

Veelkleurigheid binnen de AGGZ: doelstellingen en kwaliteitstoetsing van interculturalisatie

door J.T.V.M. de Jong

Gepubliceerd in 1994, no. 1

Samenvatting

Interculturalisatie van de AGGZ wil zeggen dat de organisatiestructuur, het personeel en het GGZ-produkt afgestemd worden op de multiculturele bevolking van ons land. Op het gebied van de migrantenhulpverlening vertoont de intra- en semimurale AGGZ in Nederland een opvallende achterstand ten opzichte van de ambulante sector. Een aantal maatregelen en interventies wordt voorgesteld om de intra- en semimurale sector te interculturaliseren. De voorgestelde maatregelen brengen veranderingen aan in vier te onderscheiden behandelcontexten, te weten (a) de relatie tussen patiënt, behandelaar en behandelteam, (b) de behandelcontext van het psychiatrisch ziekenhuis, (c) de relatie tussen het psychiatrisch ziekenhuis en de etnische groepering, en (d) de relatie tussen de AGGZ en de samenleving. Daarnaast wordt aangegeven hoe het proces van interculturalisatie kan worden getoetst binnen deze vier behandelcontexten. Om de gewenste veranderingen te monitoren wordt beschreven op welke wijze kwalitatieve en kwantitatieve criteria gehanteerd kunnen worden bij de kwaliteitstoetsing van het interculturalisatieproces.

Inleiding

Interculturalisatie van de AGGZ wil zeggen dat de organisatiestructuur, het personeel en het GGZ-produkt afgestemd worden op de multiculturele populatie in ons land. Tot dusver heeft de intra- en semimurale AGGZ in Nederland zich relatief weinig bekommerd om de hulpverlening aan migranten en andere allochtonen. Een uitzondering hierop vormen enkele initiatieven zoals de categoriale voorziening voor Vietnamezen in Wolfheze of de recente ontwikkelingen in de psychiatrische ziekenhuizen in Amsterdam-Zuid en Amsterdam-Oost. Maar over het geheel genomen vertoont de intra- en semimurale sector een forse achterstand in vergelijking met de ambulante sector of in vergelijking met een aantal initiatieven in Engeland of de Verenigde Staten.

Tegelijkertijd kunnen de intra- en semimurale sector hun voordeel doen met de ervaringen van anderen. Als een omgekeerde wet van de remmende voorsprong kunnen zij hun achterliggende positie compenseren door gebruik te maken van de verworvenheden die elders bereikt zijn. In dit artikel worden ervaringen die in verschillende culturen werden opgedaan getransporteerd naar onze multiculturele samenleving. Het artikel bestaat uit twee delen. Het eerste deel richt zich op het proces van toetsing of kwaliteitsbewaking van de vorderingen die tijdens het interculturalisatieproces worden gemaakt. Het tweede deel beschrijft het proces van interculturalisatie van een intra- of semimurale voorziening en de wijze waarop het beschreven toetsingsinstrumentarium toegepast kan worden bij het evalueren van de beoogde veranderingen.

Kwaliteitstoetsing: achtergrond en instrumentarium

Kwaliteitsbewaking wordt beschouwd als een cyclisch verlopend proces waarin een aantal fasen zijn te onderscheiden (NeGv 1992; Van Hoof 1993; RGO 1990). Tijdens de eerste fase worden onderwerpen gekozen die voor kwaliteitstoetsing en -verbetering in aanmerking komen. Vervolgens wordt vastgesteld welke kwaliteitsaspecten op welk niveau zullen worden getoetst, en welke indicatoren en criteria zullen worden gehanteerd. In de volgende fase vindt de feitelijke kwaliteitstoetsing plaats, waarbij gevonden waarden worden vergeleken met de norm. De resultaten van de toetsing worden naar de betrokkenen teruggekoppeld. Tenslotte volgt de vraag of de uitkomst van de toetsing aanleiding geeft om veranderingen voor te stellen, hetzij in de werkwijze van personen hetzij in de structuur van de zorg.

Kwaliteit is meestal een relatief en subjectief begrip. Het is een door mensen gegeven attributie die het produkt is van onderhandelen tussen verschillende partijen. Dat impliceert dat een op kwaliteits‘meting’ gerichte methodologie rekening dient te houden met de meningen en wensen van betrokkenen. Die subjectieve criteria kunnen gekoppeld worden aan empirisch-wetenschappelijke gegevens, waarbij de auteur van dit artikel ervan uitgaat dat betrouwbare kwaliteitstoetsing alleen mogelijk is met een methodologie die een kwalitatieve en een kwantitatieve benadering combineert. Het aan de context gebonden karakter van de kwaliteit houdt in dat er niet één opsomming is van kwaliteitsaspecten die aanspraak kan maken op universaliteit. Een voorbeeld van een ogenschijnlijk vrij universeel criterium dat in Afrika tot opschudding leidde kan dit toelichten. Bij de bouw van een psychiatrisch ziekenhuis waren de architect en de auteur tot de conclusie gekomen dat de doorsnee van de ventilatiegaten van de isoleercel achttien centimeter moest zijn. De verbazing was groot toen een patiënt in staat bleek om drie meter boven de onbreekbare ruit door de nauwe ventilatiegaten naar buiten te klimmen. Toen de hoofdverpleegkundige naar zijn mening werd gevraagd deelde hij mee dat deze man een heks was die door ieder formaat ventilatiespleet zou weten te ontsnappen.

Om inzicht te krijgen in de veranderingen die optreden binnen de context en de behandelcultuur is het van belang om kwantitatieve en kwalitatieve toetsingstechnieken te combineren. Beide technieken te zamen kunnen een *Mental Health Management Information System* vormen dat tot doel heeft de organisatie te consolideren, te *monitoren* en te optimaliseren. Kwantitatieve technieken die gebruikt kunnen worden zijn een geautomatiseerd patiëntenbestand, een regionaal of nationaal patiëntenregister of een casusregister. Kwalitatieve technieken zijn vooral bruikbaar bij het betrekken van de gemeenschap en de familie bij het opzetten en het evalueren van de zorg. Nuttige kwalitatieve technieken zijn de volgende (De Jong 1993):

1. Participerende observatie: de aan de antropologie ontleende onderzoekstechniek waarbij deelnemen aan het dagelijks leven en aan de activiteiten van de onderzochte groep hand in hand gaan met het observeren van de groep.

2. Sleutelinformanteninterviews: veelal semi-gestructureerde interviews met sleutelfiguren die gekozen worden op grond van hun kennis en inzicht in de gemeenschap. De interviews worden bij voorkeur uitgevoerd door één persoon die betrokken is bij het programma in samenwerking met één zogenaamde ‘professionele vreemde’, dat wil zeggen een persoon met een relatief grote culturele afstand ten opzichte van de populatie.

3. Focus groepen. Deze methode bestaat uit open groepsinterviews met 5 tot 10 personen om kwalitatieve informatie te verkrijgen over onderwerpen als attitudes, behoeften, emoties, probleemgebieden, voortgang of prioriteitsverandering van een project. De groep wordt geleid door een moderator. Bij een variant hierop, de zogenaamde *sondeo*-methode, wordt de groep geleid door een multidisciplinair team van 3 tot 5 personen.

4. Sneeuwbalsteekproef: het selecteren van individuen of steekproeven door gebruik te maken van de kennis van insiders en van verwijsketens binnen de te onderzoeken populatie. Een subject dat op grond van een bepaalde karakteristiek is geselecteerd wordt verzocht om anderen te noemen met dezelfde karakteristiek (Kaplan e.a. 1987, De Jong 1992b).

In dit artikel vloeien een aantal indicatoren en criteria voor de ontwikkeling van de migrantenhulpverlening rechtstreeks voort uit de voorgestelde veranderingen. Een instelling die het effect van het interculturalisatieproces wil meten kan volstaan met een beperkte keuze uit de hier genoemde toetsingsmethodieken.

De veranderingen die plaats dienen te vinden bij het interculturaliseren van de AGGZ kunnen ook worden opgevat als contextuele of ecologische variabelen. Deze contextuele variabelen kunnen worden voorgesteld als vier concentrische cirkels. Vanuit het middelpunt van de patiënt naar de bredere context van de GGZ-instelling en de samenleving toe kunnen deze vier cirkels als volgt worden beschreven:

1. De relatie tussen patiënt, behandelaar en behandelteam.
2. De behandelcontext in de intra- of semimurale voorziening.
3. De relatie tussen de voorziening en de etnische groepering.
4. De relatie tussen de GGZ en de samenleving.

Deze vier contexten worden in de volgende paragrafen puntsgewijs voor een multicultureel zorgsysteem uitgewerkt. Per context wordt vervolgens beschreven hoe het effect van de gewenste veranderingen kan worden getoetst.

1. Interculturalisatie van de relatie tussen patiënt, behandelaar en behandelteam

Voor de bespreking van de binnenste cirkel, namelijk de relatie tussen patiënt, behandelaar en behandelteam, is het zinvol om te verwijzen naar het universalisme-particularisme debat (Kortmann 1989; De Jong 1992 a, b). Dit debat heeft een pendant binnen de cross-culturele behandelsetting. Bij dit debat beschouwen sommige auteurs (de 'transcendenten', zie voetnoot) raciale en etnische variabelen als hindernissen die genomen kunnen worden met een combinatie van therapeutische vaardigheden als democratische stijl, culturele of raciale sensitiviteit, en het accepteren van etnische diversiteit (Lerner 1972; Yamamoto e.a. 1967; Tyler e.a. 1991).

Het leren hanteren van raciale en etnische variabelen heeft een aantal consequenties voor het interculturaliseren van de intramurale GGZ. In de eerste plaats voor hulpverleners, studenten, en (psycho)therapeuten of psychiaters in opleiding die zich voorbereiden op hun toekomstige werk met migranten. Het ligt voor de hand dat zij niet immuun zijn voor socialisatieprocessen met betrekking tot vooroordelen, discriminatie of racisme. Sommigen proberen het potentiële probleem van vooringenomenheid of racisme te omzeilen door zich te beperken tot de vraag welke therapeutische technieken toepasbaar zijn bij migranten. Deze benadering van 'give us the tools, we do the job' verschaft een alibi om de eigen attitude en emoties buiten beschouwing te laten. Een potentieel risico van deze houding is dat de altijd al aanwezige machtsongelijkheid in een therapeutische relatie interfereert met niet onderkende raciale vooroordelen. Twee voorbeelden van hieruit mogelijk voortvloeiende (tegen)- overdracht kunnen dit illustreren. Het eerste voorbeeld betreft een zwarte patiënt die zich aanmeldt omdat hij van therapeut wil veranderen. Het werd hem teveel dat zijn vorige therapeut - nadat hij door skinheads in elkaar was geslagen - er bij hem op bleef aandringen om te analyseren welke zielerorselen dit accident hadden uitgelokt. Een tweede minder uitzonderlijk

voorbeeld betreft de keurige witte of zwarte therapeut die na jaren therapie nog nooit een zin heeft gewijd aan het kleurverschil of de gevolgen daarvan voor zijn andersgekleurde cliënt of voor de therapie.

De blinde vlek voor kleurverschil kan ook ontstaan doordat het zowel voor therapeut als patiënt pijnlijk kan zijn om geconfronteerd te worden met de cultuur-eigen voorgeschiedenis van onderdrukking of uitbuiting, ook als beiden daar part noch deel aan hebben gehad. Eén manier om te leren kijken naar een mogelijke bron van vooroordelen is om aandacht te besteden aan de eigen socialisatie met betrekking tot de rol die huidskleur, cultuur of ras spelen in levensfilosofie of interactiepatronen. Zoals het volgens deze auteur zinnig blijft om in leertherapie te gaan, is het ook zinvol om de eigen raciale psychohistorie in kaart te brengen (Griffith 1977; Sue en Zane 1987). De volgende vragen kunnen daarbij aan de orde komen:

1. Wat zijn de opvattingen en emoties die samenhangen met kleur of ras (bij voorbeeld hoe definieer ik mezelf; in hoeverre speelt kleur of geslacht een rol; wat zijn de sterke en zwakke kanten van mijn eigen respectievelijk andermans volk of cultuur?)
2. Welke vroege herinneringen heeft de behandelaar met betrekking tot raciale identificatie en stereotypen (welke boodschappen kreeg ik als kind en van wie waren ze afkomstig; voor een inheemse hulpverlener kan dit variëren van de meer of minder subtiele indoctrinatie van stripverhalen als Kuifje of Sjors en Sjimmie tot opmerkingen van de ouders 'als je met zo'n buitenlander wil trouwen, schop ik je het huis uit', voor een allochtone hulpverlener kan het variëren van de witte mens als uitbuiters, onderdrukker, charlatan of geïdealiseerd identificatiemodel tot een depreciërende houding tegenover een minder geletterde landgenoot).
3. Welke ervaringen heeft de behandelaar met mensen uit andere culturen? (eigen positieve en negatieve ervaringen onder andere met betrekking tot samenwerking, vertrouwen of vriendschappen in de omgang met mensen uit andere culturen).

Het leren omgaan met etnische en culturele verschillen wordt in de tweede plaats gestimuleerd door het aantrekken van allochtone hulpverleners. De werving van allochtone collegae is een veelsnijdend zwaard:

Uit de literatuur is bekend dat het aantrekken van tweetalig, bicultureel personeel een drempelverlagend effect heeft. Etnische, culturele en linguïstische overeenkomst tussen patiënt en behandelaar verkleinen de *dropout rate* en vergroten de effectiviteit en het gebruik van de zorg door migranten (Lee 1982a; Wong 1982). De ambulante GGZ kent inmiddels vele voorbeelden van de zuigkracht van het aantrekken van collegae uit de niet-dominante cultuurgroep.

In de tweede plaats zijn allochtone hulpverleners onmisbaar om in te schatten in hoeverre bepaalde gedragingen en interactiepatronen normaal of deviant zijn tegen de achtergrond van de populatienorm van de eigen cultuur.

Een ander voordeel van het aantrekken van hulpverleners van allochtone herkomst is dat zij samen met een inheemse collega partnerrelatie-, gezins- of groepstherapieën kunnen doen en kunnen helpen bij het ontwikkelen van case-management. Bij gezins- en groepstherapie blijkt dat subsystemen van het gezin of sommige leden van de groep zich vaak identificeren met hetzij de cultuur van herkomst hetzij de cultuur van het gastland. Twee therapeuten die de verschillende culturen vertegenwoordigen bieden de mogelijkheid om de verschillende identiteiten en de daarmee samenhangende conflicten te hanteren (De Jong 1991).

De hulpverlener van migrantenaankomst en de autochtone hulpverlener kunnen elkaar ook aanvullen wat betreft hun inzicht in de premissen van hun eigen en elkaars culturen, het synthetiseren van uiteenlopende gezondheidsopvattingen, hun inzicht in psychopathologie en diagnostiek, hun creatief therapeutisch potentieel, het verbeteren van de communicatie met de etnische groepering, of het interveniëren bij incest-, vrouwen- of geweldsproblematiek (Wood 1970; Lee 1985; De Jong 1987). Samenwerking kan ook voorkomen dat migrantenhulpverlening de verantwoordelijkheid wordt van enkele allochtone collegae, die vervolgens *burnout* raken ten gevolge van deze segregatie.

Om op instellingsniveau een oog te houden op deze en aanverwante problematiek heeft het zin om een allochtoon voor het bestuur van de intra- of semimurale instelling te vragen. Temeer omdat de ervaring leert dat het moeilijk is om personeelsbeleid te wijzigen zonder dat de directie zich hier top-down actief voor inzet (De Haan 1993).

Door de interculturalisatie van de behandelrelatie kan een behandelaar zich een cultureel perspectief eigen maken. Dat wil zeggen dat hij begrijpt op welke wijze zijn uitheemse patiënt over de wereld en zijn malheur denkt. Dat betekent ook dat de behandelaar respect heeft voor de alternatieve kijk van zijn patiënt op ziekte en gezondheid binnen diens eigen epistemologie en cosmologie. Door de erkenning van de interpretatie van de ander krijgt deze zeggenschap en macht over de wijze waarop hij in zijn eigen idioom de realiteit en zijn onwelbevinden definieert. Een tweede aspect van een cultureel perspectief is dat het team of de behandelaar in staat is om een cultuur-sensitieve probleemanalyse te maken en een aan de cultuur aangepaste behandeling te ontwikkelen. Dat houdt onder meer in dat sterke en zwakke kanten bij de cross-culturele hulpverlening onderkend worden en dat men beseft wanneer hulpbronnen als tolken of culturele consulenten aangeboord moeten worden. Het impliceert ook dat variaties in expressie of prevalentie van psychiatrische stoornissen bij mensen uit verschillende culturen onderkend worden en dat men in staat is om psychopathologie te onderscheiden van door de cultuur gesanctioneerd deviant gedrag.

Evaluatie van de kwaliteit van de relatie tussen patiënt, behandelaar en behandelteam

Bij het toetsen van de kwaliteit van de behandelrelaties doet zich al meteen het probleem voor welke keuze gemaakt dient te worden ten aanzien van aandachtsgebieden en de wijze van informatieverzameling. Hier wordt een keuze gemaakt voor een beperkte hoeveelheid kwalitatieve en kwantitatieve gegevens. Kwalitatieve en kwantitatieve toetsing komen achtereenvolgens aan de orde.

Kwalitatief. Hoe is de bijscholing in de migrantenhulpverlening (MHV) gekoppeld aan problemen met betrekking tot diagnostiek, behandeling en *case-management* in de klinische of semimurale setting?

Ten aanzien van de behandelaars hebben wij gezien dat bijscholing in de culturele psychiatrie bij voorkeur gelieerd is aan de klinische situatie en gekoppeld dient te worden aan problemen die het behandelteam tegenkomt met betrekking tot diagnose, behandeling en nazorg van psychiatrische patiënten. De *informatiebehoefte* om dit aspect te toetsen is onder meer: is er sprake van een multicultureel en multidisciplinair team? Heeft het team (twee-)wekelijks een casusbespreking en krijgt het regelmatig supervisie van een transculturele consulent? Vindt er intervisie plaats met intercollegiale feedback? Botert het tussen de teamleden uit verschillende culturen en lukt het om een *white backlash* te voorkomen? (Hiermee wordt een negatieve reactie bedoeld van autochtone zijde die resulteert in een zekere aanpassingsdwang van allochtone medewerkers. Deze dwang komt voort uit het gegeven dat normen en vanzelfsprekendheden van autochtone hulpverleners ter discussie worden gesteld). Zijn de allochtone medewerkers altijd op hun hoede of krijgen ze gelegenheid hun nek uit te steken?

Kwantitatief. Is er sprake van biculturaliteit en wordt segregatie van ‘allochtonen-problematiek’ voorkómen? Zit er een migrant in de sollicitatiecommissies?

Informatiebehoefte. Hoeveel percent autochtone/allochtone hulpvragers worden door de medewerkers behandeld? Hoeveel allochtone formatieplaatsen (fte’s) per discipline heeft de instelling? Als er sprake is van een migrantenproject: hoeveel medewerkers zijn er aangesteld binnen dat project en voor welke duur? Hoe groot is de *dropout* tijdens de wachtlijst en tijdens de behandeling? (Via een steekproef en diepte-interviews valt te achterhalen waar die *dropout* mee samenhangt).

Is er sprake van genuanceerde diagnostiek? Wetenschappelijk gezien kan dit getoetst worden door een ervaren diagnosticus met een transcultureel gevalideerd instrument sensitiviteit en specificiteit te laten bepalen. Een grovere hanteerbare methode kan bij voorbeeld kijken naar de mate waarin diagnostiek afwijkt van vergelijkbare zorggebieden (bij voorbeeld tienmaal zoveel ‘speciale of atypische syndromen’ bij buitenlanders, of vijftien maal zoveel schizofrenie in verhouding tot andere instellingen met een vergelijkbare populatie).

Tabel 1: Informatiebehoefte voor kwaliteitsstoetsing van de relatie tussen patiënt, behandelaar en behandelteam inclusief vermelding van methodologie, bron van dataverzameling en de verzamelde data

Aandachtsgebied	Informatiebehoefte	Methodologie en bron van dataverzameling	Data
Bijtscholing MHV t.a.v. diagnostiek behandeling case-management	Multicultureel en multidisciplinair casusbespreking intervisie supervisie	Kwalitatief participerende observatie	Hoeveelheid tijd en uren inhoud bijscholing
Biculturaliteit Integratie/segregatie	% allochtone/autochtone hulpvragers vs hulpverleners	Kwantitatief patiëntadministratie	Spreiding allochtone patiënten over behandelteam
Aanstelling van allochtone hulpverleners	% fte allochtone hulpverleners/discipline	Kwantitatief personeelsadministratie	Spreiding allochtone medewerkers over instelling
Dropout allochtone vs autochtone patiënten	% afvallers tijdens wachtlijst resp. behandeling	Kwantitatief patiëntadministratie Kwalitatief participerende observatie focus groep sleutelinformanten	Aantal dropouts Oorzaak dropout
Betrouwbaarheid cultuurspecifieke diagnostiek	Meten diagnostische sensitiviteit en specificiteit	Screening v. steekproef met cultureel gevalideerd instrument	Betrouwbaarheid diagnostiek
Indicatie voor betrouwbaarheid diagnostiek	Vergelijking diagnostiek van APZ of semimurale instelling met ander verzorgingsgebied	Kwantitatief landelijk register casusregister	Indicatie voor deviantie van diagnostiek APZ of semimurale instelling

Tabel 1 geeft weer hoe deze informatie verkregen kan worden met vermelding van methodologie, bron en resultaat.

2. De behandelcontext in het psychiatrisch ziekenhuis

Bij het interculturaliseren van de behandelcontext staat de gerichtheid op de migrant centraal. Dit kan gebeuren door de zorg qua inhoud en werkwijze af te stemmen op zijn cultuur en zijn hulpvraag. De beschikbaarheid van tolken en tolkentelefoons en het opdoen van vaardigheid in het omgaan met beide is een eerste vereiste. De diversiteit aan talen die binnen de instelling door hulpverleners gesproken wordt dient redelijk overeen te komen met de doelgroep. Allochtone medewerkers dienen door alle geledingen heen herkenbaar te zijn, te beginnen bij de receptie. De patiënt en zijn systeem moeten met mondelinge en schriftelijke informatie in hun eigen taal voorbereid worden op de doelstelling en de werkwijze van de instelling. Wanneer de patiënt in de loop van de behandeling verder ‘ge(proto)professionaliseerd’ raakt is een voortgaande dialoog met de familie nodig om te voorkómen dat er bij ontslag een vergaande splitsing optreedt tussen de thuis- en de instellingscultuur of een totale vervreemding tussen de patiënt en zijn familie.

Een ander aspect van migrantgerichtheid is het opnemen van een aantal vragen bij de intake of de aanmeldingsprocedure. Deze vragen kunnen worden toegevoegd aan een reeds in gebruik zijnde checklist of standaardprotocol met betrekking tot migratiegeschiedenis, arbeidsproblematiek (WAO) of partnerkeuze (vergelijk Limburg-Okken 1989). Wordt er bij voorbeeld voor vluchtelingen informatie ingewonnen over de periodes vóór, tijdens en ná hun vlucht?

Experimenten met nieuwe (vormen van bestaande) therapieën kunnen worden geëntameerd, rekening houdend met het belang van het gezin en de grootfamilie (vergelijk Pannekeet 1991). Naast systeemtherapie heeft het zin om te experimenteren met sociotherapeutische en psychotherapeutische groepen voor migranten uit één cultuur. Er dient aandacht te worden besteed aan de matching van de culturele herkomst van patiënt en hulpverlener. Soms verdient deze *cultural fit* ook aandacht wanneer er sprake is van een groot verschil in acculturatie tussen allochtone hulpverlener en allochtone patiënt.

Verder dienen culturele overwegingen een rol te spelen bij het ontwikkelen van case-management en bij het toestaan van rituelen en ceremonies of het consulteren van eigen genezers in het psychiatrisch ziekenhuis. Wat dit laatste betreft kunnen een 'cosmopolitische of westerse' en een 'lokale of traditionele' behandeling farmacologisch gezien parallel lopen. Het is zinvol om met familie en genezer te overleggen en te onderhandelen over hun visie op de wenselijkheid en de mogelijkheid om beide soorten therapieën te combineren.

Een ander aspect van de behandelcontext is respect voor mores en taboes rondom zaken als eten, seksualiteit en conflicthantering. Wat betreft seksualiteit ligt opneming op een gemengde afdeling vooral gevoelig bij mensen uit Marokko en Turkije. Vriendschap vindt in hun cultuur vrijwel uitsluitend plaats tussen personen van dezelfde sekse en ander contact tussen de seksen heeft in principe een seksuele connotatie. Tijdens een bijeenkomst in een adolescentenkliniek vertelde een sterk geaccultureerde Marokkaanse ex-bewoonster hoe gechoqueerd zij was toen een socio-therapeut haar na een feestje de morning-after pil aanbood omdat hij haar daarmee degradeerde tot een slet die seksueel contact heeft vóór haar huwelijk. Als hij dat met haar ouders zou hebben besproken zou zij meteen naar Marokko zijn teruggestuurd. Zij vertelde dat haar ouders zouden redeneren dat 'als de Nederlanders al aan je twijfelen, het wel helemaal mis moet zijn'. Afstand tussen de seksen moet voor sommige migrantengroepen ruimtelijk tot uitdrukking komen bij voorbeeld door mannen en vrouwen in gescheiden afdelingen te huisvesten of door de bewoners de gelegenheid te geven hun kamers af te sluiten. Taboes rondom contact tussen de seksen variëren vanzelfsprekend sterk per cultuur. Tijdens het verblijf van de auteur in West-Afrika werd na de bouw van het psychiatrisch ziekenhuis besloten om mannen en vrouwen niet langer op gescheiden afdelingen op te nemen. De onafgesloten en aan elkaar grenzende kamers werden door vier mannen respectievelijk vier vrouwen bewoond zonder dat dit ooit aanleiding gaf tot problemen.

Een laatste aandachtspunt voor de behandelcontext is de aandacht voor culturele uitingvormen uit de diverse culturen. Dat geldt niet alleen voor de kunst aan de muur, maar ook voor de aanwezigheid van eigen kranten, radio- en tv-programma's, theater, muziek of video.

Evaluatie van de behandelcontext

Kwalitatief. De aanwezigheid van items als kranten of brochures in de eigen taal of culturele uitingvormen kunnen geturfd worden. Hetzelfde geldt voor de aanwezigheid van allochtone medewerkers.

Kwantitatief. Wordt zowel nationaliteit als culturele herkomst geregistreerd. Geeft dit inzicht in het feitelijk gebruik van de GGZ-voorziening. Hoeveel patiënten worden er uit de verschillende etnische groepen opgenomen in verhouding tot de demografische samenstelling van het verzorgingsbeleid?

Is er een beleidsplan voor deskundigheidsbevordering voor de hele instelling? Dus zowel voor B-verpleegkundigen, psycho-, ergo-, psychomotore therapeuten, maatschappelijk werk, medisch-psychiatrische staf en management? Welke concrete activiteiten vinden plaats ten aanzien van deskundigheidsbevordering? Zijn er financiën geoormerkt voor migrantenhulpverlening, of voor specifieke projecten of deskundigheidsbevordering? Gaat het om een apart budget en wat is de omvang ervan?

Tabel 2 geeft aan hoe deze informatie verkregen kan worden met vermelding van methode, informatiebron en te verwachten resultaat.

Tabel 2: Informatiebehoefte voor kwaliteitstoetsing van de behandelcontext inclusief vermelding van methodologie en wijze van dataverzameling

Aandachtsgebied	Informatiebehoefte	Methodologie en wijze van dataverzameling	Data
Culturele uitingsvormen	Voorlichtingsmateriaal in eigen taal Eigen media Taalvaardigheid	Kwaliteit Participerende observatie	N kranten en brochures TV, radio etc. Tolken, -telefoons, Taligheid personeel
Migrantgerichtheid instelling	Aanpassing intake Respect mores rondom eten, seksualiteit, conflicthantering Samenwerking cultuur-eigen genezers	Kwalitatief en kwantitatief: gestructureerd interview Idem Idem	Standaardprotocol Checklist voor migranten en vluchtelingen Bijdrage aan behandeling
Scholingsplan instelling	Deskundigheidsbevordering alle disciplines	Kwantitatief en kwalitatief Semi-gestructureerd interview	N ex/interne cursussen, trainingen, symposia; inter/supervisie, co-therapieën, overleg, literatuur
Samenstelling patiëntenpopulatie i. v. t. verzorgingsgebied	Registratie nationaliteit en culturele herkomst	Centraal Bureau Statistiek Patiënten-administratie PIGG-register Casusregister	% opgenomen patiënten per etnische groep versus verzorgingsgebied
Financiën geoormerkt voor migrantenhulpverlening, projecten of deskundigheidsbevordering	Omvang en besteding budget	Begroting instelling	Omvang budget en verdeling over diverse posten

3. De relatie tussen het ziekenhuis en de etnische gemeenschap

De volgende context of concentrische cirkel waarbinnen de interculturalisatie plaats vindt heeft betrekking op de etnische gemeenschappen in het verzorgingsgebied. Het ziekenhuis kan contact leggen met een aantal sleutelinformanten uit de diverse culturele groepen. Met behulp van een semi-gestructureerde vragenlijst kan door middel van individuele gesprekken of groeps-sleutel-informanten-interviews gevraagd worden naar prioriteiten ten aanzien van psycho-sociaal welzijn. Informatie kan worden ingewonnen over wat de gemeenschap verstaat onder normaal en deviant gedrag, welke problemen zorgen baren en welke verwachtingen er bestaan ten aanzien van behandeling. Prioriteiten kunnen worden geselecteerd met behulp van de klassieke public health criteria prevalentie, betrokkenheid van de gemeenschap, ernst en behandelbaarheid van de aandoening en *sustainability* (Morley 1973). Het is van belang om tijdens de gesprekken te komen tot een synthese van wederzijdse verklarende modellen over de aard van de aandoeningen, het nut en effect van medicatie en therapieën, en het belang van nazorg. De interviews kunnen gebruikt worden om voorlichtingsmateriaal aan te passen aan de verschillende migrantenculturen waarbij bestaande stigma's aandacht verdienen. De sleutelinformanten-interviews kunnen bovendien de vraag beantwoorden of er naast behandeling ook initiatieven genomen moeten worden op het gebied van preventie of dienstverlening.

Evaluatie relatie ziekenhuis-etnische gemeenschap

Kwalitatief. De satisfactie van de etnische gemeenschap kan beoordeeld worden met behulp van sleutelinformanten-interviews of met focusgroep-interviews. De gemeenschap kan zich uitspreken over zaken als toegankelijkheid van de instelling, of over de bejegening of de attitude van de medewerkers. Die attitude kan samenhangen met de gepercipieerde geïnvolveerdheid versus afstandelijkheid, autoriteit/paternalisme versus inspraak/betrokkenheid, of uit de ervaren relevantie van de besproken onderwerpen tijdens intake of behandeling. Deze aspecten kunnen later verwerkt worden in een gestructureerd instrument om satisfactie te meten.

Kwantitatief. De acceptatie van de instelling door de etnische gemeenschap komt vooral tot uiting door een toenemende stroom migranten die zich voor behandeling aanmeldt. Deze *flow* kan gemeten worden met behulp van de patiëntenadministratie, het landelijke patiënten (PIGG-)register of een casusregister.

Een andere indicator voor de relatie tussen de instelling en de etnische gemeenschap is het contact met allochtonenorganisaties. Tabel 3 vermeldt hoe de in deze paragraaf vermelde informatie verkregen kan worden.

Tabel 3: Informatiebehoefte voor kwaliteitsstoetsing van de relatie tussen etnische gemeenschap en intramurale voorziening inclusief vermelding van methodologie en bron dataverzameling

Aandachtsgebied	Informatiebehoefte	Methodologie en bron van dataverzameling	Data
Satisfactie etnische gemeenschap	Bejegening Betrokkenheid	Kwalitatief: Sleutelinformanten Focus groepen Kwantitatief: Gestructureerde interviews	Informatie over bejegening, betrokkenheid gemeenschap, attitude instelling
Acceptie van de instelling door etnische gemeenschap	Omvang of toeneming aantal migranten	Kwantitatief: patiëntenadministratie PIGG-register casusregister	Toeneming in de tijd van aantallen allochtone hulpvragers
Contact met allochtonenorganisaties	Aard en culturele diversiteit organisaties	Kwalitatief: soort organisaties Kwantitatief: contactfrequentie	Karakter en frequentie van contact met organisaties en spreiding over culturele groepen

4. De relatie tussen de GGZ, andere instellingen en de samenleving

De vierde context die een rol speelt bij het interculturaliseren van een intramurale setting wordt gevormd door de relatie tussen de GGZ en andere instellingen in een verzorgingsgebied.

Die relatie is belangrijk voor het aantal verwijzingen naar de intramurale instelling. Tot voor een aantal jaren werden er weinig allochtonen in het derde echelon van de AGGZ gevonden. In de periode 1972 tot en met 1982 bleef het aantal opnemingen per 1000 per jaar voor migranten 0,81, terwijl het aantal opnemingen per 1000 uit de inheemse bevolking toenam van 1,11 naar 1,57. Over de periode 1980-1985 stegen de landelijke cijfers met betrekking tot de psychiatrische opnemingen van Marokkanen, Surinamers, Turken en Zuid-Europeanen met 75%. Opvallend is het grillige patroon van de stijging van het aantal opnemingen en het tijdsverloop van deze stijging voor de verschillende culturele groepen (vergelijk De Jong 1991a). Die grilligheid valt niet of nauwelijks te verklaren uit verschuivingen in morbiditeitspatronen. Kennelijk vertoont het filter tussen de eerste/tweede lijn en de derde lijn een fluctuerende doorlaatbaarheid. Deze wisselende doorlaatbaarheid hangt samen met een aantal factoren. De eerste factor is het hulpzoekgedrag van de patiënt en zijn familie, dat samenhangt met de reeds eerder vermelde *public health* criteria betrokkenheid van de omgeving en ernst van de behandelbaarheid van de aandoening. Een tweede factor die het filter beïnvloedt is het verwijsgedrag

met inbegrip van beslissingsprocessen van de eerste- en tweedelijns gezondheidswerkers. Een derde factor is de weerstand van hulpverleners of hun reële onvermogen ten aanzien van migrantenproblematiek in het derde echelon. Zo kan de afwezigheid van taalvaardigheid of van tolken er toe leiden dat tweedelijns werkers een migrant niet willen doorverwijzen of dat de intramurale voorziening er niets voor voelt een opname te regelen. Een reëel argument van zowel de tweede- als de derdelijns werkers kan bij voorbeeld zijn dat die migrant waarschijnlijk de hele dag op zijn eentje op een afdeling zit te verkommeren. Contacten tussen de verschillende instellingen en echelons zijn een manier om de doorlaatbaarheid van het filter te vergroten en te verfijnen. De volgende opties kunnen overwogen worden. Regelmatige intervisiebijeenkomsten met het hulpverleningsnetwerk in eerste, tweede en derde lijn. Hiervoor komen in aanmerking het AMW, de huisartsen, CAD, GG&GD, vluchtelingenwerk, instellingen voor jeugdzorg (bureau vertrouwensartsen, kinderpolitie en kinderbescherming, schoolbegeleidingsdienst, sociaal-pedagogische dienst), RIAGG alsook de semi-murale instellingen. In een ruimer verband valt te denken aan de reeds vermelde allochtonenorganisaties, de gemeente, sociale dienst, volkshuisvesting, onderwijsinstellingen, arbeidsbureau en het sociaal-cultureel werk. Op landelijk niveau kunnen contacten onderhouden worden met organisaties als de NVAGG, de RIGG's, het NZF of het Ministerie van WVC.

Behalve contacten kunnen casuïstiekbesprekingen en consultatie op het gebied van de culturele psychiatrie de samenwerking tussen de verschillende echelons verbeteren. Verder is het zinvol om aan te sluiten bij de nieuwe ontwikkelingen rondom het functiedenken door bij voorbeeld protocollen te ontwikkelen voor case-management van allochtone patiënten.

Een intrigerende en tot dusver onopgeloste vraag betreft de relatie tussen het gebruik van intramurale voorzieningen en de aanwezigheid van allochtonen in andere circuits. Bij voorbeeld het 'alternatieve' circuit zoals de cultuur-eigen genezers, het sociale circuit zoals de Hulp voor Onbehuisden (HVO) of de Blijf van mijn Lijf Huizen, en het juridisch circuit zoals de penitentiaire inrichtingen. Zijn de problemen van veel allochtone gezinnen zo omvangrijk en complex dat het niet verwonderlijk is dat zij oververtegenwoordigd zijn in deze circuits? Of bestaat er een verband tussen het relatief geringe aantal allochtonen in de intramurale setting en hun oververtegenwoordiging in de andere voorzieningen? Met andere woorden, is er sprake van een onderconsumptie van psychiatrische en andere zorg, die leidt tot een *overflow* in de andere circuits?

Evaluatie relatie GGZ-samenleving

Kwalitatief. Een aantal vragen kan beantwoord worden met behulp van participerend onderzoek in de etnische groepen en in de instellingen. In combinatie met bij voorbeeld sleutelinformanteninterviews kan dit een beeld geven van patronen van hulpzoekgedrag of van beslissingsprocessen van eerste- en tweedelijns werkers ten aanzien van verwijzing. Dit type evaluatie kan resulteren in het ontwikkelen van gestructureerde interviews die gebruikt kunnen worden voor kwantitatief toetsingsonderzoek.

Kwantitatief. Vragen over gezondheidszorgconsumptie door verschillende etnische groepen binnen de verschillende echelons kunnen de komende jaren met behulp van het landelijk patiënten (PIGG-)register beantwoord worden. Een casusregister is een goed instrument om een steekproefkader te ontwikkelen waarmee hypotheses geformuleerd en ten dele getoetst kunnen worden. Een anonieme toevalligheidskoppeling tussen sociale, huisvestings- en gezondheidszorgbestanden kan een antwoord geven op sommige vragen over relaties tussen bij voorbeeld sociale problematiek en gezondheidszorgconsumptie.

Tabel 4 geeft mogelijkheden weer van het gebruik van dergelijke instrumenten voor de toetsing van psychiatrische zorg in relatie tot andere voorzieningen in het verzorgingsgebied.

Tabel 4: Informatiebehoefte voor kwaliteitsstoetsing van de relatie tussen de GGZ, andere instellingen en de samenleving inclusief vermelding van methodologie, bron van dataverzameling en de verzamelde data

Aandachtsgebied	Informatiebehoefte	Methodologie en bron van dataverzameling	Data
Vóórkomen psychische problemen op bevolkingsniveau	Morbiditeit bevolking	Kwantitatief: Epidemiologisch	Prevalentie Incidentie
Doorlaatbaarheid filter tussen verschillende echelons	Betrokkenheid omgeving Ernst aandoening Hulpzoekgedrag Verwijsgedrag Absorptievermogen van intra/semimurale setting	Kwalitatief: particip. observatie sleutelinformanten focusgroepen Kwantitatief: gestructureerde interviews	Besluitvormingsprocessen en gedrag die de doorlaatbaarheid van de filters reguleren
Gezondheidszorgconsumptie in 1e, 2e en 3e lijn per etnische groep	Morbiditeit per echelon	Kwantitatief: PIGG-register Casusregister	Prevalentie/incidentie in 1e, 2e en 3e lijn
Netwerkontwikkeling	Betrokkenheid van instelling/ directie in regionale/landelijke netwerken	Kwantitatief: gestructureerde interviews	Aard en frequentie contacten Coördinatie zorg, voorlichting, preventie

Tot slot

De intentie van dit artikel is om de interculturalisatie van intra- en semimurale instellingen in de AGGZ te stimuleren. De bestaande migrantenhulpverlening in deze sector bevindt zich in een wanverhouding ten opzichte van de omvang van de migrantenpopulatie. Dit artikel heeft niet alleen aangegeven hoe de interculturalisatie vorm kan krijgen, maar ook hoe de intramurale en semimurale AGGZ de nieuwe ontwikkelingen kan toetsen en bijsturen.

Voetnoot

1. Hierbij staat de vraag centraal of het menselijk bestaan een afspiegeling vormt van universele, algemeen menselijke trekken, van hun unieke individualiteit, of van het sociale milieu en de historische context waarin zij gesocialiseerd werden en leven. Universalisten zijn volgens Tyler e.a. (1991) de aanhangers van de school die de universele elementen van menselijke groei, ontwikkeling en doelmatig functioneren benadrukken. De particularistische school accentueert de unieke elementen van verschillende groepen van individuen. Een derde school erkent en aanvaardt zowel overeenkomsten als verschillen tussen groepen met betrekking tot hun ontwikkeling en ervaring. De aanhangers van deze school worden aangeduid als *transcendists*.

Zowel Tyler als een aantal andere ‘transcendente’ onderzoekers beschouwen etniciteit, ras en cultuur als variabelen die therapeutische processen in aanzienlijke mate beïnvloeden.

Referenties

Donker, M. (1992), Kwaliteit: van veelkoppig monster tot aaibaar huisdier. Uit: Verslag werkconferentie ‘Kwaliteit en vrouwenhulpverlening’ 25 maart 1992. Metis, Utrecht.

Griffith, M.S. (1977), The influence of race on psychotherapeutic relationships. *Psychiatry* 40, 27-40.

Haan, H.F. (1993), *Improviseren in een caleidoscoop. Management en innovatie van de GGZ voor migranten*. Research voor Beleid BV, Leiden.

Hoof van, F.C.M. (1993), Kwaliteitsbewaking: meer dan procedures. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 48, 1, 3-15.

Jong de, J.T.V.M. (1987), *A descent into African psychiatry*. Koninklijk Instituut voor de Tropen, Amsterdam.

Jong de, J.T.V.M. (1991a), Migrantenzorg, een Janusbeleid? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 33, 6, 418-430.

Jong de, J.T.V.M. (1991b), Vreemde gezinnen? Systeemtherapie met Marokkaanse, Turkse en Surinaamse gezinnen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 9, 924- 938.

Jong de, J.T.V.M. (1992a), Het universalisme-debat aan de hand van twee cultuurgebonden syndromen. Naar een nieuw paradigma in de vergelijkende psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 10, 684-699.

Jong de, J.T.V.M. (1992b), Universalisme versus particularisme: van een achterhaalde leerstelling naar een nieuwe onderzoeksmethodologie. In: *Vervreemd of vreemdelling?* (red. J.T.V.M. de Jong, R.J.M. Wesenbeek). Koninklijk Instituut voor de Tropen, Amsterdam.

Jong de, J.T.V.M. (1992c), Conceptnota voor de ontwikkeling van de migrantenhulpverlening in de regio Amsterdam-Zuid/Nieuw-West. Bibliotheek PCA/ VU, Amsterdam, 1-24.

Jong de, J.T.V.M. (1993), Principles of monitoring services provided by a public mental health program. In: *Science of refugee mental health: new concepts and methods* (red. R. Mollica). Cambridge University Press, Cambridge, ter perse.

Kaplan, C.D., D. Korf, C. Sterk (1987), Temporal and social contexts of heroin- using populations. *Journal of nervous and mental disease* 175, 9, 566-574.

Kortmann, F.A.M. (1989), Psychiatrische ziekten, universeel of cultuurgebonden? Een spanningsveld in de transculturele psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 44, 1, 16-30.

Lee, E. (1982), A social system approach to assessment and treatment for Chinese American families. In: M. McColdrick (red.), *Ethnicity and Family Therapy*. Guilford Press, New York.

Lee, E. (1985), Inpatient psychiatric services for Southeast Asian refugees. In: T.C. Owen (red.), *Southeast Asian mental health: treatment, prevention, services, training and research*. National Institute of Mental Health, Washington.

Lerner, S. (1972), *Therapy in the ghetto: political impotence and personal desintegration*. John Hopkins University Press, Baltimore.

Limburg-Okken, A. (1989), *Migranten in de psychiatrie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Morley, D. (1973), *Paediatric priorities in the developing world*. Butterworth, Londen.

NcGv (1992), *Verscheidenheid in kwaliteit*. NcGv, Utrecht.

Pannekeet, C. (1991), *RIAGG-hulpverlening aan Turken en Marokkanen*. Boom, Meppel/Amsterdam.

Raad voor Gezondheidsonderzoek (1990), Advies kwaliteit van zorg. Terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek. Den Haag.

Sue, S., N. Zane (1977), The role of culture and cultural techniques in therapy: a critique and reformulation. *American psychologist* 42 (1), 37-45.

Tyler, F.B., D. Ridley Brown, J.E. Williams (1991), *Ethnic validity, ecology and psychotherapy: a psychosocial competence model*. Plenum Press, New York.

Wood, J.F. (1970), Utilising therapeutic potential in psychiatric hospital staff. *Psychopathologie Africaine* VI, 301-321.

Wong, H.Z. (1982), Mental health services to Asian and Pacific Americans. In: L.R. Snowden (red.), *Reaching the Underserved: Mental Health Needs of Neglected Populations*. Sage, Los Angeles.

Yamamoto, J., Q. James, M. Bloombaum, J. Hattem (1967), Racial factors in patient selection. *American Journal of Psychiatry* 5, 630-636.

Summary: Multiculturalization of the Mental Health Care System: strategies and quality surveillance

In comparison with the community mental health care services, the residential and semirural mental health care sector in the Netherlands has hardly given serious attention to the process of multiculturalization of the population. To improve the services for immigrants a number of measures is proposed. These measures modify four different treatment contexts: (a) the relation between the immigrant patient, therapist and treatment team; (b) the treatment context in the institution; (c) the relation between the hospital and the ethnic group; (d) the relation between the mental health care system and the society. In addition, the paper provides a methodology for quality surveillance of the process of change within each of these four contexts. A number of qualitative and quantitative criteria and indicators to monitor the process of multiculturalization of mental health services are mentioned.

J.T.V.M. de Jong is bijzonder hoogleraar transculturele psychiatrie aan de VU. Adres: Durgerdammerdijk 180, 1026 CL Amsterdam.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-6-1993.