden gemaakt over het hulpaanbod tot aan de afsluiting van de hulpverlening. Zo kan men vanuit ondersteunende hulpverlening toewerken naar een vertrouwensrelatie met de cliënt, waardoor op den duur ook de psychische problematiek aangepakt kan worden.

Afsluiting en evaluatie

Er zijn weinig of geen harde onderzoeksgegevens bekend over hoe de hulpverlening aan migranten en vluchtelingen verloopt en hoe deze wordt afgesloten. Slechts een enkele gespecialiseerde instelling besteedt meer aandacht aan de afsluiting met een exitinterview.

Kwaliteit van de randvoorwaarden

Er bestaan nog veel knelpunten in het primaire proces van hulpverlening aan migranten en vluchtelingen. Het ligt voor de hand om, ook gegeven de aanwezigheid van een kwaliteitswet, handvatten voor een strategie te zoeken in de kwaliteitszorg. We maken onderscheid tussen de volgende 'organisatiegebieden' waar kwaliteitszorg zich op zou kunnen richten: leiderschap; missie, beleid en strategie rond toegankelijkheid, samenwerking, en zorgbeleid. Bij GGZ Regio Breda hebben we de opvattingen over knelpunten en kwaliteitsverbeteringen op deze gebieden onderzocht onder belanghebbenden van GGZ Regio Breda – vooral potentiële of feitelijke samenwerkingspartners -, hulpverleners, en managers van het Circuitberaad Volwassenen.

Leiderschap

Een eerste randvoorwaarde voor de kwaliteit van primaire processen is leiderschap vanuit een heldere visie op de beoogde resultaten en cultuur van de instelling. Hoe denken partijen over de rol van leiderschap bij zorg voor de interculturele kwaliteit van de GGZ.

Belanghebbenden van GGZ Regio Breda

Volgens belanghebbenden moet het management zich duidelijk uitspreken over waar de instelling zich op richt bij het verbeteren van de interculturele kwaliteit, en moeten daar middelen voor worden vrijgemaakt. Men ziet het faciliteren en ondersteunen van het interculturalisatieproces als taken van het management. Verschillende belanghebbenden hebben behoefte aan kwaliteitsbewaking binnen instellingen, waarbij duidelijke meetpunten zoals beginpunt, doelen en streefcijfers zijn geformuleerd. Belanghebbenden vinden dat de GGZ het initiatief moet nemen voor samenwerking rond het primaire proces.

Managers van GGZ Regio Breda

Vanuit het Circuitberaad Volwassenen van GGZ Regio Breda wordt aangegeven dat Breda, met ongeveer 10% allochtonen

onder de bevolking, een veel minder multiculturele stad is dan Rotterdam of Den Haag. Er is volgens de leden in Breda veel minder sprake van de ernstige problemen zoals in stadswijken van die grotere steden bestaan. Men had tien jaar geleden wel degelijk gedacht dat de GGZ met allochtone cliënten voor hete vuren zou komen te staan. Achteraf bleek die bezorgdheid volgens managers onterecht. Het is volgens het management allemaal nogal meegevallen en daarom vindt men het nemen van ingrijpende beleidsmaatregelen ter verbetering van de interculturele kwaliteit niet noodzakelijk. De bestaande 'low profile' aanpak voldoet volgens het management. Men wijst er op dat er al een aandachtsfunctionaris is en dat men voldoende ervaring heeft met intercultureel werken. Er wordt volgens het management ook voldoende gedaan om interculturele hulpverlening te ondersteunen. Zo wordt scholing en training interculturele communicatie en werken met tolken aangeboden. Hulpverleners kunnen structureel gebruik maken van tolkentelefoons. Er is vertaald voorlichtingsmateriaal aanwezig. Incidenteel wordt met allochtone intermediairs gewerkt. Bovendien worden volgens managers veel allochtone cliënten door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen 'in de watten gelegd' en wordt nogal eens een langere consultduur aangeboden. Men maakt zich overigens wel enige zorgen over het de achterwege blijven van een hulpvraag vanuit de groeiende groep jonge allochtonen. Managers willen zich echter geen extra inspanning getroosten om de kwaliteit van hulpverlening aan allochtonen te verbeteren. Wel kiezen managers voor een actiever leiderschap in het geval van kwaliteit van hulpverlening aan vluchtelingen.

Missie, strategie en beleid

Idealiter komt het instellingsbeleid voort uit een missie en een visie op de eigen taken, met name rond de wijze waarop tegemoet wordt gekomen aan bepaalde vragen vanuit de samenleving. Een instelling onderzoekt, in het licht van de eigen missie en de eigen mogelijkheden, welke ontwikkelingen zich voordoen in de omgeving (ook kansen en bedreigingen) en hoe ze daarop kan en wil inspelen. Over de gewenste missie van de Nederlandse GGZ meer in het algemeen zijn de meningen verdeeld. Sommigen bepleiten een concentratie op de ernstiger

psychische, en vooral psychiatrische, problematiek, terwijl anderen juist een verbreding van de aandacht bepleiten.

Toegankelijkheid

Belanghebbenden van GGZ Regio Breda

Strategie en beleid horen volgens belanghebbenden gebaseerd te zijn op onderzoek naar bijvoorbeeld kenmerken van de populatie en de toegankelijkheid van de instelling voor groeperingen waarbinnen psychische problemen bestaan. Zoals ook elders het geval is zijn voor de Regio Breda nauwelijks gegevens voorhanden over de psychische gesteldheid van migranten en vluchtelingen. Eveneens is weinig bekend over de toegankelijkheid van de instelling. Met name is onduidelijk waaraan de lage hulpvraag onder jongere allochtonen is toe te schrijven. Onduidelijk is voor belanghebbenden hoe het staat met de hulpbehoefte van allochtonen in de regio en in welke mate mensen die dat nodig hebben met de relevante zorg in aanraking komen. Zij weten ook niet of allochtone cliënten ergens anders hulp vragen, bijvoorbeeld bij traditionele genezers. De belanghebbenden vinden daarom dat eerst, in samenwerking tussen instellingen, nader onderzoek nodig is naar de hulpbehoefte en hulpvraag onder allochtonen. De belanghebbenden vinden verder dat goede voorlichting moet worden geboden over zorg rond de geestelijke gezondheid, afgestemd op de sociale en culturele achtergronden van de cliënten.

Hulpverleners van GGZ Regio Breda

Hulpverleners zijn voorstanders van gerichte voorlichting aan allochtonen, binnen en buiten de instelling. Ze zijn echter tegelijkertijd voorzichtig vanwege mogelijke negatieve bijeffecten, zoals het bevorderen van een onterechte hulpvraag. Toch vinden ze dat voorlichting over psychische problematiek en hulpverlening daarbij gegeven zou moeten worden in organisaties als moskeeën en buurthuizen. Dat zou in groepsverband kunnen gebeuren en moeten aansluiten op de belevingswereld van mensen. Men vraagt zich overigens af welke rol de televisie zou kunnen spelen bij voorlichting over de GGZ. Er waren ook hulpverleners die vonden dat de GGZ eerst rijp zou moeten zijn voor hulpverlening aan allochtone cliënten voordat meer voorlichting wordt gegeven. Anderen menen echter dat professionals pas geïnteresseerd zullen raken en hun 'drempel-

vrees' kwijtraken wanneer meer allochtone cliënten zich aanmelden. Hulpverleners wijzen erop dat niet zozeer meer voorlichting naar het brede publiek nodig is als wel betere voorlichting naar, en betere samenwerkingsafspraken met, verwijzers zoals huisartsen en instellingen voor algemeen maatschappelijk werk.

Managers van GGZ Regio Breda

Managers van het Circuitberaad Volwassenen geven aan dat in de regio Breda veel minder allochtonen wonen dan de grote steden. Dat heeft volgens hen als voordeel dat integreren gemakkelijker gaat en dat specifieke voorlichting niet nodig is. Binnen het Circuitberaad Volwassenen denkt men verder niet dat er minder allochtone cliënten zijn dan verwacht kan worden op grond van de bevolkingssamenstelling. Mensen met ernstigste problemen zullen volgens hen toch wel bij de GGZ terechtkomen. Managers leggen verder een verantwoordelijkheid bij allochtonen zelf waar het om de hulpvraag gaat en zijn tegen betutteling. Ze vrezen voorts dat de onterechte hulpvraag groter wordt door meer voorlichting te geven en zien dat ook niet als taak voor de GGZ. De eerste lijn heeft volgens hen een verwijz- en filterfunctie.

Samenwerking en taakverdeling

Wanneer allochtonen of vluchtelingen bij psychische of psychosociale problemen hulp nodig hebben komen verschillende zorginstellingen in aanmerking. In de praktijk bestaat overlap in het aanbod. De vraag is hoe wordt gedacht over de ketenkwaliteit de onderlinge taakverdeling tussen instellingen en de rol van de GGZ daarbij? We horen achtereenvolgens de opvattingen van belanghebbenden, hulpverleners en managers over ketenkwaliteit en samenwerking.

Belanghebbenden van GGZ Regio Breda

Verschiedende belanghebbenden brengen naar voren dat veel allochtonen slecht op de hoogte zijn van het werk van de verschillende instellingen, en dat daarom samenwerking rond de fasen van diagnostiek en zorgtoewijzing aangewezen is. Verwijzers vinden samenwerking nuttig om zelf beter op de hoogte te zijn van het aanbod en men soms twijfels heeft bij het diagnosticeren. Belanghebbenden vinden dat de GGZ formeel beschikbaar moet zijn voor consultatie en dat de organisatie ervan

bij voorkeur bij GGZ Regio Breda moet liggen. Ook wordt gesteld dat de gemeente Breda faciliterend zou kunnen handelen rond de organisatie van consultatienetwerken.

Hulpverleners van GGZ Regio Breda

Hulpverleners die zelf al eens consultatie hebben geboden vinden dat er met de eerste lijn structureel en ook op managementniveau samenwerking moet zijn. Verschillende hulpverleners willen wel, maar andere echter onder geen beding, verwijzen naar alternatieve genezers, omdat volgens hen weinig bekend is over de kwaliteit van hun werk.

Managers van GGZ Regio Breda

Managers vinden dat er al voldoende samenwerkingsverbanden zijn waarbinnen de problematiek van allochtonen aan de orde kan komen. Het algemeen maatschappelijk werk en huisartsen kunnen nu 24 uur per etmaal consultatie krijgen. Verder bestaan in het kader van een project met groepjes huisartsen consultatiebesprekingen en daar kunnen volgens hen knelpunten in de hulpverlening aan allochtonen aan de orde komen. Daarnaast stelt men dat GGZ Regio Breda al deelneemt aan veel samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld rond problemen met werken of wonen, waarbinnen de problematiek van allochtonen kan worden besproken.

Zorgbeleid

Het zorgbeleid betreft de daadwerkelijke hulpverlening. We vroegen ons af hoe belanghebbenden van GGZ Regio Breda, hulpverleners en managers denken over thema's als de betekenis van cultuurverschil voor de manier van hulpverlenen, koppelen van hulpverleners en cliënten en het inschakelen van intermediairs.

Belanghebbenden van GGZ Regio Breda

Belanghebbenden van GGZ Regio Breda vinden dat in de hulpverlening rekening moet worden gehouden met cultuurverschillen. Maar men relativeert die opvatting door te stellen dat die er ook onder autochtonen zijn. Men vindt dat instellingen als GGZ Regio Breda open moeten staan voor consultatie. Belanghebbenden zijn geen voorstander van het standaard koppelen van

hulpverlener en cliënt op grond van een gemeenschappelijke culturele achtergrond.

Hulpverleners van GGZ Regio Breda

Hulpverleners vinden dat 'binnen de multiculturele samenleving' iedereen met allochtonen moet kunnen werken. Ze laten echter weten dat de werkelijkheid heel anders is. Medewerkers van de afdeling psychotherapie staan volgens hen mijlenver af van de wereld van allochtonen. Daarom zouden nieuwe methodieken, zoals het werken met vrouwengroepen, kunnen worden ontwikkeld. Men is geen voorstander van zorgprogramma's voor allochtonen, behalve wanneer dit als tijdelijke stimuleringsmaatregel wordt gezien. Hulpverleners hebben kritiek op de bestaande intakeprocedure waarbij allochtone cliënten soms achtereenvolgens met zeven of acht verschillende personen te maken hebben.

Managers van GGZ Regio Breda

Managers vinden dat je in de hulpverlening op verschillende manieren rekening moet houden met de culturele achtergrond van patiënten, maar zeggen dat dit nu al gebeurt. Sommige allochtonen krijgen nu volgens hen al een soepeler intake. Werken met tolken moet even geleerd worden, maar het kost volgens managers wel veel meer tijd, evenals huisbezoek. Een manager merkt op dat interculturalisering van het personeelsbestand wenselijk is. Daarom heeft men zich veel moeite getroost om allochtonen te rekruteren, zij het zonder veel succes.

Er blijkt al met al een betrekkelijk grote discrepantie te bestaan tussen verwachtingen van belanghebbenden van buiten en hulpverleners en managers van GGZ Regio Breda. Belanghebbenden pleiten voor een krachtiger leiderschap van GGZ Regio Breda waar het om verbetering van kwaliteit van zorg voor allochtonen gaat. Zij vinden onder meer dat aandacht voor de kwaliteit van zorg voor allochtonen en vluchtelingen een grotere prioriteit dan voorheen zou moeten krijgen, ook door de betrokken aandachtsfunctionaris een hogere status in de instelling te bieden. Zij vinden verder dat de GGZ een sturende rol zou kunnen spelen waar het om de samenwerking gaat. Ook tussen hulpverleners van GGZ Regio Breda en managers van die instelling zijn er accentverschillen in inschatting van de ernst van de allochtonenproblematiek te bespeuren. Waar belanghebbenden aangeven dat het volledig ontbreekt aan gegevens over de

hulpvraag van allochtonen in relatie tot de psychische gesteldheid van verschillende bevolkingscategorieën, bagatelliseren managers de ernst hiervan. Waar belanghebbenden een grotere rol voor de GGZ in verband met voorlichting en consultatie wenselijk achten, stellen managers zich behoedzaam op en richten de schijnwerper op de filterfunctie van de eerste lijn. Een onterechte aanwezigheid van allochtone cliënten bij de intake van de GGZ wordt als problematischer gezien dan het ten onrechte achterwege blijven van de hulpvraag. Sommige hulpverleners die hebben gewerkt met allochtonen spreken over een 'witte' instelling waarbinnen men 'doorsukkelt'. Zij pleiten, in ieder geval tijdelijk, voor een systematische aanpak, bijvoorbeeld op de manier zoals bij het opzetten van zorgprogramma's wordt gedaan. Managers vinden juist een 'low profile' aanpak, zoals nu wordt gehanteerd, adequaat, vooral omdat de integratie van nieuwkomers beter verloopt dan men had gedacht. Het is de vraag of deze visie niet van een iets te rooskleurig beeld van de werkelijkheid uitgaat.

Literatuur

Adriani, P.J.A. (1993). *Overbruggen van verschillen, onderzoek naar hulpverlening aan jeugdigen uit allochtone groepen vanuit een RIGG, in het bijzonder tijdens de diagnostische fase*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden.

Bloemen, E.J.J.M. (1996). Zorg voor asielzoekers en vluchtelingen. In *Handboek Interculturele zorg*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Bedaux, T., N. Dahhan, P. Jansen en R. Smulders (1997). *Kwaliteitszorg voor allochtonen. Een handreiking voor de praktijk*. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders.

Boomstra, R. en S. Kramer (1997). *Cultuurverschillen in interacties tussen hulpverleners en vluchtelingen*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Bourdieu, P. (1989). *Opstellen over smaak, habitus en het veldbegrip*. Amsterdam: Van Gennep.

CBS (2000). *Maandstatistiek van de bevolking*. Voorburg, Oktober 2000.

Coumou, R. (1995). *Nota allochtonenbeleid*. Voorburg: Riagg Haagrand.

Daal, H.J. van (2001). *Het middenveld als smeltkroes? Verschuivingen in deelname aan verenigingsleven en vrijwilligerswerk in multicultureel Rotterdam*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Daal, H.J. van (2002a). *Geef ze de ruimte. Een onderzoek naar zelforganisaties van allochtonen, gemeentelijk integratiebeleid en mogelijkheden voor donatiebeleid van Fonds 1818*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Daal, H.J. van (2002b). Integratie door gescheiden recreatie? In *Ontmoeting, ontspanning en ontplooiing*. Het sociaal debat 8. s' Gravenhage: Elsevier Overheid.

Dieperink, C.J. et al. (2002). GGZ voor allochtonen. Ontwikkelingen in het zorggebruik in de regio Rotterdam, 1990-1998. In *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, jrg. 57, nr. 1, p. 87-97.

Doornbos, N. en L.E. de Groot-van Leeuwen (1998). Vierentwintiguursbeslissingen over asielzaken. In *Migrantenstudies*, 14, nr. 4, p. 233-247.

Drewes, J.B.J. (1996). Gezondheidstoestand en zorggebruik. In *Handboek Interculturele zorg*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Dijk, R.C.J. van, I. Boedjarath, J. de Jong, May en R. Wesenbeek (2000). Interculturele geestelijke gezondheidszorg in de XXIe eeuw. Een manifest. In *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, nr. 2 p.134-144.

Engbersen, G. en R. Gabriëls (1995). Voorbij segregatie en assimilatie. In G. Engbersen, R. Gabriëls. *Sferen van integratie*. Naar een gedifferentieerd allochtonenbeleid. Amsterdam: Boom.

Geuijen, A. (1998). Wonen en werken in een asielcentrum. In *Migrantenstudies*, jrg 14, nr. 4, p. 249-261.

Grifhorst, P. en M. van Ewijk (1998). Voorbij 'Ellis Island', het asielbeleid en de inzet van medische voorzieningen. Een verhaal over disciplineren en verzet in asielzoekerscentra in Nederland. In *Migrantenstudies*, jrg. 14, nr. 1, p. 22-42.

Gruijter, M.J. de et al (2002). *Het opzetten van een landelijke infrastructuur van decentrale 'AMA-grassroots' panels*. Verslag van het pilotproject. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Hondius, A.J.K. (1992). *Vluchtelingen en gezondheid, deel II, empirisch onderzoek*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.

Hosper, K., S. van 't Hof, J. Knipscheer, W. Vollebergh en R. Bijl (1999). *Allochtone cliënten in de ambulante GGZ*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Ingleby, D. (2002). *Psychologie en de multiculturele samenleving, een gemiste aansluiting?* (te verschijnen)

Kleinlugtenbelt, D.E. en A.H.M. Naaykens (1998). Morele dilemma's bij de psychiatrische hulpverlening aan asielzoekers. In *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, jrg. 53, nr. 6, p. 623-638.

Kleinluchtenbelt, D. en M. Sabanoglu (2000). Het beste van twee werelden. De kracht van het intervisie- en consultatiemodel in de hulpverlening aan allochtonen. In *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, jrg. 55, nr. 4, p. 349-356.

Knipscheer, J.W. (1999). Surinamers in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, een onderzoek naar hulpzoekgedrag en gezondheidsklachten. In *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, jrg. 54, nr. 6, p. 591-604.

Kool, J, en A. Kaasenbrood (2002). Asielzoeker: klant tegen wil en dank. In *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, jrg. 57, nr.1, p. 24-34.

Kortmann, F.A.M. (2002). Interculturalisatie op maat. In *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, jrg. 57, nr. 1, p. 52-63).

Kramer, S. (1995). *It's stupid to be a human being. Onderzoek naar cultuurverschillen tussen vluchtelingen in Nederland*. Utrecht: Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht.

Kuipers, P.(z.j.) *Beter worden, een onderzoek naar het complex van factoren die ten grondslag liggen aan de opvattingen en handelingen van vluchtelingenvrouwen ten aanzien van de psychosociale problemen en/of psychiatrische problematiek*. Utrecht: Faculteit der Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht.

Logghe, K.L.R. (1996). Interculturalisatie van zorginstellingen in de praktijk. In *Handboek Interculturele zorg*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Nauta, L. (1995). Competente burgers. In G. Engbersen, R. Gabriëls. *Sferen van integratie*. Naar een gedifferentieerd allochtonenbeleid. Amsterdam: Boom.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Zoetermeer.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000a). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Zoetermeer.

Richters (2000). Multiculturaliteit en medische ethiek in het openbare debat. In *TGE*, jrg. 10, nr. 3.

Rijkschroeff, R. en P. Kruiswijk (1995). *De structurele inbedding van migrantenhulpverlening in de RIAGG Amsterdam Zuid-Oost*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Somers, M.H.C. (1996). *Voorzieningen voor vluchtelingen en asielzoekers, Handboek Interculturele zorg*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Struys, A. Gezondheidszorg en culturele diversiteit. Op zoek naar de juiste balans. In *De Multiculturele uitdaging*. Het sociaal debat 7. 's-Gravenhage Elsevier bedrijfsinformatie.

Stuurgroep Psychosociale en Psychiatrische zorg (z.j.) *Specifieke voorzieningen voor vluchtelingen en asielzoekers in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Pharos.

Swaan, A. de, et al. (1979). *Het spreekuur als opgave. Psychotherapeutische spreekuurgesprekken. Van levensmoeilijkheden tot beroepsmatig behandelbare problemen*. Utrecht: Het Spectrum.

Tabibian, N. (1999). *Maatschappelijke zelfstandigheid van Somalische vluchtelingenvrouwen*. Tilburg: PON.

Tennekes, J. (1990). *De onbekende dimensie. Over cultuur, cultuurverschillen en macht*. Leuven/ Apeldoorn: Garant.

Thung, F.H., en S. Demiralay (2002). Alibi-Ali of de wonderlamp van Aladin? Allochtone hulpverleners in een autochtone GGZ-instelling. In *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, jrg. 57, nr. 1, p. 64-73).

Tienhoven, A.H. van (1999). Gezondheidszorg aan illegalen. In *Handboek Interculturele zorg*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Tjoa TH. en A. Vermeulen (1999). *Een gezonde kleur, op weg naar een multicultureel patiëntenperspectief*. Amsterdam: APCP.

Veer, G. van der en A. van Waning (2002). Hulpverlening aan vluchtelingen. Van transculturele traumatherapie naar zorg voor de ziel. In *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, jrg. 57, nr. 1, p. 35-51.

Verkuyten, M. (2002). Etniciteit en de multiculturele samenleving. Tussen overeenkomst en verschil. In *De multiculturele uitdaging*. Het sociaal debat 7. 's-Gravenhage: Elsevier Bedrijfsinformatie.

Vries, S. de (2000). *Psychosociale hulpverlening aan vluchtelingen*. Utrecht: Pharos.

Wierdsma, A.I. en H.P. Uniken Venema (1996). GGZ-gebruik door migranten in Rotterdam e.o.. Prevalentie, incidentie en zorgpatronen naar sociaal-economische positie. In R. Giel, F. Sturmans (red.) *Psychiatrische casusregisters in Nederland*. Groningen: Universiteit.

Wijnen, P.R. (1997). *Vluchtelingen aan het woord*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, Wetenschapswinkel.

Zijl, G. van (2002). Een therapiegroep voor Marokkaanse vrouwen. In *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, jrg. 57, nr. 1, p. 74-86.

Bijlage

Geïnterviewde experts hulpverlening aan vluchtelingen i.v.m. het onderzoek bij GGZ De Geestgronden

Mw. J. Donker	Stichting IMCO Noord-Holland, Purmerend
Mw. F. Ozgumus	directrice Vluchtelingen Organisaties Nederland, Utrecht
Dhr. J.D. Ingleby	Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht
Dhr. E. Reijnders	huisarts te Amstelveen
Mw. K. Bartels	Zorggroep Almere
Mw. C.T. Feldmann	COA Rijswijk
Dhr. W. Kleijn	Centrum 45, Oegstgeest

Begeleidingscommissie onderzoek bij GGZ Regio Breda

Mw. S. Azaimi
Dhr. T. Beekers
Dhr. H. Reesink
Dhr. J. Sinnaeve
Dhr. R. Vos (Cliëntenraad)

Geïnterviewden onderzoek bij GGZ Regio Breda

Belanghebbenden in Breda

Leden Werkgroep Zorg op Maat van Gemeente Breda

Dhr. E. Nobel, Baronie

Dhr. J. Hagenaar, Gezinszorg Breda

Dhr. H.E.W. Stevens, DHV

Dhr. Manders, Kentron

Dhr. W. van Dalen, GGD West Brabant

Dhr. P. Claassens, huisarts

Belanghebbenden in Oosterhout

Mw. A.F.M. Veenman, huisarts

Mw. G. Prins, Algemeen Maatschappelijk Werk

Mw. N. Freulig, Thuiszorg

Dhr. E. Koole, Inspraakorgaan Buitenlanders

Hulpverleners GGZ Regio Breda

Mw. C. Goos

Mw. E. de Bruijn

Mw. L. Voesenek

Mw. S. Azaimi

Dhr. J. Sinnaeve

Dhr. J. de Bruin

Mw. F. Sidali

Dhr. Hofijzer

Mw. J. van Hermen

Mw. P. Besselink

Managers Circuit Volwassenen GGZ Regio Breda

Mw. A. de Goede

Dhr. F. Martens

Dhr. H. de Klein

Commentaar op een conceptversie werd geleverd door

Nicole Alkemade, Ronald May, Katja van Vliet

Colofon

Opdrachtgever: Zorg Onderzoek Nederland (Nu: ZonMW).

Uitvoering: Henk Jan van Daal, Margaret Brugman, Riki van Overbeek en Rudi s'Jacob (Verwey-Jonker Instituut), Nuray Sönmez (Nederlands Centrum Buitenlanders).

i.s.m. GGZ Regio Breda (contactpersoon Ton Beekers; begeleidingscommissie zie bijlage) en GGZ De Geestgronden (contactpersoon Nicole Alkemade).

Uitgave: Verwey-Jonker Instituut
Nederlands Centrum Buitenlanders

Vormgeving: N. van Koutrik

ISBN: 90-5830-140-0

