



VIJFENTWINTIG JAAR INTER- CULTURALISATIE IN DE GGZ

Te veel optimisme is niet op zijn plaats

Na een kwart eeuw interculturalisatie in de geestelijke gezondheidszorg valt er niet veel te juichen. Er zijn successen geboekt, maar ijkpunten ontbreken om die op waarde te schatten. Het is tijd voor een heroriëntering en de ontwikkeling van een actueel interculturalisatieprogramma. Een antropologisch perspectief met oog voor de culturele bias is daarbij onontbeerlijk.

ROB VAN DIJK, HUUB BEIJERS, DIRCK VAN BEKKUM, SIMON GROEN, GERDIEN TEMPELMAN

Zorgwekkend was de situatie van migranten in de geestelijke gezondheidszorg begin jaren tachtig. Hoe zorgwekkend bleek op 27 mei 1983 tijdens de eerste landelijke conferentie over dit thema. Migranten maakten weinig gebruik van de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Hulpverleners, vrijwel allemaal autochtoon, spraken over onmacht. Deskundigheid was dun gezaaid en instellingen bleken onvoldoende toegerust. Nederlandstalige publicaties over het onderwerp waren nauwelijks voorhanden. Kortom, de ggz moest toegankelijker worden. Het cultuurgevoeliger maken van de zorg kreeg een eigen term: interculturalisatie.

Snel werd duidelijk dat alleen deskundigheidsbevordering van professionals niet voldoende was, maar dat er ook veranderingen in organisatie en werkwijze nodig waren. Aan dadendrang ontbrak het niet. De interculturalisatie werd breed ingezet met het Actieplan Interculturalisatie van GGZ Nederland, een landelijk project intercultureel personeelsbeleid van de Sectorfondsen Zorg en Welzijn, de oprichting van het kenniscentrum Mikado en expliciet beleid in vele ggz-instellingen.

Aan het begin van deze eeuw is de ggz ontegenzeggelijk koploper interculturalisatie in de Nederlandse gezondheidszorg. In geen enkele andere sector heeft inter-

Op interculturalisatie wordt niet afgerekend, er is geen Michelinijds voor interculturele zorg

belangstelling en dan weer leidde het een kwijnend bestaan. Deze gang van zaken had te maken met de wisselende betrokkenheid van managers, de overwegend projectmatige aanpak, de beschikbaarheid van subsidies en een overheid die nu eens wel en dan weer niet interculturalisatie stimuleerde.

De betrokkenheid van individuele hulpverleners bij het cultuurgevoeliger maken van de hulpverlening groeide zowel in omvang als in intensiteit. Zwakke plek echter vormde de structurele inbedding in het instellingsbeleid, met als resultaat dat het thema slecht beklijfde in de ggz-instellingen. Aan de andere kant zorgde het spreidingsbeleid van asielzoekers in de jaren negentig voor verrassende initiatieven buiten de Randstad, zoals het ontstaan van centra voor dagbehandeling voor vluchtelingen en asielzoekers.

‘MIGRANTEN MOETEN ZICH AANPASSEN’

In de ontwikkeling van de interculturalisatie weerspiegelde zich het getij van het Nederlandse debat over migranten, cultuur en identiteit, over marktwerking in de zorg en de eigen verantwoordelijkheid

interculturalisatie met zijn nadruk op culturele sensitiviteit en een open attitude.

GROTE DIFFERENTIATIE

Zijn de problemen zoals gesignaleerd tijdens de conferentie in 1983 afdoende opgelost? Die vraag is niet eenvoudig te beantwoorden. Het ontbreekt aan een nulmeting, aan toetsbare doelen en harde cijfers, zeker als het gaat om het landelijke beeld. Vooral klinische indrukken en incidenteel lokaal onderzoek dienen als thermometer van de interculturele rijpheid van de ggz.

Wat is er in de afgelopen vijftientig jaar gerealiseerd? In ieder geval hebben meer migranten de weg naar de ggz gevonden, zij het dat etnische groepen daarin onderling opvallend verschillen. Volgens het Psychiatrisch Casusregister Rotterdam is het aantal Turkse migranten dat ingeschreven is bij de ggz verhoudingsgewijs vergelijkbaar met de autochtone bevolking. Bij Surinaamse, Antilliaanse en Kaapverdise migranten is er, ondanks een toename, nog altijd sprake van onderconsumptie. Opmerkelijk is dat de laatste groepen oververtegenwoordigd zijn in de intensieve zorg.

Op grond van deze gegevens kunnen we concluderen dat het oorspronkelijke beeld meer gedifferentieerd is geworden. Iets vergelijkbaars zien we bij therapievormen die door hun sterk verbale karakter als ontoegankelijk te boek stonden. Anders dan verwacht is in 2006 ruim een derde van de ingeschreven patiënten van de psychotherapie teams van de toenmalige Bavo rno Groep eerste of tweede generatie migrant. Dat is voor de Rotterdamse bevolking in de leeftijd 18-65 jaar redelijk bevolkingsconform.

SUCCESSEN

Maar er is meer veranderd. Zo is het aantal hulpverleners met een migrantenachtergrond over de hele linie, van psychiater tot verzorgende, sterk toegenomen. De ggz is eveneens verrijkt met *good practices* en met gespecialiseerde ‘catorale’ voorzieningen en instellingen. Het aantal publicaties over interculturele geestelijke gezondheidszorg is explosief toegenomen. Een academisch proefschrift over een intercultureel thema valt niet meer op. Er zijn inmiddels zes leerstoelen rondom de interculturele gezondheidszorg. In opleidingen en medische curricula heeft inter-

De ggz is ontegenzeggelijk koploper interculturalisatie in de Nederlandse gezondheidszorg

culturalisatie zo'n prominente plaats ingenomen en is het op zo'n schaal in praktijk gebracht. Alle reden om te bezien hoe de interculturalisatie er voorstaat vijftientig jaar na de conferentie over migranten en geestelijke gezondheid en hoe het er in de toekomst mee verder moet.

INTERCULTURALISATIE POPULAIR

In ggz-instellingen in de Randstad werd interculturalisatie al snel populair. Logisch, de Randstad beschikt over een etnisch en cultureel zeer diverse bevolking. Als containerbegrip stond interculturalisatie voor een veelheid aan nieuwe vormen, richtingen en strategieën. Het thema inspireerde zowel hulpverleners als managers en beleidsmakers en verschafte hen een gemeenschappelijke taal. De aandacht en inzet voor interculturalisatie en de daarmee samenhangende toegankelijkheid van de ggz boog door de jaren heen mee als wuivend riet. Soms stond het plotseling in het middelpunt van de

van patiënten. In de jaren negentig verbleekte het multiculturalisme, de grondslag voor het pleidooi voor het aanpassen van de gezondheidszorg. Onder het motto verplichtend burgerschap werden migranten meer en meer geacht zich aan te passen. Problemen met integratie zouden verband houden met cultuur en niet zozeer met achterstand. Tegelijkertijd kreeg de marktwerking greep op de gezondheidszorg. De kabinetten-Balkenende zagen het niet meer als taak van de overheid, maar van de marktpartijen om de toegankelijkheid van zorg te bevorderen en te borgen. In het fusiegeweld van de afgelopen jaren boette het ook als beleidsthema in aan prioriteit. De gevolgen van deze ontwikkelingen lieten niet lang op zich wachten. In een aantal instellingen verdwenen de aandachtsfunctionarissen interculturalisatie en werden de specifieke voorzieningen opgeheven. In een ggz die in zorgprogrammering effect en efficiëntie zwaar laat wegen, is weinig plaats voor

culturele zorg een – zij het nog steeds bescheiden en vaak geïsoleerde – plaats gekregen. Ten slotte zijn er beduidend meer onderzoeksgegevens beschikbaar over gezondheidsverschillen naar herkomst, hoewel het beeld van een lappendeken nog niet is weggenomen.

LANGS DE MAATLAT

Laten we echter niet te vroeg juichen. We weten ook vandaag de dag nog onvoldoende over de geestelijke gezondheid van migranten. De landelijke epidemiologische onderzoeken (NEMESIS I en II) sluiten respondenten uit die het Nederlands onvoldoende beheersen. Dat betekent een groot deel van de migranten. De Consumer Quality Index, die de waardering van de geboden zorg meet, is niet intercultureel gevalideerd. Verder is zorgconsumptie een gebrekkige indicator voor het succes van interculturalisatie. De toename in het gebruik van de zorg kan samenhangen met factoren als emancipatie en maatschappelijke participatie van de bevolkingsgroepen.

Bovendien mag niet vergeten worden dat consumptie van zorg weinig zegt over de kwaliteit van de zorg. Is de geboden zorg aan autochtone Nederlanders en aan migranten gelijkwaardig van kwaliteit, hoe zit het met de effectiviteit van interventies of de hoogte van de drop-out? Het schaarse onderzoek hiernaar, uitsluiting en discriminatie in de zorg is een maagdelijk onderzoeksterrein, wijst op hardnekkige verschillen. Psychotische stoornissen komen vaker voor bij migranten uit landen met een overwegend zwarte bevolking. Tevens blijkt dat niet-westerse migranten vaker gedwongen worden opgenomen. Is er sprake van een epidemie of van misdiagnose? Mogen wij verschillen in de toepassing van dwang en drang aanduiden als discriminatie? Dat zijn wezenlijke vragen voor de toekomst.

GEEN MICHELINGIDS

Het is niet moeilijk om verworvenheden en mislukkingen te noemen. Belangrijker is om te signaleren dat ijkpunten voor interculturalisatie vooralsnog ontbreken. Wanneer is interculturalisatie een succes? Wanneer is de zorg cultuurgevoelig genoeg? Een maatstaf ontbreekt. In de prestatie-indicatoren voor de ggz is een verwijzing naar etniciteit, migrant of cultuur niet te vinden. Ggz-instellingen worden

niet op interculturalisatie afgerekend. Er is geen Michelingids voor interculturele zorg. Een belangrijk gegeven is bovendien dat de aannames achter de interculturalisatie nauwelijks of niet door onderzoek zijn gestaafd. Klopt het dat bevordering van de culturele competentie van hulpverleners, de instroom van allochtone medewerkers en de multi-etnische samenstelling van teams leiden tot kwalitatief betere en meer effectieve zorg? En zo ja, in welke mate en onder welke condities? Is het zo dat goede zorg voor migranten ook goede zorg voor iedereen is, zoals vaak gesteld? Het verifiëren van deze veronderstellingen vraagt om méér en om gecompliceerdere vormen van onderzoek.

Het ontbreken van ijkpunten, monitoring en borging van resultaten is te wijten aan een gebrek aan regie. De overheid heeft deze taak niet waargemaakt en koepels, patiëntenorganisaties of zorgverzekeraars hebben deze rol niet op zich genomen. Het is de vraag of de marktwerking hier soelaas zal bieden. De vraagzijde, de migranten/polishouders, is te weinig georganiseerd en heeft daardoor te weinig macht ontwikkeld.

VIJF PIJLERS

Terugkijkend op vijftientig jaar interculturalisatie in de zorg stellen we dat heroriëntatie op zijn plaats is. De probleemdefinitie van 1983 is niet meer geldig en onvoldoende richtinggevend. De migrantenpopulatie is ingrijpend veranderd en bestaat zowel uit nieuwkomers als derde generatie migranten. Migrantenversillen in sociaaleconomische status en maatschappelijke participatie. Daarnaast zijn de verschillende groepen steeds moeilijker af te bakenen door interetnische relaties en de geboorte van kinderen met meervoudige wortels.

Heroriëntatie veronderstelt het ontwikkelen van een geactualiseerd interculturalisatieprogramma dat wat ons betreft de volgende vier pijlers moet hebben.

1 Onderzoek naar de correctheid van aannames en beeldvorming over migranten, over hun psychische problemen en over de zorg en de problemen die zich voordoen. Wordt er voldoende rekening gehouden met de groeiende diversiteit binnen en tussen etnische groepen en met cultuurverandering? Kunnen we bijvoorbeeld nog wel uitspraken doen over ‘de Marokkaanse gemeenschap’?

Is er naast herkomst en cultuur voldoende oog voor maatschappelijke positie en participatie in relatie met geestelijke gezondheid?

- 2 Onderzoek naar de effectiviteit van de interventies. Onderzoek is bovendien nodig voor onderbouwing en brede implementatie van *good practices*.
- 3 Cumulatie van kennis en onderzoek. Dit vraagt om regie en een nationaal onderzoeksprogramma, maar bovenal om systematische inclusie van migrantengroepen in gezondheidsonderzoek en het genereren van verklaringen voor de aard, het ontstaan en het voortbestaan van gezondheidsverschillen.
- 4 Ten slotte dient de aandacht zich te richten op de niet bereikte risicogroepen die zich niet zozeer onderscheiden door herkomst, maar veeleer door specifieke problematiek, leefwereld en leefomstandigheden.

CONCLUSIE

In dit artikel zijn we ingegaan op de vraag waar de ggz staat na vijftientig jaar interculturalisatie. Te veel optimisme lijkt niet op zijn plaats. Er zijn voldoende signalen die duiden op etnische verschillen in gezondheid, in zorgconsumptie en in resultaat van de geboden zorg. Inspanningen om deze verschillen te verminderen zijn daarom nog altijd nodig. Deze inspanningen dienen in het licht van de toenemende etnische diversiteit een duidelijk humanitair en maatschappelijk belang. Daarnaast is er een economisch belang mee gemoeid namelijk vermindering van de schadelast door: vroegtijdige signalering, motivering en toeleiding, adequate diagnostiek en behandeling en verminderen van uitval. Bij koepelorganisaties, zorgverzekeraars, patiënten- en migrantenorganisaties en de overheid ligt nu de gezamenlijke taak om met de heroriëntatie van interculturalisatie aan de slag te gaan. Een antropologisch perspectief met oog voor de culturele bias binnen de geestelijke gezondheidszorg is daarbij onontbeerlijk.

Rob van Dijk is medisch antropoloog en werkzaam voor Bavo Europort.

Huib Beijers is medisch antropoloog / psycholoog en werkzaam bij het Steunpunt ggz Utrecht.

Dirck van Bekkum is medisch antropoloog en werkzaam bij de Gelderse Roos.

Simon Groen is cultureel antropoloog en werkzaam bij ggz Drenthe.

Gerdien Tempelman is medisch antropoloog / sociaal psychiatrisch verpleegkundige en werkzaam bij de Symfora groep.

In ggz-instellingen in de Randstad werd interculturalisatie al snel populair