

Zorg op maat

Cultuursensitief werken
binnen de geestelijke
gezondheidszorg in
Rotterdam

November 2022

Teuntje Vosters & Ilja Bastiaansen

IDEM
ROTTERDAM



De ggz is op dit moment vooral symptoomgericht, wil zo snel mogelijk mensen in de zorg op een bepaald pad hebben, terwijl cultuursensitieve zorg veel meer persoonsgericht is in zowel de persoon, de cliënt, en zijn hele verhaal, niet alleen zijn klachten maar het hele verhaal meer in de context zullen plaatsen: wie ben jij? Waar zit je mee? Waar maak je je de meeste zorgen over?

- Medisch antropoloog / Adviseur Diversiteitsmanagement

Dit rapport is een uitgave van IDEM Rotterdam en gefinancierd door de Gemeente Rotterdam. IDEM is het expertisecentrum voor een Inclusieve Stad in Rotterdam. IDEM richt zich op de thema's inclusie, discriminatie, LHBTIQ⁺-emancipatie en vrouw/man-emancipatie.

IDEM Rotterdam - Expertisecentrum voor een Inclusieve Stad Grote Kerkplein 5, 3011 GC, Rotterdam. Email: info@idem.nl en website: www.idemrotterdam.nl

Auteurs: Teuntje Vosters, Ilja Bastiaansen en feedback van Huub Beijers.

Met dank aan de respondenten die ons in vertrouwen namen en hun ervaringen met ons wilden delen.

November 2022.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	4
Samenvatting	5
1. Inleiding	6
1.1 Kwalitatief goede en gelijkwaardige zorg voor alle Rotterdammers	6
1.2 Cultuursensitief werken	7
1.3 Doelstellingen van het onderzoek	9
1.4 Opzet	9
2. Methode	11
2.1 Semigestructureerde Interviews	11
2.2 Werving en beschrijving van respondenten	11
2.3 Analyse	11
3. Historische ontwikkelingen	13
4. Resultaten I	15
4.1 Microniveau: handvatten voor professionals	15
De Generieke Module Diversiteit	15
Het belang van taal	16
Het maken van een vertaalslag en betrekken van mantelzorgers	17
Trainingen en culturele (in)sensitiviteit binnen zorgopleidingen	17
Andere relevante literatuur en handboeken voor professionals	18
5. Resultaten II	19
5.1 Mesoniveau: organisatorische aanpassingen	19
Divers personeelsbestand	19
Categorale instellingen en etnisch matchen	22
Preventiemaatregelen	24
Fragmentatie en de behoefte aan samenwerking	27
De drempels aan de voordeur	28
5.2 Macroniveau: structurele problemen en oplossingen	28
Sociaal-politieke veranderingen in de maatschappij	28
Marktwerking en 'standaardisering als doodsteek van cultuursensitief werken'	29
6. Conclusie en aanbevelingen	31
Literatuur	35
Bijlage 1: hoofdt topics besproken tijdens de interviews	36
Bijlage 2: belangrijke handboeken voor professionals	36

Samenvatting

Passende zorg met aandacht voor diversiteit in onder andere godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergrond is in Nederland lang niet altijd vanzelfsprekend (Pharos, 2021). Binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) blijkt de effectiviteit van huidige behandelvormen voor mensen met een migratieachtergrond kleiner. De huidige procedures en behandelwijzen zijn onvoldoende toegesneden op de behoeften van deze mensen en er wordt te weinig maatwerk geboden (GGZ Standaarden, 2020). In de hyperdiverse samenleving van Rotterdam is het dan ook van belang dat er op cultuursensitieve wijze¹ gewerkt wordt in de ggz (Vilans, 2019).

In dit rapport komen 20 professionals aan het woord die ruime ervaring hebben met een cultuursensitieve werkwijze in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Deze experts vertelden IDEM over hun ervaring en over de manieren waarop de ggz inclusiever kan worden voor alle Rotterdammers. Het schetste een dynamische en veelomvattende weergave van wat cultuursensitief werken inhoudt. Een cultuursensitieve werkwijze is niet toe te passen met kortstondige en eenzijdige aanpassingen maar beslaat verschillende niveaus, professionals en zorginstellingen. In dit onderzoek komen dan ook uiteenlopende handvatten en randvoorwaarden voorbij om cultuursensitief te werken.

Uit de gesprekken met professionals bleek dat een cultuursensitieve werkwijze al 40 jaar een belangrijk onderwerp is in de ggz. Gedurende de jaren tachtig en negentig was er ruime aandacht voor cultuursensitief werken in de ggz en werd er vanuit de overheid geïnvesteerd in een inclusieve werkwijze. Dit veranderde vanaf 2004 met een nieuw politiek geluid dat meer verantwoordelijkheid voor interculturele zaken bij burgers legde. Dit betekent dat een hoop middelen die eerder ingezet werden verdwenen. Meerdere organisaties en kenniscentra binnen de interculturele ggz verloren hun overheidssubsidie. Omdat het een onderwerp is dat de afgelopen veertig jaar regelmatig op de politieke agenda verschijnt maar vervolgens ook weer verdwijnt gaf een deel van de professionals aan gefrustreerd te zijn over de gang van zaken en niet heel optimistisch te zijn over de praktische resultaten van een nieuw onderzoek. In het rapport is een overzicht van de historische ontwikkelingen meegenomen.

De belangrijkste handvatten en eigenschappen voor professionals komen naar voren in hoofdstuk vier. Praktische instrumenten zoals de *Generieke Module Diversiteit* en het *Cultural Formulation Interview* werden genoemd als cruciale hulpmiddelen. Verder kwam het belang van taal en tolken aan bod en werd het essentiële belang van een cultuursensitieve opleiding en trainingen besproken. Ten tweede zijn de meest genoemde organisatorische randvoorwaarden omschreven. Respondenten gaven aan dat zorginstellingen verschillende maatregelen kunnen nemen die ervoor zorgen dat professionals cultuursensitief kunnen werken. Met name de effecten van een divers personeelbestand en preventiemaatregelen zoals culturele bemiddelaars kwamen uit dit onderzoek als belangrijkste randvoorwaarden.

Als laatste zijn er verschillende sociaal-politieke en economische ontwikkelingen die herhaaldelijk naar voren kwamen in de interviews als zijnde belemmeringen die cultuursensitief werken in de weg staan. Respondenten geven aan dat de verharding van het maatschappelijk debat ten opzichte van migratie, ook weerspiegelt in de ggz en van invloed is op de aandacht die er is voor cultuursensitieve zorg. Daarnaast wordt marktwerking en standaardisering als doodsteek van cultuursensitief werken genoemd.

¹ Cultuursensitieve zorg kent verschillende termen zoals transcultureel, intercultureel, interculturalisatie, cross-cultureel. Hoewel deze termen verschillend gedefinieerd kunnen worden, wordt er in dit rapport cultuursensitief werken mee bedoeld.

1. Inleiding

1.1 Kwalitatief goede en gelijkwaardige zorg voor alle Rotterdammers

In de hyperdiverse samenleving van Rotterdam is het van belang dat er op cultuursensitieve wijze gewerkt wordt in de geestelijke gezondheidszorg (Vilans, 2019). In een grote stad als Rotterdam heeft meer dan de helft van de inwoners een migratieachtergrond. De stad telt om en nabij 170 verschillende nationaliteiten en is daarmee hyperdivers (Vilans, 2019; IDEM, 2019). Zo'n sterk diverse bevolkingssamenstelling heeft gevolgen voor de zorg. Die moet hierop worden aangepast om voor iedereen een geschikt en doeltreffend zorgaanbod te kunnen realiseren (Van Herwaarden, Peters-Scheffer, & Rommes, 2020).

De focus in dit onderzoek ligt op geestelijke gezondheidszorgorganisaties in Rotterdam die stellen de zorg en organisatie substantieel en integraal te hebben aangepast om cultuursensitief te kunnen werken. Professionals die een cultuursensitieve werkwijze hanteren kunnen cruciaal inzicht verschaffen in de werkzame en niet-werkzame elementen en benodigde randvoorwaarden binnen de inclusieve ggz-zorgpraktijk.

Er zijn meerdere redenen om aandacht te besteden aan cultuursensitieve werkwijzen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Binnen de ggz blijkt de effectiviteit van huidige behandelvormen voor mensen met een migratieachtergrond kleiner. De huidige procedures en behandelwijzen zijn onvoldoende toegesneden op de behoeften van deze mensen en er wordt te weinig maatwerk geboden (GGZ Standaarden, 2020). Bovendien zijn de problemen die mensen met een migratieachtergrond ervaren vaak ook groter. Dat kan te maken hebben met die achtergrond, maar ook met andere factoren, zoals armoede, discriminatie, meer werkloosheid en slechtere woningen. Daarnaast vinden mensen met een migratieachtergrond de weg naar geschikte hulp en/of zorg minder snel, en hebben ze vaker te maken met taal- en cultuurbarrières. Vanuit zowel cliënten als professionals bestaat onbekendheid met de manier waarop klachten worden geïnterpreteerd en/of geclassificeerd, waardoor mensen niet altijd geschikte hulp ontvangen of zorg gaan vermijden. Cliënten met een migratieachtergrond hebben kans op een andere diagnose dan cliënten met een Nederlandse achtergrond terwijl zij dezelfde indicaties hebben. Dan heeft een culturele achtergrond invloed op een diagnose of een behandeling. De generieke ggz in Nederland is geworteld in de 'westerse' perceptie van psychische problematiek, hetgeen gevolgen heeft voor de diagnostisering en behandeling van cliënten (Van Herwaarden, Peters-Scheffer, & Rommes, 2020).

Passende zorg met aandacht voor diversiteit in onder andere godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergrond is in Nederland dus lang niet altijd vanzelfsprekend (Pharos, 2021). In reactie op deze kloof tussen de zorgvraag en het zorgaanbod, is het concept van cultuursensitieve zorgverlening tot stand gekomen. De behoefte aan deze manier van zorgverlening met een brede aandacht voor diversiteit, blijkt groot onder mensen in Nederland met een migratieachtergrond (KIS, 2020; Vilans, 2019). Cultuursensitieve zorg kent daarom zowel nu als in de toekomst een essentieel bestaansrecht.

Omdat geestelijke gezondheidsproblemen als angststoornissen en depressies sterk bijdragen aan de totale ziektelast onder minderheidsgroepen in Nederland wordt cultuursensitief werken cruciaal geacht in de ggz (Ikram, Kunst, Lamkaddem, & Stronks, 2014; Vilans, 2019).

Er wordt steeds meer gewerkt met een cultuursensitieve werkwijze door heel Nederland (GGZ Standaarden, 2020). Met deze werkwijze wordt een visie op culturele diversiteit gehanteerd en inclusief gewerkt. Zorgverleners die cultuursensitief werken zouden wél aansluiten bij de behoeften en wensen van mensen die cultuurspecifieke zorg zoeken. Professionals en cliënten van deze organisaties kunnen daarom inzicht verschaffen in de inclusieve zorgpraktijk, en wat ervoor nodig is. Met de ervaringen van deze voorhoede doen we een aanzet tot concrete handvatten, randvoorwaarden en levendige voorbeelden die de basis kunnen vormen voor andere organisaties en zorgprofessionals in Rotterdam om cultuursensitiever te werken.

Veel zorgprofessionals hebben nog te weinig kennis over de betekenis die religie, cultuur en leefwerelden van minderheidsgroepen hebben voor de ervaring, het uiten en de diagnostiek en behandeling van (psychische) problemen (Knipscheer, 2020). Maar er blijken zich ook problemen voor te doen in de zorg- en/of hulpverlening wanneer professionals wel beschikken over deze kennis en kunde en dat het meer is dan een kennisprobleem (Kortmann, 2020; Maas, 2017). Dit komt doordat het daadwerkelijk toepassen en integreren van modellen en theorieën over sensitieve communicatie, het hanteren van een open houding naar andere religies en culturen, en het reflecteren op het eigen referentiekader, door velen in de praktijk als lastig wordt ervaren. Dit onderzoek gaat op zoek naar verklaringen hiervoor. Welke moeilijkheden en mogelijkheden zijn er om cultuursensitief te werken en welke randvoorwaarden hebben professionals nodig om hun kennis duurzaam te kunnen toepassen?

1.2 Cultuursensitief werken

Formele zorg door professionals die de kennis, houding en vaardigheden bezitten om zorg op maat te verlenen, waarbij in het methodisch werken rekening wordt gehouden met de migratiecontext, de culturele achtergrond, een eventuele taalachterstand, achterstand in kennis van de Nederlandse samenleving en de eventuele minderheidspositie van cliënten (KIS, 2020).

Professionals geven aan dat cultuursensitieve zorg vooral gaat over **vraaggericht, op maat en met vertrouwen** te werken. Het is een **individuele benadering** waarbij de persoon het uitgangspunt is en zij, hij of hen kwalitatief goede en gelijkwaardige zorg krijgt. Hierbij is het belangrijk dat men kennis opdoet van andermans culturele achtergrond maar dat er tegelijkertijd rekening wordt gehouden met de diversiteit van diezelfde cultuur. Als behandelaar moet je je bewust zijn van je eigen culturele 'programma' en van de beeldvorming die je zelf met je meedraagt. Iedereen ervaart cultuur anders en het vermijden van vooroordelen over een bepaalde cultuur is belangrijk:

Wat mij betreft is cultuursensitief werken dat de hulpverlener de cliënt die tegenover hem/haar zit een gevoel geeft van vertrouwen en goed kan luisteren. En ook vragen stelt over hoe dingen zitten, dus niet uitgaat van een bepaald beeld bij die cultuur. Je kan er niet van uitgaan dat je al alles weet van de Surinaamse cultuur, maar dat je vragen stelt aan de cliënt, want elke cliënt is anders. - organisatiedeskundige/antropoloog

Een andere respondent benoemt verder dat cultuursensitieve zorg bestaat uit drie elementen. Het gaat om een combinatie van een laagdrempelige instelling, van de werkwijzen die ruimte bieden aan de diversiteit van cliënten, en van hulpverleners die met de diversiteit om kunnen gaan. Die drie elementen bij elkaar veranderen dan de uitkomst.

Het loslaten van een eigen culturele bril en het durven bevragen van de mogelijke verklaringenmodellen die een cliënt zelf hanteert is dus belangrijk. Een ander element wat daarbij van belang is, is de

migratiegeschiedenis en de effecten daarvan op de geestelijke gesteldheid van cliënten. Cultuursensitief werken begint bij de interesse voor deze geschiedenis.

Het effect van migratie is groot. Het effect van in een ander land terechtkomen, waarom, en hoe dat doorwerkt. De transnationale verbanden die daar mogelijk zijn hebben invloed. Ook als ze er niet meer zijn, zoals bijvoorbeeld bij vluchtelingen wanneer ze zijn afgesneden, of bij jongere generaties, het dendert wel door. - klinisch en kinder- en jeugdpsycholoog

Daarnaast komt veelvoudig terug hoe divers cultuur is en dat het geen synoniem is voor migratieachtergrond of etniciteit. Daar komt bij dat de cliëntenpopulatie met een migratieachtergrond continu verandert. De populatie is namelijk afhankelijk van maatschappelijke ontwikkelingen: zo waren er in 2015 veel mensen uit Syrië en momenteel uit Oekraïne. De migranten die al langer in Nederland zijn zullen ook van profiel veranderen over verloop van tijd, omdat ze op verschillende plekken in Nederland wonen, verschillende leeftijden hebben en met verschillende waarden en normen te maken krijgen. Een respondent illustreerde zo ook deze diversiteit:

Je moet oog hebben dat er ook een populatie is die hier is geboren en opgegroeid is met ouders met een ander land van herkomst maar zich soms niet verbinden daarmee. En in hun presentatie van hun problematiek en visie op hun problematiek veel meer het westerse model hanteren. Niet iedereen van kleur heeft een bepaalde cultuursensitieve aanpak nodig. - systeemtherapeut

De individuele benadering laat het groepsdenken los en draait juist om de veelvoud en het fluïde karakter van cultuur. Dit betekent dat cultuur altijd in beweging is en voor iedereen anders kan zijn. Het betreft karakteristieken zoals sociaaleconomische klasse, armoede, verschillende achtergronden uit bijvoorbeeld ook christelijke nominaties en gender. Al deze variabelen spelen een rol. Om cultuursensitief te werken is niet alleen iemands etniciteit van belang, maar al deze factoren:

Etniciteit en cultuur worden te vaak gelijkgesteld aan elkaar en dat werkt juist averechts. Juist als je goede zorg wil verlenen, dan moet je het individu in al zijn identiteiten en achtergronden zien. Als je alleen iemand reduceert tot bijvoorbeeld een Afghaan, dan doe je hem/haar tekort. - klinisch psycholoog en psychotherapeut

Oftewel, een cultuursensitieve aanpak hoort samen te gaan met een brede interpretatie van wat cultuur dan betekent. Een klinisch psycholoog omschrijft hoe dit tot gevolg heeft dat cultuursensitieve zorg niet één formule kan toepassen:

Het is een vorm van zorg leveren waarbij je vanaf het begin rekening houdt met alle factoren die cultuur bepalen, waardoor je in staat bent als organisatie of behandelaar om een aanbod te ontwikkelen dat goed past bij iedere cliënt, ongeacht hoe ze over hun klachten denken, waar ze vandaan komen, en wat hun normen en waarden zijn. En daar is niet één formule voor, dat is afhankelijk van de cliënt voor je. - klinisch psycholoog

Verschiedende professionals benadrukken daarbij dat iedereen een individuele benadering en een behandeling op maat wil krijgen. Dat is niet anders dan de wensen van cliënten die niet in een minderheidsgroep zitten. Een psycholoog benadrukt dat cultuur niet altijd betrokken hoeft te worden. Of dat wel of niet nodig is, moet je gaandeweg achterhalen: 'In hoeverre geschiedenis van land en dus cultuur een rol speelt in dit verhaal, dat is iets wat je in dat proces moet ontdekken. Soms is dat relevant, soms niet.' Oftewel, de relatie die ieder individu heeft tot cultuur verschilt. Dit ontrafel je

door te kijken naar ‘psychologische processen die geassocieerd zijn met cultuur, zoals het zelfconcept, emoties, motivatie, cognities, relaties, en daarnaast moet je kijken naar hoe de klachten worden gepresenteerd, verwoord, verklaard, en de verwachte oplossingen’. Bij de besluitvorming of het betrekken van cultuur nodig is, gaf ze aan twee criteria mee te nemen: *noodzakelijkheid* en *relevantie*. Alleen als het noodzakelijk en relevant is, moet cultuur worden betrokken bij de behandeling van ggz-cliënten, aldus deze respondent.

Cultuurspecifieke organisaties / categorale instellingen

We zien cultuursensitiviteit ook vertaald worden naar zelforganisaties en organisaties voor specifieke culturele groepen die goede aansluiting vinden bij specifieke behoeften en knelpunten van de groepen die ze bedienen. Dit noemen we ‘cultuurspecifieke zorg’ of ‘categorale instellingen’. Deze vorm van zorg houdt nadrukkelijk rekening met een culturele achtergrond: ‘Een cultuurspecifieke organisatie is daarop ingericht, heeft de personeelssamenstelling daarop aangepast; heeft de competenties van het personeel en de gebruikte methodieken erop toegesneden en richt zich voornamelijk of geheel op (bepaalde groepen) cliënten met een migratieachtergrond’ (KIS, 2020). De ontwikkeling van categorale instellingen roept discussie op omdat het ‘witte’ ggz-instellingen zou ontslaan van de verantwoordelijkheid cultuursensitief te werken en zou bijdragen aan gesegregeerde zorg voor minderheidsgroepen. Omdat het discussiepunt vaak naar voren kwam tijdens de interviews wordt dit bij de bespreking van de resultaten in paragraaf 4.1 verder onder de loep genomen.

1.3 Doelstellingen van het onderzoek

Aan de hand van de expertise en ervaringen van professionals die op cultuursensitieve wijze werken kunnen we de werkzame en niet-werkzame elementen, handvatten en benodigde randvoorwaarden binnen de inclusieve ggz-zorgpraktijk inzichtelijk maken. De interviews met deze professionals zijn leidend omdat zij het beste weten wat werkt en wat niet werkt in de praktijk en dagelijks tegen de mogelijkheden en belemmeringen aanlopen om cultuursensitieve zorg te leveren.

Aangezien passende ggz met aandacht voor diversiteit nog niet vanzelfsprekend is en de behoefte aan deze manier van zorgverlening groot blijkt onder mensen in Nederland met een migratieachtergrond, heeft dit onderzoek twee hoofddoelen (KIS, 2020). Het eerste doel is om een overzicht te geven van de bestaande handvatten voor professionals om cultuursensitief te werken en te verwijzen naar de plekken waar behandelaars deze tools kunnen vinden. Dit zal bijdragen aan de toegankelijkheid van de bestaande kennis en kunde. Het tweede doel draait om het schetsen van randvoorwaarden voor ggz-organisaties om cultuursensitief te kunnen werken. Welke infrastructuren zijn belangrijk om de juiste zorg te kunnen bieden aan alle Rotterdammers?

1.4 Opzet

Gedurende het onderzoek bleek al snel dat professionals aangaven dat de mogelijkheden om cultuursensitief te werken niet alleen lagen bij hun deskundigheid of werkwijze, maar voor een groot deel ook bij de mogelijkheden die een organisatie of samenleving bieden:

Er wordt veel nadruk gelegd op het feit dat een behandelaar veel kan leren op gebied van cultuursensitief werken. Door allerhande trainingen en handvatten kan een professional op deze manier te werk gaan. Maar de omstandigheden en de infrastructuur die organisaties bieden zijn van groot belang en deze staan het soms niet toe. - (klinisch psycholoog en psychotherapeut)

Daarom is dit rapport ingedeeld op basis van drie niveaus. Nadat de methoden zijn uiteengezet, wordt eerst een beschrijving gegeven van de historische ontwikkeling van cultuursensitief werken. Het toont dat er al veertig jaar wordt gestreden voor cultuursensitieve werkwijzen in de ggz en dat deze kennis niet nieuw is. Hierna wordt aandacht besteed aan de aspecten van cultuursensitieve zorg die professionals zelf kunnen toepassen. Dus op microniveau geeft dit een overzicht van de bestaande handvatten en tools die professionals (kunnen) gebruiken. Hierbij wordt helder verwezen naar de plekken waar professionals deze tools kunnen vinden. Het tweede en derde gedeelte van het rapport gaat in op organisatorische en institutionele randvoorwaarden op mesoniveau en maatschappelijke randvoorwaarden op macroniveau. De gesprekken met professionals hebben een duidelijk beeld opgeleverd over deze randvoorwaarden. Voor deze indeling is gekozen omdat cultuursensitief werken iets is wat niet één formule kent, maar juist alle aspecten en levels van het leveren van ggz beïnvloedt. Bijna alle professionals geven aan dat het een manier van werken is die alles doorkruist en daarom breed geïntegreerd moet worden in de ggz om effectief te zijn.

2. Methode

2.1 Semigestructureerde Interviews

Voor dit onderzoek zijn semigestructureerde interviews afgenomen met 20 zorgprofessionals die werkzaam zijn binnen de cultuursensitieve ggz. Het overgrote deel van de respondenten betrof behandelaren werkzaam in Rotterdam. Daarnaast is gesproken met enkele sociaal werkers, persoonlijk begeleiders, managers, bestuurders van zorginstellingen en andere experts op het gebied van cultuursensitieve zorg. Dit laatste was belangrijk omdat de mogelijkheden om effectief cultuursensitief te werken niet alleen bij de competenties van behandelaren liggen, maar ook bij de institutionele en/of structurele omgevingsfactoren waarin zij werken. Om dit beter te begrijpen was het nodig om ook bestuurlijke expertise in het onderzoek te betrekken.

De resultaten worden zoveel mogelijk gepresenteerd aan de hand van casusbeschrijvingen en voorbeelden zodat we een concreet beeld krijgen van de effectieve werkwijzen en randvoorwaarden van cultuursensitiviteit.

2.2 Werving en beschrijving van respondenten

Van januari tot en met maart 2022 zijn er 20 professionals geïnterviewd over hun ervaringen binnen de cultuursensitieve ggz in Rotterdam. De functies van de professionals waren verschillend. Zij waren klinisch psycholoog, GZ-psycholoog, psychiater, kinder- en jeugdpsycholoog, psychotherapeut, persoonlijk begeleider (Wmo-cliënten), bestuurder, systeemtherapeut, zorgcoördinator, medisch antropoloog, adviseur diversiteitsmanagement, zorgmanager, mantelzorger en belangenbehartiger cliënten, masterstudent klinische psychologie, maatschappelijk werker en onderzoeker. Wat deze professionals met elkaar verbindt is dat zij allemaal ruime expertise en ervaring hebben met cultuursensitief werken in de praktijk. Het zijn zowel professionals die bij kleinschalige cultuurspecifieke zorginstellingen werken als bij grotere ggz-instellingen die zich niet specifiek profileren als cultuursensitief maar dus wel professionals in dienst hebben die deze werkwijze hanteren.

2.3 Analyse

Aan de hand van een topiclijst zijn de semigestructureerde interviews afgenomen (de hoofdtopics van de interviews staan in bijlage 1).

De interviews zijn opgenomen en vervolgens getranscribeerd. De interviewverslagen zijn daarna gecodeerd en geanalyseerd met behulp van het kwalitatieve softwareprogramma NVivo.

Gedurende de interviews is duidelijk geworden dat professionals niet altijd zaten te wachten 'op weer een interview over cultuursensitief werken' (bestuurder ggz-instelling). Het proces van werving is soms met enige frustratie onthaald en niet iedereen wilde meewerken. Zij gaven aan dat zij al vaker benaderd zijn en meegewerkt hebben aan onderzoeken die uiteindelijk geen resultaten hebben opgeleverd. Cultuursensitief werken is een thema dat al lang speelt en de hernieuwde aandacht vanuit IDEM Rotterdam en de gemeente wordt daarom met name bij professionals die al langer werkzaam zijn binnen de ggz ontvangen met enig cynisme:

Als je wil dat ik een sociaal wenselijk antwoord geef dan zeg ik op alles ja gaat top. Maar als je vraagt hoe ik erin sta, dan geef ik een ander antwoord (..) De zorg zoals deze nu is

ingericht, is niet voldoende ingericht voor mensen met een andere kleur, ras of geloof. Dat vind ik verdrietig maar ik ben mij ook bewust dat ik te klein ben om daarin verandering te brengen. Ik ben het zat om de misverstanden in de zorg met betrekking tot cultuur steeds weer zichtbaar te moeten maken. Want het levert niks op. Ik heb nu tijd vrijgemaakt maar ik had mij voorgenomen om hier niet meer over te praten. Ik wil wel praten om gehoord te worden, maar niet meer praten om te praten. Wat er wel wordt gedaan is niet goed genoeg. Daarom heb ik mijzelf beperkt tot het uitvoeren wat mij opgelegd wordt, en praat ik bijna niet meer over beleid. - (psycholoog)

Deze gefrustreerde reacties zijn belangrijk omdat het veel zegt over het gebrek aan structurele verandering. Het is een onderwerp dat de afgelopen veertig jaar regelmatig op de agenda verschijnt maar ook weer verdwijnt. De professionals die zijn geïnterviewd hebben vaak lange carrières op het gebied van cultuursensitief werken en hebben al vele fases en tegenslagen gekend. Ook daarom is besloten dat een historisch overzicht van de ontwikkelingen rondom cultuursensitief werken in de ggz in Nederland belangrijk is om mee te nemen in dit rapport. Het geeft inzicht in de factoren die bijdragen aan die ontwikkeling. Het laat dus niet alleen zien welke lessen er zijn voor de toekomst maar ook welke verklaringen er aan deze onveranderlijkheid ten grondslag liggen.

3. Historische ontwikkelingen

Voordat er verder wordt ingegaan op de belangrijkste handvatten en randvoorwaarden, worden eerst de historische ontwikkelingen besproken. Een aanzienlijk deel van de geïnterviewde professionals is al een lange periode werkzaam in de cultuursensitieve ggz. Dit zorgde voor, naast de al bovenbeschreven frustratie ('het blijft een soort van trekken aan een dood paard om het echt van de grond te krijgen.' - kinder- en jeugd psycholoog), ook voor inzicht in de ontwikkeling van cultuursensitief werken in Nederland. Deze ontwikkeling wordt door meerdere professionals beschreven als een golfbeweging:

Het proces van interculturalisatie is vanaf 1980 tot nu verschillende keren opnieuw opgestart. En als ik zelf terugkijk heb ik dat twee of drie keer mogen meemaken omdat er een bloeiende ontwikkeling was en dat door allerlei oorzaken dat weer even wegzonk en een aantal jaren later weer opgepakt werd. - medisch antropoloog/ adviseur diversiteitsmanagement

Het concept cultuursensitief heeft zich geëvalueerd en de inhoudelijke betekenis ervan veranderde over verloop van tijd. Hij omschrijft de verschillende fases in als volgt:

De interculturalisatie-fasen onderscheiden zich in hun dominante strategie. Iedere nieuwe strategie stapelt zich op haar voorgangers. Globaal zien we in het interculturalisatie-denken de focus verschuiven van cliënt naar behandelaar naar de organisatie van de zorg; van een problematische cliënt naar een problematische relatie en problematische zorg. - medisch antropoloog/adviseur diversiteitsmanagement

Het concept en het belang van interculturele zorg kwam in de jaren zeventig overwaaien uit Amerika. Verschillende voorzieningen werden getroffen om de culturele afstand tussen hulpverleners en cliënten te verkleinen. Ook in Rotterdam werd op dat moment meer cultuurinformatie voor hulpverleners beschikbaar gemaakt, voorlichtingsmateriaal voor cliënten werd aangeboden in verschillende talen en er werden tolken en voorlichters in eigen taal en cultuur ingezet.

Toen bleek dat er nog steeds een afstand was tussen hulpverleners en cliënten, werd in de jaren tachtig veel ingezet op deskundigheidsbevordering van hulpverleners. Dat gebeurde binnen de instellingen door diversiteitsmanagers en medewerkers aan te stellen die deskundigheidsbevordering organiseerden en door de diversiteit binnen de organisatie te stimuleren. Dat gebeurde ook steeds meer in de ggz. Zo kwam er meer nadruk op competenties van behandelaren. Er werd meer accent gelegd op attitude, nieuwsgierigheid, openheid, en onbevooroordeeld zijn, en behandelaren moeten veel contacten hebben en veel oefenen. Maar de migrantenpopulatie werd steeds omvangrijker en diverser en ook de beter geschoolde hulpverleners bleken nog niet voldoende in staat om de afstand te verkleinen. In de jaren negentig ging het daarom steeds meer om veranderingen van de organisatie van de zorg, onder andere door meer diversiteit in personeel. De jaren tachtig en negentig waren dus een bloeiende periode wat betreft interculturalisatie in de ggz. Er werd toen geïnvesteerd in onderzoek en in organisaties die zo werkten. Er was aandacht voor het thema en er waren professionals met kennis van zaken hierover.

In de jaren negentig ontstonden zogenoemde 'migrantenteams'. Dit zijn migrantspecifieke voorzieningen binnen de generieke ggz-instellingen, zoals bijvoorbeeld de afdeling transculturele psychiatrie bij het Riagg Rijnmond. Deze afdeling wordt vaak genoemd als vooruitstrevende ggz-

afdeling in Rotterdam waar veel kennis en kunde aanwezig was en waar cliënten goed werden geholpen. Riagg Rijnmond ging failliet midden jaren negentig. Het faillissement van Riagg Rijnmond wordt door verschillende respondenten genoemd als een terugslag voor cultuursensitieve mogelijkheden binnen de ggz in Rotterdam waarbij veel kennis en vernieuwingskracht verloren is gegaan. Met name de effecten voor cliënten waren groot, mensen die voorheen goed geholpen waren, keerden terug in een instabiele toestand en verloren de regie over hun herstel.

Tot 2004 moesten cliënten met een migratieachtergrond door generieke instellingen geholpen kunnen worden, zo was het idee, ook binnen de politiek en om die reden werd dit ook gefinancierd vanuit de overheid. Maar dat veranderde na 2004 toen er een ander uitgangspunt werd genomen door de kabinetten van Balkenende en onder invloed van de Lijst Pim Fortuyn. De overheid was niet langer meer verantwoordelijk voor het financieren van interculturalisatie van de zorg. De verantwoordelijkheid om de stap te zetten naar de zorg werd gezien als een taak van de cliënten met een migratieachtergrond zelf (Van Dijk, 2013). Zij moesten zich de Nederlandse taal eigen maken en zich aanpassen aan de Nederlandse context zonder een investering van de overheid.

Meerdere organisaties en kenniscentra binnen de interculturele ggz verloren hun overheidssubsidie. Diversiteitsmanagers verdwenen en de kosteloze tolkdiensten werden afgebouwd. Door deze beleidswijziging vloeien mensen met expertise en hun kennis weg. De gevolgen hiervan zijn groot, er ontstaan weer hogere gezondheidsachterstanden onder migranten en toegankelijkheid van de ggz voor migranten wordt minder. Vanuit een neoliberale visie geeft de overheid meer ruimte voor marktwerking in de zorg: 'Sinds de introductie van de gereguleerde marktwerking in de GGz in 2008, zijn er cultuurspecifieke organisaties of units binnen organisaties opgericht (..) Kenmerkend was het grote aantal zorgverleners met een migratieachtergrond binnen deze organisaties' (KIS, 2020). Sommigen van deze categorale ggz-instellingen afficheren zich nadrukkelijk als zorg vóór allochtonen, dóór allochtonen.

Wat opvalt in deze historische beschrijving van cultuursensitief werken is dat sociaal-politieke en economische tendensen ten grondslag lagen aan de veranderingen in de cultuursensitieve zorg in brede zin en in de ggz specifiek. In veel interviews komt dit terug en worden politieke en maatschappelijke ontwikkelingen genoemd als reden waarom cultuursensitief werken ondanks zijn lange bestaansgeschiedenis nog niet is geïntrigeerd in de ggz. Daarom zullen deze verklaringen verder worden besproken in de sectie resultaten op macroniveau (4.2).

4. Resultaten I

4.1 Microniveau: handvatten voor professionals

Dit hoofdstuk richt zich op de individuele behandelaar en de mogelijkheden die een professional heeft om cultuursensitief te werken. Het legt de verantwoordelijkheid bij hen die in direct contact staan met cliënten. Het gaat over competenties en kennis die (voor een deel) aan te leren zijn en die concrete handvatten vormen zoals het spreken van een taal, beschikbare handboeken en handleidingen met cultuursensitieve werkwijzen en trainingen die professionals kunnen volgen. Wanneer wij vragen naar de beschikbare handvatten en *best practices* voor professionals in de ggz die hen helpen cultuursensitief te werken wordt verwezen naar verschillende hulpmiddelen. In deze sectie worden de belangrijkste en meest genoemde handvatten op een rijtje gezet.

De Generieke Module Diversiteit

Het eerste en meest belangrijke handvat is de Generieke Module Diversiteit.² In 2019 hebben zorginstellingen, cliëntenorganisaties en zorgverzekeraars voor het eerst in een kwaliteitsstandaard, de Generieke Module Diversiteit, vastgelegd wat voor een cultureel diverse cliëntenpopulatie goede ggz is, welke culturele competenties van belang zijn op het niveau van hulpverlener, interventies en organisatie van de zorg. De module geeft tips en adviezen, een overzicht van geschikte instrumenten en behandelvormen waarmee culturele en organisatorische competenties kunnen worden verbeterd en het geeft een overzicht van aansluitende en cultureel gevalideerde diagnostische instrumenten en behandelvormen. Oftewel, het vormt een samenvatting en verzamelpunt van de beschikbare kennis. En daarvan zijn ook weer samenvattingen beschikbaar en werkkaarten die professionals heel concreet inzetten tijdens hun werk.³ De Generieke Module wordt in bijna alle interviews benoemd door de professionals als het belangrijkste handvat en verzamelpunt voor kennis en kunde over cultuursensitief werken.

Een van de instrumenten uit de Generieke Module Diversiteit is het Cultural Formulation Interview, dat ook vaak benoemd wordt tijdens de interviews. Het is een basisvragenlijst die gebruikt kan worden tijdens de intake van een nieuwe cliënt en is geschikt voor alle cliënten in zowel ambulante als klinische zorg. Het bestaat uit zestien vragen die een professional kan gebruiken om informatie te krijgen over de manier waarop cultuur doorwerkt op essentiële aspecten van het klinische beeld dat een betrokkene presenteert en op de hulpverlening aan diegene. De bedoeling van dit interview is om de aanmeldingsklacht te beschrijven zoals hulpverleners gewend zijn, namelijk via het beloop van klachten en biografie, maar zich ook te verdiepen in de culturele identiteit van de cliënt: 'Wat het CFI wil doen, is eerst de cliënt laten vertellen wat er aan de hand is en dat we kijken wat hij/zij en de omgeving vindt wat er speelt.' (medisch antropoloog / adviseur diversiteitsmanagement). Hierbij komen het integratieproces aan bod, maar ook de gebruikte talen, hoe klachten binnen hun eigen

² De Generieke Module is te vinden op de website GGZ standaarden: [1. Introductie - Diversiteit | GGZ Standaarden](#). Een ander belangrijk, maar wat minder recent, normstellend rapport van het Trimbos-instituut in samenwerking met Nederlands Centrum Buitenlanders in opdracht van GGZ Nederland komt uit 2004. Het betreft een intercultureel referentiekader voor de geestelijke gezondheidszorg. Het kader is bedoeld als uitgangspunt voor intercultureel kwaliteitsbeleid, gebaseerd op projecten, onderzoek, good practices en theorie over interculturele geestelijke gezondheidszorg: R. Boomstra (Ti) & M. Hoogsteder (NCB), *INTERCULTURELE KWALITEIT IN DE GGZ: een kwestie van helder beleid en consequente uitvoering*, April 2004.

³ Zie hier de samenvattingskaart: [d2fc17e31057281d21cc1aaccad6306b.pdf \(ggzstandaarden.nl\)](#) en de beschikbare werkkaarten: [9. Achtergronddocumenten - Diversiteit | GGZ Standaarden](#)

cultuur gezien worden en welke culturele factoren wel of niet bruikbaar zijn in de behandeling.⁴ Tijdens de interviews wordt het met name omschreven als een middel om vragen te stellen aan een cliënt en een open houding aan te nemen. Het moet niet gezien worden als een extra vragenlijst of protocol dat je moet invullen maar als een manier om je gedachten vorm te geven en een handvat om vragen te stellen aan een cliënt. Het leert een behandelaar om rekening te houden met waar iemand vandaan komt, en helpt de route naar een eerste gesprek te plannen: 'Het gaat als het ware om "culturele empathie", gevoelig worden voor wat allemaal belangrijk is voor die cliënt in die setting' (psychotherapeute). Variaties van het cultureel interview zijn ontwikkeld voor eerstelijnsgezondheidszorg en voor maatschappelijke opvang.

Het belang van taal

Taal is een ander aspect dat vaak terugkomt in de interviews als handvat om dichterbij een cliënt te komen. De suggesties en handvatten die genoemd worden, naast een aanbod van anderstalige professionals, zijn: de beschikbaarheid van tolken, het aanbieden van informatie of intakeformulieren in verschillende talen en voorlichting in eigen taal over wat de ggz doet en kan betekenen is belangrijk, om zo de drempel die mensen met een migratieachtergrond kunnen ervaren te verlagen.

Bij een enkele cliëntengroep wordt taal als zo essentieel genoemd dat het de enige manier is om binnen te komen. Met name bij oudere cliënten kan het zo zijn dat een verschillende taal of dialect genoeg kan zijn om wantrouwen te hebben tegen een professional. Dan zijn mensen heel moeilijk te bereiken. Het volgende voorbeeld over een wooncomplex voor hoogbejaarde Chinese bewoners beschrijft zo een situatie:

Het is heel frustrerend voor die mensen dat hetgeen dat ze nodig hebben, dat ze dat niet uit kunnen leggen terwijl ze heel afhankelijk zijn van de zorg die je komt leveren. Dus als je Chinees bent maar niet uit dezelfde streek komt en je begrijpt iemand niet, dan roept dat veel woede op, dat is heel zielig. Het zijn vaak mensen die beginnen te dementeren ook, en je weet dan dat je die zorg in eigen taal moet leveren, anders wordt iemand niet verzorgd of dan neemt iemand zijn medicatie niet in. - Manager cultuurspecifieke organisatie.

Een aantal van de geïnterviewden benadrukt het belang en de noodzakelijkheid van de beschikbaarheid van tolken. Er wordt aangegeven dat in de ggz tolken mondjesmaat terugkomen en dat er een gebrek is aan regelgeving en voorzieningen van tolken. Een systeemtherapeut benoemt dat de beschikbaarheid van tolken ook positief is voor de band tussen de behandelaar en cliënt:

Het is toch prettig als ze zien dat je als behandelaar je best doet om ze te kunnen helpen en te begrijpen en ze ook uitlegt, we hebben geen mensen die jouw taal spreken maar het zou kunnen helpen als we gebruik maken van de tolk. – Systeemtherapeut.

De beschikbaarheid van tolken is een goed alternatief als er geen behandelaar is die dezelfde taal spreekt. De beschikbaarheid van tolken laat aan de cliënt zien dat er oog is voor het taalverschil. Zonder dit alternatief kan een cliënt of geen behandeling krijgen of zelf iemand meenemen, zo komt het voor

⁴ [3b14df31ed26eda33ff6e0b7ca9bd2db.pdf \(ggzstandaarden.nl\)](https://www.ggzstandaarden.nl/3b14df31ed26eda33ff6e0b7ca9bd2db.pdf)

dat kinderen moeten tolken bij de privéproblemen van hun ouders en dat kan weer beschadigend werken voor de kinderen.

Het maken van een vertaalslag en betrekken van mantelzorgers

Verschillende cultuursensitieve werkwijzen worden als zeer effectief aangemerkt. Ten eerste wordt het maken van een vertaalslag tussen de professional en een cliënt aangemerkt als cruciaal. Een zorgmanager vertelt dat de maatschappelijk werkers die binnen haar cultuursensitieve organisatie werken, worden getraind om bepaalde gevoelige ziektebeelden, zoals bijvoorbeeld het horen van stemmen, op een andere manier uit te leggen aan de cliënt, zonder de termen te gebruiken die gevoelig liggen. Er wordt rekening gehouden met iemands religie en gezocht naar een vertaalslag. Daarbij verandert de diagnose of het behandelplan niet, maar wordt een manier van communicatie gezocht waarbij de cliënt niet het vertrouwen in de hulpverlener verliest. Een tweede cultuursensitieve werkwijze die veel oplevert en die regelmatig wordt benoemd is het betrekken van mantelzorgers en familieleden bij de behandeling. Juist ook als het gaat om het uitleggen van een ziektebeeld:

Omdat een ziektebeeld taboe is, willen mensen niet weten wat er met een familielid aan de hand is. Maar als je dat niet weet, dan wordt de juiste hulp ook niet gezocht omdat veel cliënten die beslissing niet meer zelf kunnen nemen. De mantelzorger kan dat wel, dus daar communiceren we dan mee. - Manager cultuurspecifieke organisatie.

Daarom zijn informatieavonden voor mantelzorgers van groot belang.

Trainingen en culturele (in)sensitiviteit binnen zorgopleidingen

Het gebrek aan een verplicht onderdeel cultuursensitief werken in het onderwijs wordt door verschillende respondenten benoemd als essentiële reden waarom cultuursensitief werken niet beter geïntegreerd is binnen de ggz. Niet alleen in de opleiding psychologie, maar ook sociaal werk of andere opleidingen: 'Ik schrik er eerlijk gezegd van, ik spreek veel studenten die daar dus niks van meekrijgen.' (organisatiedeskundige/antropoloog).

Om cultuursensitiviteit tot zijn recht te laten komen binnen zorgorganisaties en -instellingen, zou hier om te beginnen meer aandacht aan besteed moeten worden in het curriculum van zorgopleidingen (DWARS, 2014; Seeleman, 2014; GGZ Standaarden, 2020). De huidige leeromgevingen blijken nauwelijks ingericht te zijn op scholing in interculturele competenties. Interculturele vakken worden vaak gegeven als optionele module en worden daarmee enkel gevolgd als de student zelf geïnteresseerd is. Meerdere respondenten geven aan dat dit een vrijblijvende boodschap uitdraagt vanuit de opleidingen waarbij het lijkt alsof cultuursensitief werken niet een cruciaal onderdeel is van onze ggz, maar wordt gepresenteerd als een 'exotische uitstapje'. Een klinisch psycholoog benoemt dat er in haar opleiding hooguit drie dagen werden besteed aan cultuursensitief werken. Wanneer deze studenten na hun opleiding gaan werken in centrum van Rotterdam, lopen zij daar direct tegenaan: 'Afhankelijk van de universiteit waar je studeert wordt er een vak gegeven over cultuursensitief werken. Dat is minimaal, terwijl er eigenlijk een leerstoel voor zou moeten komen.' (kinder- en jeugd psycholoog). Een verplicht onderdeel in het curriculum zou culturele competenties goed kunnen ondervangen. Om willekeur te voorkomen zou deze verantwoordelijkheid niet bij

onderwijsinstellingen moeten liggen, maar zou er een landelijke richtlijn moeten zijn; aldus de bovengenoemde organisatiedeskundige.

Een ander belangrijk element voor het onderwijs is het trainen van docenten. Ook hiermee integreer je cultuursensitiviteit binnen opleidingen. Op die manier gaat het onderwijs in kwaliteit omhoog: 'Want je kunt studenten wel leren cultuur sensitief te werken maar als je een docent hebt die dan een rare opmerking maakt over mensen met een andere achtergrond dan heb je niets aan een paar studenten die geschoold zijn.' (psycholoog/onderzoekster). Een ander element is tentamenvragen kritisch onder de loep nemen en veranderen waar nodig. Vaak worden bijvoorbeeld professionals aangeduid als 'hij' en niet 'zij', laat staan 'hen'. Dit zijn allemaal aspecten die aangepakt kunnen worden en de startpositie bepalen van nieuwe professionals die de arbeidsmarkt betreden.

Daarnaast blijkt de geringe aandacht die wel besteed wordt aan sensitiviteit voor verschillen in onder meer godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergrond van cliënten, veelal generaliserend, essentialistisch of stereotyperend te zijn ingegeven (Leyerzapf, Klokgieters, Ghorashi, & Van Groenou, 2017), terwijl een geïndividualiseerd cultuurbegrip bij zorgprofessionals noodzakelijk is (KIS, 2020; Kortmann, 2020; Vilans, 2019). Door culturen als onveranderlijk en bepalend neer te zetten, verdwijnt de autonomie en de subjectiviteit van cliënten. Daarbij zorgen oppervlakkige besprekingen van culturele factoren en verschillen ervoor dat (toekomstige) zorg- en hulpverleners niet voldoende in staat zijn om op gepaste wijze te communiceren met cliënten met een migratieachtergrond. Dit bemoeilijkt het opbouwen van een vertrouwensband met deze cliënten en daarmee de effectiviteit en persoonsgerichtheid van de zorg.

Het gebrek aan intercultureel onderwijs komt niet door een gebrek aan kennis over hoe dit onderwijs te geven. Tijdens de interviews komt regelmatig naar voren dat er een veelvoud is aan trainingen. Ook voor professionals in de ggz zijn er vele modules beschikbaar. ARQ kenniscentrum Migratie en het landelijke expertisecentrum gezondheidsverschillen Pharos hebben bijvoorbeeld een mooi aanbod van verschillende trainingen voor verschillende doelgroepen professionals.⁵ Er is ook een verschil als je kijkt naar andere zorgopleidingen. Zo wordt aangegeven dat binnen de opleiding sociaal werk wel degelijk veel ruimte is voor cultuursensitief werken.

Andere relevante literatuur en handboeken voor professionals

Er is gedurende de hele ontwikkeling van interculturalisatie in de ggz altijd onderzoek gedaan en geschreven over het onderwerp. Zie voor een overzicht van belangrijke literatuur en handboeken bijlage 2. Er is ook een internationaal netwerk dat zich bezighoudt met transculturele psychiatrie, de zogeheten WACP.⁶ In de zomer van 2022 is er een congres in Rotterdam waar hulpverleners vanuit de hele wereld naartoe komen. Een dergelijk netwerk is een belangrijk onderdeel van kennisdeling en verspreiding.

⁵ Bijvoorbeeld de tweedaagse cursus Cultuursensitief behandelen voor GGZ professionals: <https://academy.arq.org/arq-academy-cursus/cultuursensitief-behandelen> of de workshop/nascholing voor huisartsen: <https://academy.arq.org/arq-academy-cursus/vroegsignalering-van-psychische-klachten-bij-vluchtelingen-mirror-v> Of zie hier een overzicht van trainingen van Pharos: [Training - Pharos](#).

⁶ www.wacp2022.org

5. Resultaten II

5.1 Mesoniveau: organisatorische aanpassingen

Naast de handvatten die benoemd zijn in de interviews waarvan professionals gebruik kunnen maken, komt duidelijk naar voren dat op organisatorisch niveau belangrijke aanpassingen zouden kunnen bijdragen aan de integratie van cultuursensitief werken binnen de gehele ggz. Meermaals komt naar voren, zoals ook veel andere studies al laten zien, dat cultuursensitief werken een hele brede insteek kent, waarbij dit verweven is door alle facetten van een organisatie. En daarbij komt een veelzijdig spectrum naar voren aan mogelijkheden en concrete voorbeelden. Bijvoorbeeld een inclusieve website waarop verschillende culturen en talen zichtbaar zijn, het uitdragen van een inclusieve houding op een werkvloer zoals de erkenning van verschillende feestdagen naast de christelijke feestdagen en het aanbod van consumpties aanpassen tijdens sociale werkbijeenkomsten (bijvoorbeeld van alcohol en bitterballen naar van non-alcoholische drankjes en vegetarische snacks). De aspecten die het meest terugkomen tijdens de interviews en als het meest cruciaal worden gezien, worden hieronder uiteengezet.

Divers personeelsbestand

Het gebrek aan divers personeel en behandelteams wordt het meest genoemd tijdens de interviews. Dat geldt voor personeel op alle niveaus, dus binnen behandelteams maar ook zeker binnen de directie en het management. Binnen alle lagen van de organisatie zouden mensen met een diverse achtergrond bijdragen aan een cultuursensitieve werkwijze:

Als je een afdeling echt cultuursensitief wil maken, dan moet het management op alle mogelijke levels erachter staan en dat doorzetten. En niet alleen het management op de vloer. Maar tot en met de directie, tot en met de verzekeraars, tot en met de gemeente, overall moet ruimte worden gecreëerd (..) het is een politiek en cultureel verschijnsel om geestelijke gezondheidszorg los te zien van lichamelijke gezondheid en van maatschappelijke gezondheid. Dit is niet op te knippen. - kinder- en jeugdpsycholoog

In meerdere interviews wordt aangegeven hoe en waarom cultuursensitief werken beter mogelijk is bij organisaties in Rotterdam die over een divers personeelsbestand beschikken. Meerdere behandelaren van kleur geven aan dat zij er expliciet voor gekozen hebben om van een grote 'witte' instelling naar een kleinere organisatie over te stappen omdat zij een diverser personeelsbestand hadden. Een manager bij een cultuurspecifieke zorgorganisatie geeft aan dat: 'Ons team is net zo divers als de Rotterdamse bevolking. Met name de vijf grootste migrantengroepen zijn hierin vertegenwoordigd: Marokkaanse, Turkse, Chinese, Kaapverdische en Surinaams-Hindoestaanse professionals.' Herkenbaarheid en aansluiting zijn elementen die vaak genoemd worden binnen diverse teams in deze kleinschalige ggz-instellingen:

Ik merk dat ik mij als behandelaar thuis voel in het team waar ik werk, dat betekent cultuursensitief werken ook. Die aansluiting voelen, herkenbaarheid, je kunnen relateren aan de ander, je eigen taal spreken, het kunnen hebben over wat religie nou eigenlijk inhoudt, een niet oordelende houding en je eigen referentiekader kunnen loslaten. – GZ-psycholoog

Het ongemak om als enige professional van kleur in een witte omgeving te werken komt ook meermaals terug:

Je hoort echt dingen in je werkomgeving waarvan je denkt: dit kan toch niet meer gezegd worden in deze maatschappij. Ook al zijn je collega's hartstikke aardige en hoogopgeleide mensen, er worden racistische opmerkingen gemaakt en iedereen lacht mee. Als iedereen wit is, dan vinden mensen dit ook normaal, terwijl als buitenstaander ervaar je dat anders. - psycholoog/onderzoekster.

Een persoonlijk begeleider zegt:

Ik zat in een team en ik was de enige met een andere achtergrond. Dus continu heb je het gevoel jezelf te moeten aanpassen, of bang te zijn om iets verkeerd te zeggen, omdat het cliëntenbestand wel heel divers was. En als jij dan in een overleg zit, en er zijn dan collega's die een oordeel hebben over een bepaalde culturele achtergrond of de opvoeding of de normen en waarden van de ander, dan ga jij je als andere collega heel erg bezwaard voelen. Je gaat op eieren lopen.

De veiligheid op de werkvloer en de mogelijkheid tot reflectie binnen een divers team worden genoemd als cruciale randvoorwaarden om cultuursensitief te werk te gaan. Bij de grotere ggz-instellingen heerst de angst om discriminatie en vooroordelen aan te kaarten in met name 'witte' teams terwijl bij de kleinere organisaties waar verschillende professionals werken vanuit allerlei migratieachtergronden dit makkelijker bespreekbaar is. Het creëert volgens respondenten een veilige werkcultuur om met elkaar te reflecteren op verschillen tussen cliënten en de relatie die iemands cultuur heeft met de psychische kwetsbaarheid waar hij of zij mee kampt. Daarbij wordt aangegeven dat het bespreken van culturele thema's in zo'n veilige omgeving eerder leidt tot passende oplossingen die vaak net anders zijn dan de standaard manier van werken. Onderlinge reflectie over cultuursensitieve thema's creëert dus deskundigheidsbevordering: 'Het is heel belangrijk dat je elkaar feedback geeft, dat je er met collega's over doorpraat, en dat je genoeg ruimte en tijd hebt voor intervisie en dat je daarin eerlijk bent.' (GZ-psycholoog). Reflectie zorgt ervoor dat je je eigen vooroordelen en aannames blijft toetsen. Ook wordt door verschillende respondenten aangegeven hoe het hebben van een andere culturele achtergrond dan de gevestigde cultuur een voordeel kan zijn voor een cultuursensitieve werkwijze: 'Wij weten hoe het is om buitengesloten te worden, wij weten hoe het is om anders behandeld te worden, dus op dat vlak hebben we iets gemeenschappelijks, we matchen daarin.' (persoonlijk begeleider)

Daarnaast wordt aangegeven dat professionals in een divers team veel van elkaar leren. Een persoonlijk begeleider binnen een kleinschalige ggz-organisatie verwoordt deze veilige ruimte van het diverse team waarin ze werkt:

Er wordt veel tijd en geld vrijgemaakt voor zorgoverleg, intervisie en teambuilding. Zo waarborgen we met zijn allen de veiligheid, zodat iedereen zich vrij voelt om te praten en zich te ontwikkelen. Ik kan constant open zijn, me kwetsbaar opstellen, vertellen wat er op mijn hart ligt. Het is eigenlijk een soort familie. En we veroordelen elkaar niet. In het verleden zijn er wel

mensen geweest die de indruk wekten oordelend over te komen, en die mensen zijn er ook niet meer, die hebben het team verlaten, want dat past echt niet bij ons. - Persoonlijk begeleider

Het andere belangrijke punt dat naar voren komt is het vertrouwen in personeel en de groeimogelijkheden die daarbij komen kijken voor de professionals van kleur. Verschillende respondenten geven aan dat binnen kleinschalige ggz-instellingen er voor professionals uit minderheidsgroepen meer kansen zijn om te groeien. Een persoonlijk begeleider binnen een cultuursensitieve organisatie geeft aan dat ze niet alleen haar omscholing tot persoonlijk begeleider vergoed heeft gekregen van de organisatie, maar dat er nu nogmaals wordt geïnvesteerd om haar van het begeleidingsteam naar het behandelteam om te scholen. Het gaat om het creëren van kansen en de mogelijke financiële dekking die daarbij komt kijken. Een GZ-psycholoog geeft aan dat in andere culturen andere eigenschappen als competentie kunnen worden gezien omdat een bepaalde culturele socialisatie een professionele werkhouding kan beïnvloeden. Zij benoemt dat binnen de grotere ggz-instellingen met minder diverse teams bepaalde kwaliteiten gewaardeerd worden zoals initiatief tonen, mondig zijn en het voortouw nemen. Terwijl een meer observerende houding en juist vanuit de achtergrond opereren veel minder worden geapprecieerd, terwijl - zo zegt de GZ-psycholoog - juist daar veel kracht in kan zitten. Het zien van deze werkhouding als waarde is meer aanwezig in kleinere diverse ggz-instellingen met een divers team en dat creëert weer vertrouwen en kansen om door te groeien. Deze kansen om je te ontwikkelen en te scholen worden genoemd als heldere redenen om te kiezen voor een cultuursensitieve organisatie. Cultuursensitief werken is dus niet alleen voor de patiënten relevant, maar ook voor de professionals zelf.

Afdelingen personeelszaken kunnen daarom veel actiever beleid voeren op diversiteit dan nu gebeurt. Naast het aantal jaar ervaring en opleidingsniveau kunnen ook cultuursensitieve competenties een vereiste zijn voor nieuw personeel. Net als het beheersen van meerdere talen. Voor bestaand personeel die deze competenties nog niet bezitten kan bijscholing worden aangeboden: 'In multiculturele steden zou je eigenlijk willen dat zorgpersoneel, ongeacht of dat ggz is of andere zorg, deze cultuursensitieve competenties heeft.' (organisatiedeskundige/antropoloog).

Gemeentes kunnen op hun beurt aan de organisaties die zij contracteren via de WMO hele duidelijke eisen stellen met betrekking tot samenstelling van het personeelsbestand en hun cultuursensitieve werkwijze op een breder niveau. Op die manier moeten organisaties verantwoording afleggen voor hun cultuursensitieve personeelsbeleid. Hele concrete vereisten en vragen kunnen helpen om externe druk uit te oefenen. Op deze manier wordt het cultuursensitief werken minder afhankelijk van een aantal enthousiaste individuen maar onderdeel van een zorgstructuur. De gemeente zou kunnen vragen naar bijvoorbeeld de drop-outpercentages voor verschillende bevolkingsgroepen of naar het actief gevoerde beleid van instellingen om mensen met een migratieachtergrond een goede behandeling te geven. Zo kan gevraagd worden naar een cliëntenpopulatie en of deze overeenkomt met de populatie van een stad. Al dit soort vragen zullen ervoor zorgen dat organisaties die nog geen diversiteitsbeleid hebben, druk ervaren om dit te gaan maken. Hierbij kunnen de werkwijzen zoals omschreven in de Generieke Module of het intercultureel referentiekader uit 2004 (zoals beschreven op pagina 12) gebruikt worden als norm.

Categorale instellingen en etnisch matchen

In veel categorale instellingen probeert men om de professional te matchen aan een cliënt wat betreft taal en cultuur. Over het ontstaan van deze kleinschalige, categorale instellingen die dit 'etnisch matchen' toepassen bestaat een veelvoud aan meningen die duidelijk naar voren komen tijdens de interviews. In dit onderdeel komen deze verschillende meningen voorbij. Hieruit blijkt waarom het zowel geproblematiseerd wordt als benoemd als een positieve ontwikkeling voor individuen uit minderheidsgroepen in de zorg en voor professionals die in die zorg werken.

Er worden verschillende bezwaren aangedragen tegen het ontstaan van categorale instellingen en etnisch matchen waarbij de vraag wordt gesteld of categorale instellingen een kenmerk zijn van cultuursensitieve zorg of dat categorale instellingen migranten in een categorale bubbel houdt en zo interculturele afstand bestendigt (gericht op één bevolkingsgroep die anderen niet zien). Ook is het de vraag of het de kwaliteit van cultuursensitieve ggz bevordert. Het is vaak geen klinische zorg en als die wel nodig is dan komen deze migranten in de intercultureel incompetent klinieken terecht en verliest de samenleving per saldo kwaliteit van zorg. Door sommige respondenten wordt beargumenteerd dat goed aansluiten altijd van belang is, ook etnisch en qua taal, maar het verpakken in aparte migranten-ggz is geen oplossing voor *alle* migranten omdat je ze daarmee ook in een hokje duwt (essentialistisch).

Een psycholoog en onderzoekster benoemt expliciet de nadelen van etnisch matchen: 'Qua beleid is het soms ook wel lastig als je steeds Poolse cliënten steeds naar een Pools sprekende therapeut stuurt. Dat is geen inclusieve maatschappij. Alle Nederlanders linksaf en alles wat anders is moet dan naar de specifieke zorg.' Het wordt beschreven als iets wat integratie tegenwerkt op een hoger niveau. Verschillende professionals geven aan dat het niet bijdraagt aan het gevoel één maatschappij te zijn en segregatie in de hand werkt. Met name later in het migratieproces kan het ervoor zorgen dat de cliënt geremd wordt om zich verder in een nieuwe samenleving te begeven: 'Het werkt eerder segregatie in de hand, het geeft geen noodzaak om de taal te leren en 'zich aan te passen'. De context gaat zich namelijk aanpassen aan de cliënt en niet de cliënt aan de context.' (psycholoog)

Andere bezwaren die genoemd worden gaan erover dat etnisch matchen en categorale instellingen niet een vervanging moeten zijn van de ontwikkeling binnen grotere instellingen om cultuursensitief te werken, omdat je dan alsnog uitsluitend te werk gaat: 'Categorale instellingen zijn nog steeds geen groot bestanddeel van het aanbod en ze hebben een tegengesteld effect omdat de algemene voorzieningen het niet meer van belang achten daar zelf aan te gaan werken want er is al iets voor migranten.' (medisch antropoloog / adviseur diversiteitsmanagement).

Er wordt ook een praktisch probleem van etnisch matchen genoemd. In Rotterdam zijn 170 nationaliteiten en wordt een grote verscheidenheid aan talen gesproken. En tussen die nationaliteiten zitten ook weer allerlei verschillen. Om die allemaal te kunnen bedienen via etnisch matchen is onmogelijk. En niet alleen het aanbod van alle nationaliteiten is ontoereikend. Er zijn ook hele specialistische ggz-instellingen in Nederland die specifieke zorg aanbieden. Verschillende problemen vragen om specifieke behandelingen die op dit moment nog niet overal in de categorale instellingen gegeven kunnen worden. Zoals bijvoorbeeld behandelingen van complexe traumatiseringsproblematiek. Daarom is het belangrijk dat mensen wel op de juiste manier worden doorverwezen naar de plekken waar ze die specialistische hulp wel kunnen krijgen.

Op de vraag of etnisch matchen tussen behandelaren en cliënten noodzakelijk wordt geacht om cultuursensitief te werken wordt verschillend gereageerd door de professionals. Voor een groot deel is men ervan overtuigd dat cultuursensitief bestaat uit een open en nieuwsgierige houding van een behandelaar en dus meer te maken heeft met competenties:

Ik ben altijd in de overtuiging geweest dat interculturele zorg een kwestie is van competenties. En wat je in de geschiedenis vaak hebt gezien, dat er in mijn ogen een denkfout is gemaakt, namelijk dat interculturele competentie gelijk is gesteld met herkomst (...) De vraag is of een iemand met dezelfde migratieachtergrond voldoende competenties heeft om goede zorg te bieden, en omgekeerd kun je je afvragen, is het zo dat iemand die een Nederlandse herkomst heeft en de competenties wel heeft, geen interculturele zorg kan bieden. - Medisch antropoloog / adviseur diversiteitsmanagement

Deze houding zit verweven in de vraaggerichte en individuele aanpak die cultuursensitief werken nodig heeft. Als professional moet je hiervoor open staan en dus in staat zijn om je eigen culturele bril mee te nemen in de behandeling en het contact. Veel van deze kwaliteiten zijn te leren middels trainingen, inzichten en tools om je daarbij te helpen. Daarbij is een bepaalde empathie, bereidheid en zelfreflectie nodig. Aan de andere kant benoemen meerdere respondenten dat niet alle aspecten van een identiteit zijn aan te leren. Een professional kan zich inleven tot een bepaalde hoogte maar een volledig begrip van iemands cultuur is volgens hen onmogelijk:

Een deel kan je overdragen, en leren, maar de normen en waarden, de religie, de culturele aspecten, die kan je niet voelen. Ik kan niet het Marokkaanse in mij aan jou overdragen. Ik kan je vertellen hoe wij werken, welke methodieken we hebben hoe we overleggen, maar ik kan jou niet de Marokkaanse identiteit geven. - Zorgmanager categorale instelling

Professionals zijn dan niet alleen behandelaren, maar ook personen met een bepaalde culturele bagage die verder gaat dan alleen taal. Etnisch matchen moet volgens deze respondenten vooral beschikbaar zijn wanneer cliënten hierom vragen. Sommige cliënten hebben een voorkeur om behandeld te worden door een vrouw of iemand van een bepaalde religie en het is prettig als deze mogelijkheid bestaat. Daarbij benadrukken verschillende respondenten dat deze manier van werken ook strategisch is en op welke manieren dit bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. Het kan helpen om bepaalde doelen te bereiken. Zo noemt een persoonlijk begeleider een voorbeeld van wat zij zorg op maat noemt kan brengen:

Ik had een eens een cliënt en er was sprake van diefstal in een woning en daar hadden we hem over bevraagd. Dat deden we eerst in het Nederlands en hij speelde dom, alsof hij het niet snapte. Toevallig was daar een collega bij die Sranantongo spreekt en dan kan iemand er niet meer omheen en was het snel opgelost. Op sommige momenten wanneer je tegen een muur aanloopt kan etnisch matchen strategisch gewoon handig zijn. - Persoonlijke begeleider.

Een manager van een cultuurspecifieke zorgorganisatie benoemt het als volgt: 'op het moment dat iemand echt begrijpt waar je vandaan komt en niet constant culturele aspecten hoeft uit te leggen, dat maakt dat de hulpverlenersrelatie sneller op gang komt, waardoor cliënten ook makkelijker en veel vrijer zijn in het uiten van gevoelens en emoties.'

Een zorgmanager van een categorale instelling benoemt dat het een effect is van de vele cliënten die niet passen binnen de gestandaardiseerde manier van hulpverlening binnen de ggz: 'Wij zijn ontstaan door de vraag van migranten.' Een klinisch psycholoog en psychotherapeut verwoordt ook helder dat: 'het ontstaan van zulke categorale voorzieningen een symptoom is van een systeem, een zorgsysteem dat zo conservatief en niet buigzaam is, waardoor bepaalde doelgroepen niet goed behandeld worden binnen dat systeem.' Het is een veel gehoorde overtuiging onder de respondenten dat deze organisaties nodig zijn om de eerste stap te zetten en het vertrouwen te creëren voor cliënten die zich niet gehoord voelen binnen de generieke ggz-instellingen. Etnisch matchen kan aan het begin van een migratietraject helpen om zo de ontvangende samenleving beter te begrijpen, de hulpverlener kan als het ware de cultuur van de nieuwe context vertalen. Verder speelt bij etnische matching de taalbarrière niet langer. Veel respondenten benadrukken de winst van categorale instellingen om het gat te vullen van mensen die anders niet bij de zorg terecht komen. Het helpt om de drop-out te verminderen van cliënten die na een mismatch in de ggz helemaal niet meer terugkomen. Het is dus volgens het merendeel van de respondenten een positieve ontwikkeling die niet tegenover de ontwikkeling van betere cultuursensitieve praktijken in grotere ggz-instellingen staat, maar zich tegelijkertijd kan ontplooiën.

Oftewel, categorale instellingen zijn ontstaan vanuit een duidelijk gebrek aan cultuursensitieve zorg binnen de 'generieke' ggz en voorzien daarmee in een behoefte van een deel van de cliënten die zich elders niet goed behandeld voelen. Etnisch matchen kan het vertrouwen vergroten onder cliënten en daarmee de toegankelijkheid en effectiviteit van zorg vergroten. Maar dit zou alleen moeten gelden als de cliënt hier zelf om vraagt en kan daarmee geen oplossing zijn voor het grotere probleem. Grotere ggz-instellingen zijn niet ontslagen van hun verantwoordelijkheid om elke Rotterdammer te moeten kunnen helpen. Daarnaast kan het verdere segregatie in de hand werken en zorgen voor een essentialistische denkwijze die juist moeten worden bestreden in de cultuursensitieve zorg.

Preventiemaatregelen

Professionals geven aan dat er verschillende problemen zijn wat betreft de toegankelijkheid van de ggz. Omdat voor veel mensen met een migratieachtergrond de drempel hoog is om psychische hulp te vragen, krijgen zij te laat zorg. Dan is hun problematiek al zo ernstig dat er veel meer zorg nodig is dan initieel het geval was. Hierdoor zitten mensen veel langer in een zorgtraject en houden zij een plek 'bezet' voor een ander. Hetzelfde geldt voor cliënten uit een minderheidsgroep die in eerste instantie geen passende zorg krijgen. Om dit te voorkomen zou veel meer ingezet kunnen worden op preventiemaatregelen en tijdig signaleren. Preventie is het voorkomen van gezondheidsproblemen door van tevoren in te grijpen.

Preventiemaatregelen kunnen daarom efficiëntie vergroten en grootschalige behandeltrajecten, die veel geld kosten, in een later stadium voorkomen. De kern van dit soort preventiemaatregelen is dat je *outreaching* te werk gaat. Dat zou kunnen in de vorm van voorlichters in eigen taal en cultuur. Dat zijn professionals die de wijken ingaan om voorlichting te geven. Een systeemtherapeut gaf aan dat het van belang is om eigen netwerken van mensen met een migratieachtergrond te benaderen: 'Via contactpersonen die de gemeenschap kent. En als men gelovig is, kan je de imam of de moskee benaderen. Om voorlichting te geven, over de ggz en wat de ggz kan betekenen.' Deze respondent noemde ook dat je bij deze voorlichting ook cliënten uit de doelgroep mee kan nemen,

ervaringsdeskundigen die een fijne ervaring hebben met de ggz. Op deze manier kan mogelijke schaamte en het taboe rondom psychische problemen en de ggz verminderd worden. Hij wees ook op de mogelijke rol van sociale media, waar je filmpjes zou kunnen delen om zo voorlichting te geven, zowel in het Nederlands als in de eigen taal. Een andere route zou zijn via ouderschaps- of opvoedondersteuning omdat je dan goed kan zien wat er binnen een gezin allemaal speelt. Ook is de stap daarnaar minder groot dan de stap naar de ggz, terwijl je een hoop signalen kan opvangen in deze setting:

Ik denk dat het belangrijk is dat je de toegankelijkheid van de zorg kunt vergroten door het inzetten van sleutelpersonen, informanten, enzovoort. Je kunt voorlichters in eigen taal en cultuur inzetten als culturele bemiddelaars. Er is in België is een hele traditie van culturele intermediairs, ook goed onderzocht en wij in Nederland hebben daar weinig mee gedaan. Dat was een kostenpost en die viel snel buiten de begroting. Zij hebben een dubbelrol. Enerzijds naar de cliënt toe informatie geven over de gezondheidszorg en helpen te leren begrijpen hoe het systeem werkt, wat precies bedoeld wordt. Omgekeerd ook, de hulpverlener informeren over wat nou van belang is te weten over deze cliënt. - Medisch antropoloog / adviseur diversiteitsmanagement.

Pharos werkt al een tijd actief met Sleutelpersonen Gezondheid Migratie. Sleutelpersonen uit bijvoorbeeld de Marokkaanse, Turkse, Somalische en Vietnamese gemeenschap nemen verschillende rollen op zich: voorlichter, bemiddelaar, adviseur of verkenner. Sleutelpersonen werken samen met een (zorg-)professional, een welzijns- of migrantenzelforganisatie of met ambtenaren. De sleutelpersoon heeft daarmee een brugfunctie. Dit initiatief is succesvol en een snel groeiende preventiemaatregel die verschillende communicatieproblemen voorkomt.⁷

Sommige grootschalige ggz-instellingen hebben wel een preventietak alleen wordt hier nog niet veel op ingezet. De gemeente wordt ook genoemd als instantie die veel zou kunnen betekenen wat betreft preventiemaatregelen. Door preventie buiten de ggz-instellingen te houden en aan te bieden, is het aanbod toegankelijker. Op die manier wordt een mogelijke vervolgstap naar de ggz kleiner voor de mensen die het uiteindelijk wel nodig hebben. In een gids geschreven door Pharos en ARQ worden 28 van dit soort interventies beschreven voor vluchtelingen en statushouders.⁸ In deze gids staat ook een stappenplan over hoe deze interventies te kiezen en in te zetten. Een voorbeeld is het programma Mind Spring, voor en door vluchtelingen en asielzoekers. Het is een reeks van bijeenkomsten van 'peer educators' in samenwerking met ggz-trainers die een vertaalslag maken in taal en cultuur. Tijdens de bijeenkomsten ligt de aandacht bij vergroten van kennis en bewustwording van mogelijke psychische en psychiatrische klachten, copingvaardigheden en empowerment. Tegelijkertijd kunnen er signalen worden opgevangen van individuen die mogelijk ggz-hulp nodig hebben. De stap daarheen is na een dergelijke training minder groot.

Ook heeft Pharos een checklist zorg- en inkoopbeleid gemaakt ten behoeve van statushouders (WMO, jeugd en preventie). Hierin staan zeven concrete vragen waarmee men kan nagaan of de geboden zorg in de gemeente geschikt is voor statushouders en of deze groep voldoende wordt bereikt.⁹ Deze vragen komen overeen met de cultuursensitieve vragen die gemeentes aan zorginstellingen kunnen vragen

⁷ Zie: [Sleutelpersonen Gezondheid Migranten - Pharos](#)

⁸ Zie: [Pharos-preventieve-interventies-20211214.pdf](#)

⁹ Zie: [Checklist zorg-en inkoopbeleid tbv statushouders-wmo-jeugd en preventie-Pharos.pdf](#)

over hun personeelsbestand en diversiteitsbeleid. Vragen zoals in deze Pharos-checklist beschreven zijn dus breder toepasbaar dan enkel voor statushouders:

- Heeft uw organisatie een diversiteitsbeleid geformuleerd? Zo ja, hoe vertaalt deze zich in de praktijk (zoals kennis en ervaring medewerkers in bijvoorbeeld cultuursensitief werken, diversiteit personeelsbestand, aansluiten bij regionale bevolkingssamenstelling, etc.) en hoe wordt dit beleid gecommuniceerd?
- Heeft u zicht op de aantallen statushouders die u de afgelopen twee jaar heeft behandeld/begeleid? Is dit meer of minder dan u zou verwachten op basis van de aantallen statushouders in de gemeente of regio?
- Treft u specifieke maatregelen om de communicatie goed te laten verlopen?
 - A. Beschikt u over vastgelegd beleid of een stappenplan voor hulp aan anderstaligen?
 - B. Hoe vaak zijn het afgelopen jaar professionele tolken ingezet?
 - C. Reserveert u budget voor tolken?
 - D. Beschikt uw organisatie over telefoons geschikt voor telefonisch tolken?
 - E. Hoe vaak worden intermediairs, voorlichters in eigen taal en cultuur, sleutelfiguren etc. ingezet en weet u deze te vinden?
- Bevat uw werkwijze voor bereik en begeleiding/behandeling van statushouders de volgende elementen:
 - A. Mogelijkheden voor langere intake- en consultduur
 - B. Toegankelijkheid/geschiktheid van website en eHealth modules
 - C. Vertaalde folders of gerichte voorlichting
 - D. Samenwerking met organisaties van of voor statushouders, zoals zelforganisaties en cliënten- en familieorganisaties
- Is kennis en informatie over de doelgroep van statushouders beschikbaar voor uw medewerkers? Zo ja, via welk kanaal of op welke wijze (beroepsorganisatie, intranet, expertteam, speciale stafmedewerker, etc.)
- Beschikt uw organisatie over een scholingsplan ten aanzien van deskundigheidsbevordering in cultuursensitief werken of andere aspecten voor de begeleiding/behandeling van statushouders?

Er zijn veel preventieve maatregelen om mensen uit een minderheidsgroep beter te bereiken en er bestaat veel kennis over hoe deze toe te passen. Het feit dat ze momenteel weinig ingezet worden heeft volgens respondenten eerder te maken met financiering en het feit dat er voor preventie vaak geen apart budget is. Wat betreft preventie is in het verleden veel ontwikkeld, met name gericht op migrantenpopulaties, maar dit is in de ontwikkelingen in de financiering van zorg (onder andere komst Wmo) wegbezuinigd. Rotterdam heeft veel van dat soort initiatieven gekend en succesvol afgeschaft. Een voorbeeld uit het verleden is het project 'Apoio' dat zich richtte op de Kaapverdise gemeenschap, met inzet van ervaringsdeskundigen en laagdrempelige preventie. Bekeken zou kunnen worden welke werkzame elementen succesvol waren, om deze mogelijk weer toe te passen.

Een andere preventiemaatregel zou kunnen zijn om actiever te werken met cliëntenraden en cliëntenbelangenbehartigers. Tijdens een interview met een respondent die verschillende

lotgenotengroepen heeft begeleid en opgericht voor cliënten en familieleden met een migratieachtergrond, komt duidelijk naar voren welke preventieve functies dit soort instanties kunnen vervullen. Deze groepen functioneerden als een brug tussen migrantengroepen en de ggz. Door het grote bereik van een dergelijke lotgenotengroep en verschillende gemeenschappen werd er veel contact gelegd met familieleden van mensen die ggz nodig hadden maar nog geen zorg kregen. Echter, vaak zijn deze raden oververtegenwoordigd door cliënten van de meerderheidsgroep. Om deze raden inclusiever te maken, zou de gemeente ook daarin eisen kunnen stellen wat betreft diversiteit.

Als laatste wordt door de respondenten ook gesproken over een vertaalslag tussen beleid en praktijk en wordt er gewezen op beleidsmakers vanuit de gemeente en hun personeelsbestand. Omdat een cultuursensitieve werkwijze vaak draait om zaken die moeilijk te vertalen zijn naar beleid gezien het maatwerk dat het behoeft, zeggen verschillende respondenten dat meer ervaringsdeskundigheid gewenst is bij beleid maken. Het beleid zorgt er vaak voor dat zorgmedewerkers te maken krijgen met meetbaarheid van dingen die intrinsiek moeilijk meetbaar zijn: 'Ja, want de theorie, we leven in de theorie wereld, en het gaat over de praktijk. We hebben twee verschillende werelden. En de theorie wereld is zo belangrijk en daar gaat zoveel tijd in zitten, dat mijn klanten tekortkomen' (zorgcoördinator). Een suggestie die genoemd wordt in de interviews om deze afstand te verkleinen, is door zorgprofessionals te betrekken bij het maken van beleid. Dit kan door meer ervaringsdeskundigen aan te nemen en/of door hen actief erbij te betrekken. Zo benoemt dezelfde respondent het initiatief *Vraagwijzer* van de gemeente Rotterdam, een loket waar burgers langs kunnen voor informatie en advies over zorg, geld, wonen, vervoer of juridische zaken. Zij geeft aan dat veel van haar cliënten de drempel van dit loket te hoog vinden. Bijvoorbeeld door het hele simpele feit dat er beveiligers voor de deur staan, een reden voor iemand met een paranoïde geestelijke klacht om hier geen gebruik van te maken.

Fragmentatie en de behoefte aan samenwerking

Een ander aspect dat regelmatig naar voren komt is de behoefte aan betere samenwerking tussen cultuursensitieve organisaties. De vele ontwikkelingen in de loop der jaren op het gebied van cultuursensitief werken zijn gefragmenteerd. Door de projectmatige aanpak is de versnippering van kennis groot gebleven en van brede implementatie van verworven inzichten is weinig sprake geweest. De wens om meer samenwerking bestaat op allerlei vlakken; tussen cultuurspecifieke organisaties en specialistische ggz-instellingen, tussen zorginstellingen breder en tussen ggz-instellingen, maatschappelijk werkers, wijkteams en andere lokale instellingen die mensen begeleiden nadat ze zijn uitbehandeld: 'de instellingen, stichtingen en kleinschalige organisaties die cultuursensitieve hulpverlening leveren hebben weinig contact met elkaar, terwijl we elkaar veel zouden kunnen leren' (GZ-psycholoog). Een andere respondent noemt het een 'werkplaats' waar hoogwaardige interculturele zorg wordt geboden waar mensen naartoe worden verwezen:

Maar dan op een manier dat het niet wordt weggewezen, maar dat het terugkomt met ondersteuning naar de reguliere zorg en waar ook hulpverleners in het kader van opleiding of scholing als het ware een stage kunnen lopen, om het in praktijk te leren. - Medisch antropoloog/Adviseur diversiteitsmanagement

Het belang van samenwerken zou zowel helpen met de kwaliteit van (cultuursensitieve) zorg als met het bundelen van de kennis over cultuursensitief werken. Er is behoefte aan een plek die fungeert als

een platform voor kennisdeling en kennisbewaring en voor netwerkontwikkeling: ‘Hoe kunnen we elkaar vinden? Hoe kunnen we zorgen dat concurrentie concullega’s worden?’ (zorgcoördinator). De gemeente komt hierin ook naar voren als een speler die veel instellingen overkoepelt. Gemeentes kunnen hierin een faciliterende rol hebben.

De drempels aan de voordeur

Verschillende professionals geven aan dat er bureaucratische regels zijn die de stap naar zorg bemoeilijken voor cliënten. Een GZ-psycholoog vertelt dat deze bureaucratie bij niet-cultuursensitieve ggz-organisaties voor een hogere drempel zorgen. Dit gaat met name om aanmeldformulieren of de noodzaak om bij een inschrijving bepaalde documenten te downloaden, zoals bijvoorbeeld een huisartsenbrief. Vragenlijsten zijn werkbaar bij mensen die goed kunnen lezen en schrijven in het Nederlands en de kennis hebben om de vragen te begrijpen. Maar als je bijvoorbeeld de taal niet goed spreekt, laaggeletterd bent, niet goed bent met computers, geen internet hebt of als je de vragen die in dit soort vragenlijsten staan niet goed begrijpt wegens culturele verschillen, dan zorgen deze naast een barrière ook voor verkeerde behandelingen en diagnoses. Dit wordt in de literatuur beschreven als de eisen die medisch burgerschap aan mensen stelt, die migranten op achterstand zet. Een andere GZ-psycholoog legt uit hoe dit werkt:

Cliënten moeten steeds meer vragenlijsten invullen, dat is de laatste jaren ontzettend toegenomen. Deze vragenlijsten daar staan soms wel 50 vragen op die zijn gericht op een cliënt, welke kennis hij of zij heeft en wat voor behandeldoelen iemand heeft. Maar veel mensen weten dat niet, daarom komen ze naar de ggz. Als je uit een klein dorp in Afghanistan naar Nederland komt dan weet hij/zij niet wat behandeldoelen überhaupt zijn. – GZ-psycholoog

Daarnaast zijn vragenlijsten voor diagnostiek ook afhankelijk van bepaalde normgroepen. Die normgroepen bestaan vaak uit mensen met één bepaalde achtergrond, vaak uit Amerikaanse onderzoeken, en daar kan je moeilijk alle andere individuen uit minderheidsgroepen naast houden. Een psycholoog in de jeugd-ggz geeft aan dat er bijvoorbeeld bij de intake intelligentietesten worden gebruikt die tot veel misverstanden kunnen leiden: ‘Ik heb nog nooit meegemaakt dat ik een onderzoek van begin tot einde met een cliënt met een andere culture achtergrond kan afmaken, zoals het protocol nu bestaat, nog nooit.’ Daarna voegt ze toe dat dit toepasbaar is op bijna alle diagnostische handvatten die gebruikt worden, dus vragenlijsten, protocollen, testen en intelligentieonderzoeken: ‘In de hele psychologie zijn dit soort testen gericht op een bepaald mens, dat is de doelgroep en dat is *the white man of the white woman*. De validiteit wordt op deze doelgroep getest. Dat verandert wel langzaam maar zorgt vooralsnog voor een hoop problemen.’ Zoiets als een CFI, die al eerder besproken is onder sectie 3.2, kan een hulpmiddel zijn. Niet om deze normgroepen te veranderen maar wel om de intake van cliënten met een andere culturele achtergrond beter in te schatten. Daarnaast vergt het een flexibele houding van een professional om buiten de bestaande protocollen een juiste behandeling te vinden.

5.2 Macroniveau: structurele problemen en oplossingen

Sociaal-politieke veranderingen in de maatschappij

Als we nog verder uitzoomen worden er ook verschillende structurele randvoorwaarden gegeven voor de mogelijkheid tot cultuursensitief werken. In het historisch overzicht werd al duidelijk op welke

manier politieke veranderingen effect hadden op de ggz. Respondenten geven aan dat de verharding van de maatschappij ten opzichte van migratie, ook weerspiegelt in de ggz en van invloed is op de aandacht die er is voor cultuursensitieve zorg. Cultuursensitieve zorg kan daarom niet los gezien worden van maatschappelijke veranderingen.

De verharding van het maatschappelijk debat over aan migratie gerelateerde thema's creëert ook spanning in het publieke debat en angst om over cultuur te praten:

Ik denk dat mensen bang zijn om te kwetsen. Als je iemand voor je hebt die "gewoon" Nederlander is, maar waarvan je wel weet dat zijn of haar ouders uit Marokko komen, dan wil je ook juist niet stigmatiseren. Je wil dan niet zeggen: we moeten het over je cultuur hebben, want misschien speelt het geen rol. Er is angst om te stereotyperen en dat is ook ingewikkeld. En we weten ook dat bevolkingsgroepen te maken hebben met discriminatie, dus dat wil je als zorgverlener niet ook nog eens doen. – GZ-psycholoog

Politieke ontwikkelingen en keuzes hebben ook een effect op psychisch leed:

Een groot deel van de geestelijke problemen die ik zie hebben te maken met politieke beslissingen. Heel concreet: ik heb heel veel cliënten die in de stress zitten omdat ze moeten inburgeren en dat niet kunnen. Bijvoorbeeld omdat ze klachten hebben door trauma's. Dan kunnen ze niets leren omdat hun hoofd vol zit, en dat levert een hoop stress op. En dat soort politieke besluiten interfereren met je werk als behandelaar. Het is een politiek krachtenveld waarin we opereren.' (klinisch psycholoog en psychotherapeut)

Een andere respondent gaf ook aan de afgelopen tien jaar discussie rondom het concept cultuur te zien, waarbij cultuur taboe is geworden en het concept zelf onder druk staat als onderwerp van debat. Cultuur wordt in het maatschappelijk debat steeds meer gezien als een onderwerp waarover niet gepraat mag worden, en dat veel druk creëert, ook voor de ggz-behandelaar. Terwijl er noodzaak is om over racisme te praten, en de effecten ervan op geestelijke gezondheid. Tegelijkertijd worden ook de recentere ontwikkelingen als de moord op George Floyd, Black Lives Matter en #Metoo genoemd die een weerslag hebben op de ggz. Er is een parallel tussen deze ontwikkelingen en de aandacht die cultuursensitief werken heeft herwonnen binnen de ggz.

Marktwerking en 'standaardisering als doodsteek van cultuursensitief werken'

De neoliberale tijdsgeest maakt de ggz kwetsbaar. De marktwerking maakt bedrijfseconomische argumenten zoals meetbaarheid en calculeerbaarheid doorslaggevend. Zorginhoudelijk maakt dat ggz tot een fluide, vluchtige wereld die drijft op de luimen van de markt en gestuurd wordt door onderhandelingen over de verkoop van pakketten zorg. Niet de cliënt, maar de zorgverzekeraar lijkt de belangrijkste klant van de ggz te zijn. Toegankelijkheid van zorg is geen item voor zorgverzekeraars, tijdrovende migrantenzorg past slecht in het verdienmodel, en cliënten gaan niet naar het Malieveld. – Medisch antropoloog / adviseur diversiteitsmanagement

Dit is een breed gedeeld sentiment onder professionals. De doelen en belangen van gemeentes, zorgverzekeraars en andere instanties die lijken lijnrecht te liggen tegenover de sensitiviteit en de individuele aanpak die cultuursensitief werken nodig heeft. Cliënten die niet in de gestandaardiseerde manier van werken passen zijn 'moeilijke cliënten' die meer tijd en geld kosten. Dan moet je namelijk meer onderzoek doen om erachter te komen wat de oorzaak is van een probleem, en dat kost meer tijd. Oftewel, er is een financieel onderscheid tussen 'moeilijke' en 'makkelijke' cliënten. En mensen met een andere culturele achtergrond die kosten vaak meer tijd, juist omdat ze misschien niet direct begrepen worden:

Op het moment dat de zorg wordt gezien als een product en geld niet meer een middel is maar het doel, dan zal er weinig veranderen. De manier waarop de zorg is ingericht staat cultuursensitief werken in de weg omdat hulpverleners die werken met een diverse groep cliënten gebaat zijn bij meer kennis, training en consultatie. Dit vraagt meer tijd, en die tijd is schaars. - Klinisch psycholoog en psychotherapeut

De onderliggende economische belangen komen vaker terug in de interviews als een reden waarom cultuursensitief werken nooit echt goed tot zijn recht is gekomen: 'Je kan organisaties ook zien als bedrijven. Bedrijven moeten produceren. Wij als professionals produceren. En de productie-eenheid is face-to-face contact (...) het moet telkens meer en meer opleveren, expansief. Op die manier is het een industrie geworden.' (kinder- en jeugd psycholoog). Om een systeem efficiënt te laten werken helpt het om werkwijzen te standaardiseren, maar een psychotherapeut geeft aan:

Standaardisering is de doodsteek van cultuursensitieve zorg. Want bij cultuursensitieve zorg moet je juist heel erg speels, creatief en buigzaam zijn afhankelijk van jouw cliënt. En als jouw instelling forceert om op een uniforme manier te werken, dan kan het gewoon niet.

De omstandigheden en de infrastructuur die organisaties zoals zorgverzekeraars of zorgkantoren bieden, staan daarom cultuursensitief werken in de weg wanneer het draait om efficiënt en snel werken. Zo zijn lange behandelingen niet gewenst en wordt erop aangedrongen om behandelingen langer dan twee tot drie jaar af te ronden en willen zorgverzekeraars steeds meer zicht op wat behandelaren doen. Om dat te doen zijn professionals steeds meer tijd kwijt met registreren van hun werkzaamheden: 'Het nieuwe zorgprestatie-model is gericht op kort, efficiënt en doelgericht werken terwijl cultuursensitief werken draait om de tijd nemen om elkaar te leren kennen en een vertrouwensband opbouwen.' (GZ-psycholoog).

6. Conclusie en aanbevelingen

Dit onderzoek geeft een veelzijdig en dynamisch beeld van cultuursensitieve werkwijzen in de ggz. De cultuursensitieve ggz kent geen gulden standaard. Het is niet vanzelfsprekend om enkel 'good practices' aan te wijzen. Dat ligt in de aard van het concept cultuursensitief werken, omdat deze werkwijze juist benadrukt dat elke cliënt en elke situatie op maat bekeken moet worden. Desondanks is er in de afgelopen veertig jaar veel kennis ontwikkeld over cultuursensitief werken en hebben we een goed beeld over hoe dit het beste toegepast kan worden. Op basis van 20 interviews met professionals is in dit rapport een overzicht gegeven van deze geschiedenis, de bestaande kennis en de belangrijkste randvoorwaarden om cultuursensitief te werken.

Cultuursensitief werken gaat uit van een brede interpretatie van cultuur met veel verschillende karakteristieken zoals sociaaleconomische klasse, armoede, religie, gender en verschillende achtergronden:

Wat je dus moet loslaten is het groepsdenken, zo van je hebt een groep migranten die aparte zorg nodig hebben. Nee, je zult dat anders moeten definiëren. Je hebt een groep mensen die met een bepaald opleidingsniveau, met een bepaalde sociaaleconomische status, met een bepaalde geschiedenis, met een bepaalde cultuur, die buiten de boot valt en daar zul je je op moeten richten. En dat moet je niet reduceren tot herkomst. - Medisch antropoloog / Adviseur diversiteitsmanagement

Het vergt van een professional dus een individuele insteek waarbij zij, hij of hen zich bewust is van een eigen culturele 'programma'. Iedereen ervaart cultuur anders en het vermijden van vooroordelen over een bepaalde cultuur is belangrijk. De cultuursensitieve werkwijze is afhankelijk van de professionals die in de ggz werken (en niet alleen bij behandelaren, maar iedereen die mogelijk werkzaam is bij een zorginstelling: management, directie, ondersteunend personeel, begeleiders, et cetera) en van de omgeving waarin zij functioneren. De verantwoordelijkheid voor cultuursensitiviteit ligt niet alleen bij de professionals zelf, maar ook bij de organisaties waar zij werken (welke mogelijkheden hebben professionals en tegen welke structurele belemmeringen lopen zij aan).

Sinds het concept cultuursensitieve zorg ongeveer 40 jaar een rol begon te spelen in Nederland is al meermaals en op allerlei wijzen geprobeerd dit te integreren in de ggz. Het feit dat dit momenteel nog niet gelukt is, heeft gezorgd voor frustratie bij een hoop professionals. Dit was regelmatig voelbaar tijdens de interviews. Professionals waren soms verbitterd over het feit dat de vraag opnieuw wordt gesteld terwijl passende oplossingen allang bekend zijn. De respondenten gaven dat de overheid eerder al deze zorg kapot gemaakt heeft of voortdurend niets met de conclusies van eerder onderzoek heeft gedaan. Op deze manier wordt het vraagstuk over de schutting gegooid naar het werkveld en wordt de eigen verantwoordelijkheid als overheid van alle burgers van zich af geworpen en in wéér een onderzoeksvraag gestuurd richting professionals. Dit verbeeldt volgens de professionals het rondpompen van stilstand en toont de nodige frustratie vanuit het werkveld.

De volgende handvatten en randvoorwaarden werden door de respondenten benoemd als essentieel voor een succesvolle cultuursensitieve werkwijze:

1. Het belangrijkste handvat voor professionals is de **Generieke Module Diversiteit**. Dit is een kwaliteitsstandaard waarin is vastgelegd wat goede ggz is voor een cultureel diverse cliëntenpopulatie, welke culturele competenties van belang zijn op het niveau van hulpverlener, interventies en organisatie van de zorg. De module geeft tips en adviezen, een

overzicht van geschikte instrumenten en behandelvormen waarmee culturele en organisatorische competenties kunnen worden verbeterd en het geeft een overzicht van aansluitende en cultureel gevalideerde diagnostische instrumenten en behandelvormen. De Generieke Module is voor iedereen online beschikbaar.¹⁰

2. Het merendeel van de respondenten gaf aan dat een **opleiding** met aandacht voor cultuursensitief werken voor professionals van cruciaal belang is. Wanneer er meer en betere aandacht zou zijn voor dit thema binnen de verschillende ggz-opleidingen worden behandelaren vanaf het begin opgeleid om cultuursensitief te werken. Hierbij is het van belang dat een cultuursensitieve werkwijze niet langer een optioneel onderdeel van een studie is die studenten kunnen kiezen maar verplicht wordt in het lesaanbod. Op die manier is intercultureel werken niet meer afhankelijk van de interesse van een student maar structureel onderdeel van de competenties die ggz-professionals moeten bezitten. Hetzelfde geldt voor professionals die al werken in de ggz, voor hen bestaat een veelvoud aan trainingen en opleidingsmogelijkheden gedurende hun werk. Cultuursensitief werken zou een verplicht onderdeel moeten worden van hun bijscholing en cv.
3. Het volgende punt wat bij het overgrote deel van de respondenten werd benoemd als noodzakelijk is een **divers team aan professionals** binnen een zorginstelling. Dit bevordert op meerdere manieren cultuursensitief werken. Ten eerste creëert het een veilige werkomgeving om te praten over cultuurgerelateerde kwesties waarbij men van elkaar kan leren. Ten tweede bevraagt goede intervisie tussen mensen met verschillende achtergronden de gangbare manieren van werken en kunnen behandelaren leren van elkaars diverse culturele inzichten. Er is dan een veelvoud aan cultureel begrip en kennis en toont blinde vlekken die in een wit team niet aan de oppervlakte komen. Ten derde heeft een zorginstelling met een divers team een veelvoud aan talen en culturen ter beschikking voor cliënten die daar behoefte aan hebben. Net als bij het bovenstaande beschreven element opleiding, werd hier ook benoemd dat de optionele veranderingen plaats moeten maken voor heldere vereisten. Personeelsafdelingen van ggz-instellingen kunnen culturele competenties als een vereiste meenemen in hun werving van nieuw personeel. Maar ook financiers zoals zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeente kunnen dit meenemen door het te benoemen als voorwaarde voor hun (aan)besteding. Bij het contracteren van zorginstellingen kan men expliciet vragen naar bijvoorbeeld het gevoerde diversiteitsbeleid, het aandeel van personeel in dienst met deze culturele competenties, een cliëntenpopulatie (en of dat gelijkloopt aan het profiel van de stad) of naar het drop-outpercentage van cliënten met een cultureel minderheidsprofiel. Een divers personeelsbestand werd belangrijker geacht dan de noodzaak tot etnisch matchen. Wanneer een behandelteam een afspiegeling is van de samenleving waarin zij werkt dan kan etnisch matchen een optie zijn wanneer cliënten er specifiek naar vragen en het hun behandeling kan bevorderen.
4. Er kan veel gewonnen worden wanneer het aankomt op **preventiemaatregelen**. Preventiemaatregelen kunnen efficiëntie vergroten en grootschalige behandeltrajecten, die veel geld kosten in een later stadium, voorkomen. De kern van preventiemaatregelen is dat je

¹⁰ [1. Introductie - Diversiteit | GGZ Standaarden](#)

outreaching te werk gaat. Respondenten geven aan dat er een heel scala bestaat aan preventiemaatregelen die kunnen helpen. De belangrijkste die genoemd wordt zijn voorlichters in eigen taal en cultuur. Dat zijn individuen tussen professionals en cliënten in die wijken ingaan om voorlichting te geven. Vaak zijn dit mensen van eenzelfde gemeenschap als cliënten en die dezelfde taal spreken. Zoals het succesvolle programma Sleutelpersonen Gezondheid Migratie. Sleutelpersonen uit bijvoorbeeld de Marokkaanse, Turkse, Somalische en Vietnamese gemeenschap nemen verschillende rollen op zich: voorlichter, bemiddelaar, adviseur of verkenner van Pharos dat een brug laat tussen cliënten en behandelaren.¹¹ Of het Mind Spring-programma voor en door vluchtelingen en asielzoekers. Het is een reeks van bijeenkomsten van 'peer educators' in samenwerking met ggz-trainers die een vertaalslag maken in taal en cultuur. Tijdens de bijeenkomsten ligt de aandacht bij het vergroten van kennis en bewustwording van mogelijke psychische en psychiatrische klachten, copingvaardigheden en empowerment. Een andere genoemde preventiemaatregel die van groot belang zou kunnen zijn, is om actiever te werken met cliëntenraden, cliëntenbelangenbehartigers en ervaringsdeskundigen. De kennis die ligt bij cliënten wordt vooralsnog te weinig ingezet volgens respondenten.

5. De hang naar meer **samenwerking** op gebied van cultuursensitief werken was het vierde punt dat vaak genoemd werd door professionals. De ontwikkelingen op gebied van cultuursensitief werken zijn gefragmenteerd over verschillende organisaties en plekken. Door de projectmatige aanpak is de versnippering van kennis groot gebleven en van brede implementatie van verworven inzichten is weinig sprake geweest. Er is behoefte aan een plek die fungeert als een platform voor kennisdeling en kennisbewaring en voor netwerkontwikkeling. De rol van de gemeente komt hierin ook naar voren als een speler die veel instellingen overkoepelt. Gemeentes kunnen hierin een faciliterende rol hebben.
6. Een laatste belangrijke verklaring die continu wordt benoemd door professionals voor het uitblijven van een geïntegreerde cultuursensitieve ggz zijn **sociaal-politieke en economische tendensen** en veranderingen. Respondenten geven aan dat de verharding van het maatschappelijk debat ten opzichte van migratie, ook weerspiegelt in de ggz en van invloed is op de aandacht die er is voor cultuursensitieve zorg. Deze verharding creëert spanning en angst om over cultuur te praten. Daarnaast wordt **marktwerking** en standaardisering als doodsteek van cultuursensitief werken genoemd. De onderliggende economische belangen die de structuur van de ggz drijven, kwamen vaak terug in de interviews. De neoliberale tijdsgeest en de bijbehorende marktwerking maakt bedrijfseconomische argumenten zoals meetbaarheid en calculeerbaarheid, doorslaggevend. Terwijl een cultuursensitiviteit zorginhoudelijk juist moeilijk meetbaar is en gaat over individuele en flexibele werkwijzen in plaats van gestandaardiseerde.

Dit onderzoek is een duidelijke weergave van de denkbeelden van professionals uit de (met name) Rotterdamse ggz. Deze professionals zijn experts op gebied van cultuursensitieve werkwijzen en zij hebben daarmee een duidelijk beeld geschapen over de inzichten vanuit een professioneel perspectief. Wat mist is het perspectief van cliënten in de ggz. Het perspectief van cliënten in de

¹¹ Zie: [Sleutelpersonen Gezondheid Migranten - Pharos](#)

minderheidsgroepen in de ggz kunnen ons veel leren over de gang van zaken aan de ontvangende kant van zorg. De werving van deze respondenten vergt een grondige en meer geduldige aanpak. Maar het kan veel zeggen over hoe en waarom bepaalde groepen kwalitatief minder goede en gelijkwaardige zorg krijgen. Er ligt veel kennis bij ervaringsdeskundigheid en het zou een alternatief inzicht kunnen geven in de behoeften voor een inclusieve zorg.

Literatuur

- Beijers, H. (2020). Uitsluiting en discriminatie. In J. T. V. M. d. Jong & R. v. Dijk (Eds.), *Handboek voor culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 129-143). Amsterdam: Boom Uitgevers.
- CBS. (2021, 12 februari). *Hoeveel mensen met een migratieachtergrond wonen in Nederland?* Geraadpleegd op 15 maart 2021, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/dossier-asiel-migratie-en-integratie/hoeveel-mensen-met-een-migratieachtergrond-wonen-in-nederland-detail?id=2019Z20783&did=2019D43410>
- DWARS. (2014). *Eindverslag DWARS - kennisinfrastructuur diversiteit jeugdbeleid Rotterdam*. Geraadpleegd van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/gezondheidsbescherming/jeugd/programmas/project-detail/academische-werkplaatsen-jeugd/dwars-kennisinfrastructuur-diversiteit-jeugdbeleid-rotterdam/verslagen/>
- GGZ Standaarden. (2020). *Generieke module: Diversiteit*. Geraadpleegd van https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_40f4522c-83c8-447c-84c7-1f06a5635aea_diversiteit_authorized-at_27-09-2018.pdf
- IDEM. (2019). *Stadsbeeld integratie in Rotterdam*. Geraadpleegd van <https://idemrotterdam.nl/wp-content/uploads/2019/03/Stadsbeeld-integratie-maart-2019.pdf>
- Ikram, U. Z., Kunst, A.E., Lamkaddem, M., & Stronks, K. (2014). The disease burden across different ethnic groups in Amsterdam, the Netherlands, 2011-2030. *European Journal of Public Health, 24(4)*, 600-605.
- Kamerstukken. (2019). *Schriftelijke antwoorden op vragen gesteld tijdens de eerste termijn van de begrotingsbehandeling van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (35300-XVI) op 30 oktober 2019*. Geraadpleegd van https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/
- KIS. (2020). *Cultuursensitief zorgaanbod: Exclusief of inclusief?* Geraadpleegd van <https://www.kis.nl/sites/default/files/cultuursensitief-zorgaanbod.pdf>
- Knipscheer, J. W. (2020). Cultuursensitieve psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 46(1)*, 35-49.
- Kortmann, F. A. M. (2020). *Culturele competenties in de GGZ: Theorie en praktijk*. Assen: Van Gorcum.
- Leyerzapf, H., Klokieters, S., Ghorashi, H., & Van Groenou, M. B. (2017). *Kleurrijke zorg: Een verkennende literatuurstudie naar culturele en seksuele diversiteit in de langdurige ouderenzorg*. Geraadpleegd van https://fsw.vu.nl/nl/Images/Kleurrijke-zorg-rapport_tcm249-879552.pdf
- Maas, J. (2017). Hallo witte hulpverleners. *Zorg+ Welzijn, 23(10)*, 24-27.
- Pharos. (2021, 1 februari). *Missie en visie*. Geraadpleegd op 9 maart 2021, van <https://www.pharos.nl/over-pharos/missie-en-visie/>
- RVZ. (2000). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Geraadpleegd van <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2000/07/06/interculturalisatie-van-de-gezondheidszorg>
- Seeleman, M. C. (2014). *Cultural competence and diversity responsiveness: how to make a difference in healthcare?* Geraadpleegd van <https://dare.uva.nl/search?identificer=a3350387-853d-4e79-a97e-cec8eb1bc604>.
- Trimbos-instituut. (2009). *Drop-out onder allochtone GGZ-cliënten: Zicht op de onderliggende factoren en aanbevelingen om drop-out te verminderen*. Geraadpleegd van <https://www.pigmentzorg.be/sites/default/files/files/dropout.pdf>
- Van Herwaarden, A., Peters-Scheffer, N., & Rommes, E. (2020). Het perspectief van professionals op barrières voor cultuursensitieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. *NTZ, 46(2)*, 42-54.

Bijlage 1: hoofdtopics besproken tijdens de interviews

1. Kennismaking en introductie: opleiding, loopbaan en ervaring met cultuursensitief werken (werkzaamheden, taken, verantwoordelijkheden).
2. Cliëntenpopulatie van de behandelaar door te vragen naar een overzicht van de variatie of juist uniformiteit van cliënten en hun problematiek.
3. Cultuursensitief zorgaanbod bespreken door te vragen naar definitiebepaling, belangrijke aspecten van het bieden van cultuursensitieve zorg, de meerwaarde en mogelijke nadelen van het aanbieden van cultuursensitieve zorg, ontwikkelingen over tijd, verschillen tussen cultuursensitieve zorg en de 'reguliere' zorg en de toegankelijkheid van beide zorgvormen.
4. Werkzaamheden als ggz-professional & culturele (on)bekwaamheid: randvoorwaarden, best practices, initiatieven, instrumenten of mogelijkheden voor zorgprofessionals om effectieve cultureel competente zorg te kunnen bieden. Maar ook het bespreken van dilemma's in het proces van diagnostisering, grenzen aan cultuursensitief werken en specifiek vragen naar de rol van taal, tolken, trainingen, cultureel consultant, CFI en andere mogelijkheden.
5. Belangrijke toevoegingen van de respondent door open te vragen naar punten die belangrijk zijn voor het onderzoek, maar niet zijn bevraagd gedurende het interview.

Bijlage 2: belangrijke handboeken voor professionals

- * M. Vermaas, *Kennisbundel intercultureel vakmanschap in de zorg*, Vilans, Trimbos-instituut, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Calibris, 2014
- * R. van Dijk, R. Verboom & R. Borra. *Cultuur Psychodiagnostiek. Professioneel werken met psychodiagnostische instrumenten*. Bohn Stafleu van Loghum, 2016
- * R. Borra, R. van Dijk & H. Rohlof. *Cultuur Classificatie en diagnose*. Bohn Stafleu van Loghum, 2002
- * S. Ghane. *Inclusie voor instellingen in de geestelijke gezondheidszorg: een instrument voor zelfbeoordeling*. Den Haag: Parnassia Groep/ARQ Centrum 45, 2022.
- * *Kennisbundel Intercultureel vakmanschap in de zorg: aandacht voor diversiteit*. Vilans, Trimbos-instituut, V&VN, Calibris, 2014.
- * J. de Jong & R. van Dijk, *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie*, Boom 2020.
- * R. Van Dijk, H. Beijers & S. Groen. *Het culturele interview, in gesprek met de hulpvrager over cultuur en context. Deel 1 en deel 2*. Pharos, 2012
- * H. Beijers, P. Hagens & E. Minkenberg. *Identiteit: uitsluiten of verbinden, professionals bekennen kleur*. De Graaff, 2012
- * A. Dorgelo, A. Sbiti & A. Kamperman, Good practices in de ggz. Een handreiking voor succesvolle implementatie van interculturele good practices. Mikado, 2007