

SAMEN OF APART?

Geestelijke gezondheidszorg voor allochtonen

In Nederland tekent zich een duidelijke trend af naar segregatie in de zorg. Tijdens een Mikado-debat op 8 juni 2008 constateerde hoogleraar Ivan Wolffers dat er nu al sprake is van 'zwarte' en 'witte' ziekenhuizen. Hiermee is de discussie over de voor- en nadelen van categorale voorzieningen voor allochtonen weer heel actueel geworden. Deze discussie is al ruim dertig jaar aan de gang, niet alleen in Nederland maar ook in andere landen. Doorgaans luidt de conclusie dat geïntegreerde voorzieningen in bijna alle situaties de voorkeur verdienen. Vormt Nederland anno 2008 een uitzondering?

RONALD MAY, DAVID INGLEBY



Sommige nieuwe zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) lijken segregatie zelfs als uitgangspunt te nemen. Over de franchiseorganisatie PsyQ (die 'marktleider in Nederland wil zijn met een landelijke dekking'), vertelde een van haar medewerkers tijdens bovengenoemd debat: 'Personeel wordt niet bijgeschoold in intercultureel werken en mag daarin niet investeren.' Daartegenover streeft de organisatie i-psy ernaar om los van de reguliere zorg een landelijke keten van instellingen voor interculturele psychiatrie op te richten.

Categorale voorzieningen, of ze nu voor allochtonen, vrouwen of religieuze groeperingen worden opgericht, ontstaan altijd uit onvrede met het reguliere aanbod. Het is dan ook geen toeval dat organisaties zoals i-psy opkwamen na een periode waarin de interculturalisatie van de ggz een flinke dreun kreeg door het intrekken van de overheidssteun en de verharding van de publieke opinie tegenover allochtonen. Deze ontwikkeling is begrijpelijk, maar de eerste reactie op frustratie is niet altijd de beste. Er bestaat namelijk een groot gevaar dat de opkomst van aparte voorzieningen voor allochtonen – hoe goed deze ook mogen zijn – voor de andere zorgverleners aanleiding zal zijn om geen rekening meer te houden met diversiteit.

ANDERE PROBLEMEN, APARTE ZORG?

Een van de argumenten voor categorale voorzieningen is dat de beoogde doelgroep problemen zou hebben die gespecialiseerde deskundigheid vergen. Dit argument werd ook gehanteerd toen vluchtelingen in groten getale naar het Westen kwamen. De aanwezigheid van posttraumatische symptomen, als gevolg van marteling en andere gruwelijkheden die westerlingen in vredetijd nauwelijks meemaken, vond men een reden om vluchtelingen in gespecialiseerde instellingen te behandelen. Op een vergelijkbare manier betoogden verschillende auteurs dat 'migratiestress' of '*la condición migrante*' de hoofdoorzaak was van de klachten van allochtonen. Net als vluchtelingen met een posttraumatische stressstoornis (ptss), zouden allochtone migranten daarom een gespecialiseerde behandeling nodig hebben die reguliere instellingen niet kunnen bieden.

Deze redenering gaat mank op twee punten. Ten eerste is het juist niet teveel gevraagd van hulpverleners in de reguliere zorg dat ze migratiegebonden klachten leren herkennen en behandelen. Dat is voor ptss inmiddels ook gelukt. Voorwaarde is

Interculturalisatie heeft voor de meeste zorgmanagers in de afgelopen jaren helaas weinig prioriteit gehad

wel dat ze tijdens hun opleiding – of desnoods via bijscholing – de nodige kennis en vaardigheden hebben opgedaan. Ten tweede kampen veel allochtonen met algemene klachten die weinig te maken hebben met hun situatie als migrant. Net zoals er veel vluchtelingen zijn bij wie ptss niet het belangrijkste probleem is. Doorverwijzing van deze cliënten naar instellingen die zich vooral op migratieproblematiek richten, zal een gepaste behandeling eerder belemmeren dan bevorderen. En kun je na een kort intakegesprek überhaupt wel zeker weten dat je de ware aard van de problemen hebt doorgrond en de cliënt de juiste kant op hebt gestuurd?

VOOR EN DOOR MIGRANTEN

Het argument dat allochtonen unieke problemen hebben, wordt nu veel minder gebruikt dan voorheen. In plaats daarvan richt bijvoorbeeld de publiciteit voor i-psy zich op de relatie tussen hulpverlener en cliënt. 'Witte' hulpverleners zouden allochtone cliënten niet kunnen helpen, omdat taal en cultuur een te groot obstakel zijn en de tussenkomst van tolken de therapeutische relatie frustreert. Hierbij wordt verwezen naar de gebreken in de reguliere zorg voor allochtonen, die de interculturalisatiebeweging decennia lang aan de kaak heeft gesteld. In de nieuwe instellingen zal

alles heel anders gaan, zegt i-psy, want deze zorg is 'voor en door migranten'.

Een buitenlandse herkomst van de hulpverlener biedt echter geen garantie voor culturele competentie. Bovendien staat 'ethnic matching' (een Turkse dokter voor een Turkse patiënt) bij veel allochtonen niet op de wenslijst. Toegegeven, de leefwereld van veel zorgverleners is ver verwijderd van die van hun cliënten: dit kan de behandeling ernstig belemmeren. Maar zo'n kloof kan ook bestaan tussen allochtone hulpverleners en allochtone cliënten. Hetzelfde geldt voor taalverschillen. De publiciteit rond i-psy roept een absurd homogeen beeld van migranten op, alsof ze allemaal uit 'allochtonenland' komen, 'allochtonencultuur' hanteren en 'allochtonentaal' spreken.

In werkelijkheid zijn de verschillen tussen allochtonen onderling waarschijnlijk net zo groot als de verschillen met de autochtone bevolking. Zelfs binnen één etnische categorie kunnen opleidingsniveaus en oriëntaties fors uiteenlopen. Toen in 1972 het Overlegorgaan Medische Zorg Buitenlandse Werknemers van start ging, was de migrantenpopulatie veel kleiner en minder divers. In zijn eerste rapport pleitte het Overlegorgaan voor tolkenfaciliteiten, voorlichting en aparte zorgcentra, maar de overheid nam slechts de eerste twee aanbe-



FOTO: CYNTHIA BOLL/HH

velingen over. Mede vanwege 'de grote verscheidenheid naar land van herkomst' werd in 1976 een categorale benadering stellig afgewezen. Inmiddels is deze verscheidenheid toegenomen tot ruim 150 verschillende nationaliteiten.

INTERCULTUREEL GESCHOOLD

Dat hulpverleners meerdere talen spreken, kan een enorme pre zijn, maar er zullen altijd veel cliënten overblijven die in hun eigen taal niet geholpen kunnen worden. Alleen als een categorale instelling zich tot duidelijk afgebakende groepen beperkt, en de rest tussen wal en schip laat vallen, kan zorg 'voor en door migranten' de aansluiting verbeteren. Waarom zouden we immers veronderstellen dat een Chinese of Roemeense cliënt beter door een Turkse therapeut geholpen kan worden dan door een Nederlandse? Wanneer overigens een speciale voorziening voor een bepaalde groep cliënten *binnen een reguliere instelling* wordt opgericht (zoals bij Altrecht Noagg is aangehaakt voor Turkse en Marokkaanse cliënten die de weg naar de ggz moeilijk vinden), hoeft dat niet ten koste te gaan van andere allochtone groepen. Het management kan er dan voor zorgen dat deze cliënten behandeld worden door intercultureel geschoold personeel elders in de instelling.

Als de nieuwe categorale instellingen hun cliënten beter helpen, zal dat niet liggen aan de herkomst van hun medewerkers, maar aan de bereidheid van de instellingen om allochtone cliënten zich thuis te laten voelen, evenals aan de interculturele kennis en vaardigheden die ze in huis hebben (inclusief aangepaste methodieken, richtlijnen en protocollen). Natuurlijk is het mogelijk dat een dergelijke instelling aan bepaalde allochtone cliënten betere zorg kan bieden dan de gemiddelde reguliere instelling. Ondanks het feit dat er een groeiend aantal 'witte' hulpverleners is, dat zich dagelijks effectief inzet voor de allochtone cliënten, heeft interculturele kennis voor de meeste zorgmanagers in de afgelopen jaren helaas weinig prioriteit gehad.

We zouden deze categorale instellingen dan kunnen vergelijken met de 'migrant-friendly hospitals', verspreid over 12 Europese landen, die zich als 'centres of excellence' in de interculturele zorgverlening profileren. Er is echter één groot verschil: deze ziekenhuizen zijn niet speciaal bedoeld als 'veilige havens' voor migranten

◀ De JellinekMentrum kliniek in Amsterdam houdt zich onder meer bezig met de geestelijke problemen van Chinezen in Nederland. Maatschappelijk werkster Pui Fan Yip met twee van haar cliënten.

en etnische minderheden. Ze hebben bij uitstek een voorbeeldfunctie, om aan de rest van de reguliere zorg te laten zien hoe je respect voor diversiteit bij *alle* cliënten in praktijk kunt brengen.

EEN NOODOPLOSSING?

Maar, zullen de voorstanders van de nieuwe initiatieven zeggen, zijn dit niet al te idealistische overwegingen? In Nederland is er de laatste jaren inderdaad weinig vooruitgang geboekt in de interculturele instelling van de gezondheidszorg. Terwijl de overheden van Groot-Brittannië, Ierland, Duitsland, Zweden, Spanje en Portugal sinds 2000 vergaande maatregelen hebben genomen om de aandacht voor diversiteit in de zorg te versterken, schafte minister Hoogervorst in 2003 het interculturele beleid van zijn voorganger Els Borst zomaar af. Sindsdien durft er in dit land bijna geen politicus zijn of haar nek uit te steken om de zaak weer in beweging te krijgen. Misschien is er dan inderdaad sprake van een noodsituatie, die tot minder ideale oplossingen noopt.

Toch schuilen er grote gevaren in het oprichten van nieuwe categorale instellingen naast de bestaande zorgaanbieders. Deze ontwikkeling kan de interculturele instelling van de reguliere zorg op den duur de das omdoen. De kans bestaat dat de komst van

Er schuilen grote gevaren in het oprichten van nieuwe categorale instellingen

categorale instellingen eerder aanleiding zal zijn voor de reguliere zorgverleners om hun pogingen tot interculturele instelling helemaal te staken, dan om ze te intensiveren.

In principe zou het ook anders kunnen uitpakken. In de Verenigde Staten wedijveren zorginstellingen met elkaar om hun 'cultural competence' en 'commitment to diversity', omdat ze bang zijn om cliënten uit etnische minderheden te verliezen. Op dezelfde manier zou de komst van organisaties als i-psy andere instellingen kunnen prikkelen om hun marktaandeel in de migrantenzorg terug te winnen. Helaas gaat dit niet gebeuren, want de Nederlandse context verschilt wezenlijk van de Amerikaanse. Ten eerste vormen de minderheden in de vs momenteel 34 procent van de totale bevolking, terwijl het aandeel allochtonen in Nederland slechts 20 procent bedraagt (waarvan negen procent van 'westerse' afkomst). Het gaat in Nederland dus om veel minder mensen. Raakt een instelling deze 'markt' kwijt, dan zijn de consequenties veel minder ernstig. Ten tweede zijn er

voor een zorginstelling sowieso weinig consequenties, want de marktwerking is in Nederland veel minder ver doorgevoerd dan in de vs. Onze managers liggen niet wakker van een tekort aan cliënten – integendeel, het zijn eerder de wachtlijsten die hun nachtrust verstoren. Velen zullen blij zijn dat ze deze 'lastige' cliënten naar categorale instellingen kunnen doorsluizen. Allochtone cliënten zullen dan routinematig naar hun 'eigen' portaal worden verwezen, terwijl stafleden met belangstelling en talent voor interculturele hulpverlening naar de nieuwe instellingen overstappen – een ontwikkeling die nu al aan de gang is. *Slegs vir blankes* zal dan werkelijkheid worden in de reguliere Nederlandse zorg.

NIEUWE IMPULS

Ironisch genoeg zou de huidige politiek zich nog feller tegen deze nieuwe vorm van apartheid moeten verzetten dan die van 1976, toen het veel minder erg werd gevonden om allochtonen in aparte reservaten te laten leven. Onder minister Hoogervorst – lid van het vorige kabinet, dat allochtonen wilde dwingen hun aparte identiteit helemaal op te geven – werd gedeeltelijke marktwerking in de zorg doorgevoerd en de steun voor interculturele instellingen ingetrokken. Deze maatregelen hebben een tendens naar segregatie op gang gebracht.

Het is te hopen dat de huidige regering zich op tijd realiseert dat deze tendens haaks staat op al haar pogingen om allochtonen volwaardig te laten deelnemen aan de Nederlandse samenleving. Ook de zorgverzekeraars moeten bij hun keuzes rekening houden met de gevolgen voor alle zorggebruikers, niet slechts voor één groep. De juiste weg is om van *alle* zorgaanbieders in de ggz te eisen dat ze gepaste en effectieve zorg bieden aan cliënten uit alle maatschappelijke groepen. Zo niet, dan maken ze zich schuldig aan discriminatie, staan ze integratie in de weg en maken ze de tweedeling in de samenleving nog groter. Daarom moet de overheid in allerijl een krachtige nieuwe impuls geven aan de interculturele instelling van de gezondheidszorg.

Ronald May is coördinator intercultureel management bij Altrecht, geestelijke gezondheidszorg Utrecht. David Ingleby is hoogleraar Interculturele psychologie aan de Universiteit Utrecht.