

De kleur van de gezondheidszorg

*Is de Nijmeegse gezondheidszorg toegankelijk
voor allochtonen?*

Inhoudsopgave

1	Samenvatting	1
1.1	De aanleiding voor het onderzoek	1
1.2	Achtergronden met betrekking tot de centrale onderzoeksvraag	1
1.3	Probleemstelling en onderzoeksopzet	2
1.4	Onderzoeksresultaten: het algemene beeld	2
1.5	Onderzoeksresultaten: ontwikkelingen per sector	3
1.6	Beleidsaanbevelingen	4
2	Inleiding	5
2.1	Achtergrond	5
2.2	Het bestaande onderzoek	6
2.3	Een interculturele thermometer	9
2.4	Opzet en opbouw van de onderzoeksrapportage	10
3	Probleemstelling en onderzoeksopzet	11
3.1	Inleiding	11
3.2	Probleemstelling	11
3.3	Onderzoeksopzet	12
4	Verslag van het onderzoek: de worsteling met een groeiende allochtone cliëntèle	15
4.1	Inleiding	15
4.2	Preventieve gezondheidszorg	15
4.2.1	Bureau Jeugdzorg	15
4.2.2	Stichting Jeugd Tandverzorging	16
4.2.3	GGD (preventieve gezondheidszorg voor 4-19 jarigen)	17
4.2.4	GGD (algemeen)	18
4.2.5	Thuiszorg	19
4.3	Huisartsen	20
4.4	Ziekenhuizen	22
4.4.1	Radboudziekenhuis	22
4.4.2	Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	24
4.4.3	Sint Maartenskliniek	25
4.5	Ouderenzorg	26
4.5.1	Verpleeghuizen	26
4.5.2	R.I.O.	27
4.5.3	Thuiszorg	27
4.5.4	Kwalitatief onderzoek	27
4.6	De geestelijke gezondheidszorg (inclusief verslavingszorg)	28
4.6.1	GGZ	28

4.6.2 R.I.B.W.	29
4.6.3 Dagactiviteitencentrum Phoenix	30
4.6.4 Verslavingszorg	30
4.7 Belangenorganisaties van patiënten	31

5 Conclusies en aanbevelingen: de Nijmeegse gezondheidszorg op weg naar kleurring **33**

5.1 Inleiding	33
5.2 De situatie in Nijmegen	34
5.3 Komt de situatie in Nijmegen overeen met de verwachting?	37
5.4 Knelpunten – beleidsaanbevelingen	38

1 Samenvatting

1.1 De aanleiding voor het onderzoek

De gemeente Nijmegen voert een lokaal sociaal beleid. Daarin wordt de wens uitgesproken dat alle ingezetenen van de stad in gelijke mate kunnen participeren binnen de verschillende sociale voorzieningen. Aldus zouden er ook voor allochtonen geen belemmeringen mogen zijn om als volwaardige burgers deel te nemen aan de Nijmeegse samenleving. Bij de gemeentelijke directie Wijk aanpak & Leefbaarheid opereert een procesmanager multiculturele samenleving. Zijn taak is het om coördinerend op te treden ten aanzien van al die maatschappelijke ontwikkelingen die te maken hebben met een groeiende aanwezigheid van allochtone stadsbewoners. Welnu, de procesmanager multiculturele samenleving vraagt zich af in welke mate de lokale gezondheidszorg toegankelijk is voor allochtonen en in welke mate de geboden zorg tegemoet komt aan de specifieke problemen en behoeften van de mensen die niet hier geboren zijn. Aan de afdeling Onderzoek & Statistiek is gevraagd om door middel van een onderzoek op deze vragen een antwoord te geven. Is de Nijmeegse gezondheidszorg (in voldoende mate) toegankelijk voor allochtonen?

1.2 Achtergronden met betrekking tot de centrale onderzoeksvraag

Een samenleving die multicultureel wil zijn zal haar instituties in die zin moeten (her)inrichten dat personen vanuit verschillende culturele achtergronden geen specifieke belemmeringen hoeven te ondervinden om een beroep op die instituties te doen. Maar in de praktijk blijkt dat veel instellingen nog niet (echt) toegankelijk zijn voor allochtonen. Daardoor zijn de geboden hulpverlening en zorg nogal eens kwalitatief onder de maat, juist als het om allochtonen gaat. Voortdurend zijn er daarbij twee invalshoeken te onderscheiden. Aan de ene kant (veelal) communicatieproblemen die het gevolg zijn van bepaalde tekorten bij allochtonen. Als zij bijvoorbeeld gebrekkig Nederlands spreken kunnen ze niet of nauwelijks verwoorden wat hun klacht is. Aan de andere kant blijken de verschillende instellingen te weinig structureel om te gaan met het gegeven dat een steeds groter deel van hun cliëntèle uit allochtonen bestaat.

Specifiek met betrekking tot de gezondheidszorg blijkt uit bestaand onderzoek dat de volgende problemen zich voordoen, waardoor de toegankelijkheid voor allochtonen allerminst een gegeven is.

-Op de eerste plaats is er sprake van een gezondheidsachterstand onder allochtonen. Bepaalde ziektes (zoals diabetes en tuberculose) komen structureel veel meer voor dan bij autochtonen. De kindersterfte is bij allochtonen hoger dan bij autochtonen. Etc.

-Op de tweede plaats is er sprake van een grote druk op de gezondheidsinstellingen. Met name door de communicatieproblemen (ten gevolge van taalachterstand en culturele verschillen) duren de consulten met allochtonen veel langer dan die met autochtonen.

-Op de derde plaats zijn de instellingen nog in onvoldoende mate structureel bezig om de gerezen problemen (ten gevolge van een groeiende allochtone cliëntèle) het hoofd te bieden. Met name managers en andere leidinggevendenden onderkennen de problemen nog te weinig.

-Op de vierde plaats tenslotte is er een dieperliggende problematiek die te maken heeft met de culturele afstand van veel allochtonen ten opzichte van de moderne, westerse

samenleving. Zij zijn veelal collectivistisch opgevoed en niet gewend om individueel te handelen, terwijl de moderne samenleving juist op dat individuele perspectief hamert.

In de lijn van een recent advies van de Raad voor de Volksgezondheid heeft minister Borst dringend geadviseerd om de Nederlandse gezondheidszorg cultuurgevoeliger te maken, dat wil zeggen meer rekening te houden met de specifieke achtergrond van allochtone patiënten. Concreet stelt zij voor:

- de vestiging van een centraal informatiepunt,
- werken met allochtone zorgconsulenten,
- onderzoek, ontwikkeling en monitoring,
- het hanteren van interculturele perspectieven in de medische opleiding,
- intercultureel management en personeelsbeleid,
- meer eigen inbreng van allochtone organisaties.

1.3 Probleemstelling en onderzoeksopzet

De centrale onderzoeksvraag (in welke mate is de Nijmeegse gezondheidszorg toegankelijk voor allochtonen?) is vertaald naar een drietal concrete subvragen:

- Wat zijn de belangrijkste knelpunten (binnen de verschillende instellingen van gezondheidszorg) met betrekking tot het omgaan met allochtone patiënten?
- In welke mate is er sprake van een specifiek op allochtonen gericht beleid?
- Is er sprake van intercultureel organisatie en personeelsbeleid?

Deze vragen worden in het onderzoek beantwoord voor alle instellingen binnen de Nijmeegse gezondheidszorg. Daarbij is de volgende onderverdeling gemaakt: preventieve zorg, huisartsen, ziekenhuizen, verpleging, geestelijke zorg (inclusief verslavingszorg) en belangenbehartiging.

Er is een vragenlijst gestuurd naar de instellingen. Aanvullend zijn er gesprekken gevoerd met een aantal betrokkenen in het veld.

1.4 Onderzoeksresultaten: het algemene beeld

Voor het hele veld van de Nijmeegse gezondheidszorg geldt dat er problemen zijn met betrekking tot het omgaan met allochtone patiënten. Vrijwel overal hebben die problemen met name te maken met de gebrekkige communicatie tussen de zorgaanbieders en de allochtone zorgontvangers. Veel allochtonen spreken slecht Nederlands en / of zijn niet bekend met het systeem van de Nederlandse gezondheidszorg. Dat leidt tot extra druk bij met name de preventieve en eerstelijns gezondheidszorg. Er moeten tolken ingeschakeld worden, familieleden worden gevraagd om informatie over te brengen – wat vaak een pijnlijke zaak is in verband met privacy e.d. – en soms wordt er primitief met plaatjes gewerkt om te achterhalen met welke klacht iemand rondloopt. Consulten met allochtonen duren daardoor veel langer dan met autochtonen. De verwijzing naar een vervolgtraject (ziekenhuis e.d.) pakt nogal eens verkeerd uit als gevolg van de communicatieve stoornissen. De meeste instellingen ontberen tijd en / of middelen om structureel de genoemde problemen op te lossen. Wat dat betreft staat de interculturalisatie van de Nijmeegse gezondheidszorg nog in de kinderschoenen. Alom wordt erkend dat interculturele beleidsontwikkeling noodzakelijk is, structureel kost het moeite om die ontwikkeling ook daadwerkelijk door

te voeren. Een typerende constatering tenslotte is het gegeven dat vrijwel nergens allochtonen evenredig vertegenwoordigd zijn in het personeelsbestand.

1.5 Onderzoeksresultaten: ontwikkelingen per sector

De preventieve zorg

Belangrijke ontwikkelingen (met betrekking tot interculturalisatie) hebben zich voorgedaan bij de GGD. Een tijdlang is er gewerkt met twee allochtone zorgconsulenten. Deze werden met name ingezet om huisartsen te ondersteunen, ter verduidelijking van allochtone zorgvragen. Door omstandigheden is de GGD zelf gestopt met de zorgconsulenten, maar het nut ervan wordt eigenlijk door niemand betwijfeld. Temeer daar de consulenten ook goed werk deden in verband met gezondheidsvoorlichting op scholen e.d. Bij de GGD is een leidinggevende verantwoordelijk voor intercultureel beleid. Het intercultureel adviesbureau *Osmose* is ingeschakeld bij het doorlichten van de eigen organisatie op het punt van allochtonenbeleid.

De huisartsen

Gebleken is dat niet alle huisartsen evenveel knelpunten ervaren met betrekking tot het omgaan met allochtone patiënten. Met name de huisartsen in de aanpak en attentiewijken (waar veel allochtonen wonen) ondervinden een groeiende druk ten gevolge van de allochtone cliëntèle. Doorgaans zoekt men oplossingen in de sfeer van extra tijd en persoonlijk inlevingsvermogen. Een aantal huisartsen heeft zich verenigd in een zogenaamde allochtonencommissie. Binnen dit initiatief wordt structureel nagedacht over de zorg aan allochtonen. Tevens is er overleg met allochtone belangengroeperingen.

De ziekenhuizen

In beide grote Nijmeegse ziekenhuizen opereren werkgroepen multiculturele zorg, die onder leiding staan van leidinggevende functionarissen. Per afdeling is er een contactpersoon (meestal een verpleegkundige) die rapporteert over zijn of haar bevindingen ten aanzien van problemen met allochtone patiënten. In de ziekenhuizen zou men het op prijs stellen wanneer de huisartsen bij de verwijzing van allochtone patiënten melding maken van eventuele communicatieproblemen, opdat op tijd noodzakelijke voorzieningen getroffen kunnen worden. In de ziekenhuizen zijn er aparte voorzieningen voor allochtonen, denk aan: bijzonder voedsel, eigen ruimtes in stiltecentra e.d. Het aantrekken van allochtoon personeel blijkt niet gemakkelijk te zijn.

Ouderenzorg / verpleging

In het algemeen doen allochtone ouderen niet of nauwelijks een beroep op de verplegende zorg. Dit komt met name doordat zij deze zorg zo veel mogelijk in eigen familiekring trachten te ontvangen. Bij het Regionaal Indicatie Orgaan (waar ouderen zich kunnen melden in verband met hulpvragen) staan slechts weinig allochtonen ingeschreven. Bij de Thuiszorg en in verpleeghuizen zijn er nauwelijks allochtone cliënten. Op zich kan dit gegeven in de toekomst aanleiding zijn voor extra druk op de zorginstellingen, aangezien het aantal allochtone ouderen in de stad toeneemt.

Geestelijke gezondheidszorg (inclusief de zorg voor verslaafden)

De GGZ Nijmegen heeft twee jaar geleden een werkgroep transculturele hulpverlening in het leven geroepen. Gebleken is dat relatief veel allochtonen – denk met name aan al of niet getraumatiseerde asielzoekers en vluchtelingen – kampen met psychiatrische stoornissen. De werkgroep transculturele hulpverlening erkent dat een groot deel van die stoornissen niet op te lossen is met de gangbare behandelmethodes. Getracht wordt om aan de hand van individuele cases nieuwe methodieken te ontwikkelen. Verder hanteert men het zogenaamde driegesprek (cliënt, huisarts en hulpverlener van de GGZ), om zo helder mogelijk te krijgen wat precies het probleem van de hulpvragende is. Overigens is de GGZ zowel plaatselijk als landelijk begonnen met de registratie van patiënten op basis van hun etniciteit.

In de verslavingszorg zijn er weliswaar steeds meer allochtone cliënten, maar er is nog geen structureel beleid om met de nieuwe doelgroep om te gaan. Wel zijn er samenwerkingsverbanden opgezet met het asielzoekerscentrum en met preventieve projecten voor Antilliaanse en Somalische jongeren.

Belangenbehartiging

In de verschillende organisaties van patiënten blijken allochtonen vrijwel geheel afwezig te zijn.

1.6 Beleidsaanbevelingen

De Nijmeegse gezondheidszorg is op weg naar interculturalisering. Maar, zoals gezegd: het proces staat nog in de kinderschoenen. Om dit proces verder en meer structureel tot ontwikkeling te brengen zijn de volgende zeven aanbevelingen gedaan:

- Er moet meer (ketengericht) samengewerkt worden tussen de verschillende instellingen. Verwijzingen kunnen beter, patiëntgerichte informatie moet bijtijds uitgewisseld worden.
- Het werk van allochtone zorgconsulenten verdient aanbeveling. Deze intermediairs kunnen van waarde zijn als bemiddelaars tussen zorgaanbieders en zorgvragers.
- Voorlichting onder allochtone gemeenschappen kan zinvol zijn mits deze gericht plaatsvindt, dat wil zeggen betrekking heeft op een afgebakend onderwerp of een ziekte die veel bij allochtonen voorkomt.
- De installatie van een gemeentebreed informatie en steunpunt zou van doorslaggevend belang zijn in verband met de coördinatie van activiteiten. Tevens zou het werk van de reeds actieve interculturele managers aangestuurd kunnen worden.
- De registratie van allochtone patiënten zou overwogen moeten worden.
- Er zou meer gewerkt moeten worden in samenhang met sleutelfiguren en andere relevante vertegenwoordigers van allochtone gemeenschappen. Bedoeld om beter aan te sluiten bij bestaande gemeenschapsstructuren en bestaande vormen van mantelzorg.
- Aangezien het allochtoon personeelsbeleid bij de verschillende instellingen nauwelijks vordert verdient het overweging om te kijken naar de mogelijkheden om allochtonen via gesubsidieerde arbeidsplaatsen in dienst te nemen.

2 Inleiding

2.1 Achtergrond

Met de constatering dat de samenleving qua bevolkingssamenstelling feitelijk multicultureel is, wordt de vraag opgeworpen of de verschillende maatschappelijke instellingen wel in gelijke mate toegankelijk zijn voor alle burgers. Scherper geformuleerd: zijn er voor allochtonen¹ specifieke belemmeringen om gebruik te maken van algemene voorzieningen? En: is de kwaliteit van de geleverde dienstverlening (niet) afhankelijk van de specifieke culturele of religieuze context van de zorgcliënten? Bij de term *toegankelijkheid* moet men daarom niet in de eerste plaats denken aan louter formele criteria. Immers op zich zullen alle maatschappelijke instellingen en voorzieningen, zo mag men tenminste aannemen, voor iedereen in gelijke mate open staan, ongeacht iemands persoonlijke achtergrond. Waar het echter wezenlijk om gaat is de vraag of er niet toch barrières zijn – met betrekking tot de toegankelijkheid –, juist als gevolg van specifieke kenmerken bij de gebruikers van de zorg. Denk bijvoorbeeld aan mensen die hun verlangens niet goed naar voren kunnen brengen omdat ze gebrekkig Nederlands spreken. Of neem degenen die verkeerd begrepen worden omdat ze denken en handelen vanuit alhier niet gangbare referentiekaders. In dit soort gevallen zal de formele gelijkheid botsen met een feitelijke ongelijkheid.

Het maatschappelijk debat over de participatie en integratie van allochtonen krijgt met het vraagstuk van de toegankelijkheid van zorginstellingen (voor allochtonen) een extra dimensie. Wanneer zaken als verblijfsvergunning, burgerschap en gelijkheid formeel geregeld zijn betekent dat dan vervolgens ook dat allochtonen, nieuwkomers, etnische minderheden (of hoe ze ook mogen heten) daadwerkelijk als gelijke en volwaardige ingezetenen kunnen functioneren? Dat is doorgaans niet het geval. Immers het sociale functioneren van mensen is het gevolg van langdurig aangeleerde attitudes en vaardigheden. Allochtonen hebben in de meeste gevallen een eigen socialisatiegeschiedenis, waardoor hun functioneren in Nederland gedurende lange tijd problematisch is. Voor hen vanzelfsprekende patronen zullen botsen met de kaders zoals ze in Nederland gangbaar zijn. Niet alleen het beheersen van de Nederlandse taal is aan de orde, tevens zijn dat: het begrijpen van typische omgangsvormen, het doorgronden van (geheime) codes, het weten waar te zijn voor bepaalde problemen e.d. Kortom, de vraag in hoeverre de samenleving feitelijk multicultureel is hangt af van de omgang met de zojuist genoemde problemen. In welke mate zijn de allochtonen toegerust om volwaardig maatschappelijk te kunnen functioneren? In welke mate houden de maatschappelijke instellingen rekening met de specifieke problemen van allochtonen?

Typisch voor Nederland is het gegeven dat de feitelijke participatie van allochtonen achterblijft bij de met de mond beleden verwachtingen en doelstellingen. Ondanks het

¹ Met allochtonen worden in dit onderzoeksverslag bedoeld: degenen die vallen in de categorie B-landen. Dat zijn personen die ofwel zelf of waarvan een der beide ouders geboren zijn in een ander land dan Nederland en waarbij dat land gerekend wordt tot de arme landen. Volgens de laatste cijfers van Onderzoek & Statistiek waren er op 1 januari van het jaar 2001 aldus 22.114 allochtone inwoners in Nijmegen. Dat is plusminus 15% van de totale bevolking.

feit dat er al decennia lang vele landgenoten van allochtone herkomst blijken te zijn, is de regering steeds uiterst voorzichtig geweest met de erkenning dat Nederland een immigratieland is (of zou moeten zijn). Een van de gevolgen hiervan is dat veel maatschappelijke instellingen nog niet echt toegerust zijn om met de groeiende diversiteit onder de bevolking om te gaan. In het perspectief om wél om te kunnen gaan met die (culturele) diversiteit wordt er gesproken over *interculturalisatie*. Met die term wordt over het algemeen bedoeld: het proces van intercultureel worden. In dat proces worden culturele verschillen – zoals die bijvoorbeeld gegeven zijn binnen het personeelsbestand van een arbeidsorganisatie of binnen de groep cliënten van een zorginstelling – herkend, geaccepteerd en zelfs gewaardeerd. Daarbij is het uiteindelijk de bedoeling dat het kunnen omgaan met culturele verschillen een normale en vanzelfsprekende zaak is binnen elk maatschappelijk lichaam.

Welnu, het onderhavige onderzoek naar de vraag of de gezondheidszorg in Nijmegen toegankelijk is voor allochtonen moet begrepen worden vanuit de zojuist geschetste invalshoek.

2.2 Het bestaande onderzoek

Op het gebied van de gezondheidszorg zijn al diverse onderzoeken verricht naar de toegankelijkheid en de kwaliteit (van de zorg) voor allochtonen. Er is een toenemende maatschappelijke druk om problemen helder in kaart te brengen. Het sociale welbevinden van burgers hangt in sterke mate af van de vraag of men ziek dan wel gezond is. Steeds meer ingezetenen zijn elders geboren. Hoe gaan zij om met hun gezondheid? Hebben allochtonen in dezelfde mate als autochtonen toegang tot de zorginstellingen? Is hun gezondheidsbeleving wezenlijk anders dan die van de gevestigde Nederlanders? Kan men spreken van typische verschillen tussen allochtonen en autochtonen als het gaat om het gebruik van gezondheidsvoorzieningen?

We gaan nu kort in op een tweetal onderzoeken – een met een landelijk en een met een lokaal karakter – om de problematiek verder op het spoor te komen.

Landelijk

In 2000 verscheen het rapport *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*.² Hierin wordt inderdaad gesproken van een typische problematiek. Gemiddeld genomen blijken allochtonen een gezondheidsachterstand ten opzichte van autochtonen te hebben, zelfs wanneer de autochtonen waarmee men vergelijkt behoren tot de zogenaamde sociaal zwakke groepen (waarvan bekend is dat ze er doorgaans een ongezonde leefstijl op na houden). Bovendien is het sterftecijfer onder allochtonen hoger. Het rapport wijst naar een groot aantal terreinen alwaar qua zorgconsumptie sprake is van een allochtone problematiek. Om er een paar te noemen:

-Wanneer het gaat om de eerstelijnszorg valt op dat allochtonen vaker dan autochtonen naar de huisarts gaan, dat de consulten door communicatieproblemen relatief veel tijd in beslag nemen, dat er nauwelijks aandacht wordt besteed aan psychotherapeutische problemen en dat er relatief vaak medicijnen worden voorgeschreven. Met name als gevolg van communicatiestoornissen komt het nogal eens voor dat allochtonen verkeerd worden doorverwezen (naar ziekenhuizen e.d.).

² Raad voor de Volksgezondheid & Zorg: *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Zoetermeer, 2000.

-Op het gebied van de geestelijke volksgezondheid blijken allochtonen veel minder vaak dan autochtonen gebruik te maken van de aangeboden dienstverlening. Wanneer ze al een beroep doen op het zorgaanbod betreft het vooral de ambulante voorzieningen. Hulpverleners geven aan dat ze ook hier in veel gevallen (noodgedwongen) verkeerd diagnosticeren en behandelen, als gevolg van communicatieproblemen.

-Allochtone ouderen blijken slechts in zeer geringe mate gebruik te maken van de voorzieningen waar ze recht op hebben. Ze zijn onbekend met het zorgaanbod, bovendien trachten ze zo lang mogelijk afhankelijk te blijven van verzorging in eigen kring door familieleden.³ Een andere reden om geen beroep te doen op maatschappelijke zorginstellingen is de wens om ooit nog eens terug te keren naar het land van herkomst. Als gevolg van die wens blijken mensen de consultatie van maatschappelijke hulpverlening uit te stellen.

De studie *Interculturalisatie van de gezondheidszorg* concludeert dat de toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg voor allochtonen nog veel mankementen vertoont: gebrekkige communicatie tussen zorgverlener en patiënt, weinig informatie over de structuur van de gezondheidszorg bij de allochtonen, geen allochtone deelname aan cliëntenraden, om slechts een paar problemen te noemen. Maar, zo concludeert de studie ook, de problemen worden nog te weinig door het management binnen de gezondheidszorg serieus genomen. Meestal zijn het de artsen en het verplegend personeel die er direct mee geconfronteerd worden en die aan de bel trekken. Maar structureel wordt er te weinig gedaan om oplossingen te zoeken. Er heerst nog te veel een sfeer van tijdelijkheid en vrijblijvendheid.

Vandaar dat minister Borst (verantwoordelijk voor volksgezondheid, welzijn en sport)⁴ ervoor pleit om samen met het brede veld van de gezondheidszorg te komen tot een nieuwe en krachtige impuls ter verankering van de interculturalisatie. Ze toont zich expliciet voorstandster van "een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg met als doel allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen." Daarbij noemt de minister de volgende zes prioriteiten:

- het ontwikkelen van een infrastructuur en een centraal aanspreekpunt,
- het inschakelen van allochtone zorgconsulenten,
- het stimuleren van onderzoek, ontwikkeling en monitoring,
- de interculturalisatie van opleidingen,
- het ontwikkelen van intercultureel management en intercultureel personeelsbeleid,
- het stimuleren van de eigen inbreng van allochtonen (onder andere via de zelforganisaties).

³ Zo laten Turkse en Marokkaanse ouderen zich doorgaans verzorgen door hun dochters of schoondochters. Dit legt soms een zware druk op de gemeenschap. Voor de ouderen is de familiale zorg vanzelfsprekend, terwijl de jongeren nogal eens onder die verplichting uit willen. Om daarover te praten (in eigen kring) blijkt heel moeilijk, zo niet onmogelijk te zijn.

⁴ Zie haar schrijven aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 13 november 2000.

Lokaal

Ook in 2000 verscheen het rapport *Colourful Care. Multiculturele zorg: tussen beleid en mentaliteit*.⁵ Hierin worden verschillende gezondheidsinstellingen in Utrecht en Nijmegen doorgelicht vanuit de vraag of ze toegankelijk zijn voor allochtonen. In een beschouwing vooraf schetst de schrijver van het rapport de maatschappelijke en culturele contouren van multiculturele zorg. De gangbare behandelwijzen in de Nederlandse gezondheidszorg blijken niet altijd aan te slaan bij allochtone patiënten. Doorgaans wordt in het moderne Nederland de patiënt gezien als een autonoom en mondig individu dat in steeds meer gevallen met de arts mee kan denken en zelfs mee kan beslissen over de te volgen behandeling. Het heet dan dat mensen zelfredzaam zijn; dienovereenkomstig is de aangeboden zorg een op persoonlijke maat gesneden traject. Deze ontwikkeling past echter niet in culturen waar een actieve en individualistische benadering allerminst vanzelfsprekend is. Veel allochtonen stammen uit een zogenaamd collectivistisch samenlevingsverband en zijn niet gewend om zelf beslissingen te nemen. Aldus zal de communicatie binnen de Nederlandse gezondheidszorg stagneren, nog afgezien van taalproblemen, ten gevolge van kortsluitingen tussen twee verschillende culturele referentiekaders. Die verschillen kunnen daarenboven extra problematisch zijn wanneer er sprake is van een traumatisch verleden of van stress door specifieke migratieperikelen.

De dialoog tussen arts (of hulpverlener in het algemeen) en patiënt is essentieel. Wanneer deze bemoeilijkt wordt door taalachterstand en culturele verschillen komt de kwaliteit van de geboden hulpverlening in het geding. Daarom pleit ook het rapport *Colourful Care* voor een structurele interculturalisatie van de gezondheidszorg. Vooralsnog heeft de zorg te weinig daadwerkelijk geanticipeerd op de groeiende aanwezigheid van een multiculturele patiëntenshare.

Voor de Nijmeegse situatie wordt geconcludeerd dat de interculturalisatie van de gezondheidszorg weliswaar een thema is, maar dat het feitelijke proces van interculturalisatie nog in de kinderschoenen staat. Dat wil zeggen dat de meeste instellingen, indien ze geconfronteerd worden met een allochtone cliëntèle, zo goed en zo kwaad als het kan trachten rekening te houden met culturele diversiteit, maar dat er geen structureel beleid in deze richting gevoerd wordt. In *Colourful Care* worden voorlopers, middengroepen en achterblijvers onderscheiden. In feite is er maar een enkele voorloper, namelijk de GGD. Hier wordt min of meer systematisch werk gemaakt van een aanpassing van het zorgaanbod ten behoeve van allochtonen. Bovendien zijn er twee allochtone zorgconsulenten in dienst. Het RIAGG is een goede middenmotor met de oprichting van een werkgroep transculturele hulpverlening. Voor de rest bedienen huisartsen en ziekenhuizen zich van tolken en voorlichtingsmateriaal in een aantal vreemde talen (met name Turks en Arabisch). Vaak blijkt de communicatie met allochtonen letterlijk een kwestie van handen en voetenwerk te zijn: met gebaren en plaatjes trachten stap voor stap de dialoog met de patiënt overeind te houden.

⁵ Drs. G. Olthuis: *Colourful Care. Multiculturele zorg: tussen beleid en mentaliteit*. In opdracht van de Wetenschapswinkel Nijmegen. Nijmegen, 2000.

Aanvullend onderzoek

Beide zojuist genoemde onderzoeken waren hoofdzakelijk bedoeld als terreinverkenning. Ze gingen uit van de vraag hoe vanuit het oogpunt van toegankelijkheid en kwaliteit de gezondheidszorg beter afgestemd kan worden op de zorgvraag van een toenemend aantal allochtone patiënten. Daarbij is in het onderzoek van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg gekeken naar het zorggebruik van allochtonen en naar de resultaten van maatregelen om de zorg aan allochtonen te verbeteren. Vervolgens is aan de minister een tiental verbeteringen voorgesteld. In het in Nijmegen en Utrecht uitgevoerde onderzoek van de Nijmeegse wetenschapswinkel is getracht om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van het probleem op lokaal niveau. Door middel van een open interview zijn diverse mensen uit verschillende sectoren van de gezondheidszorg benaderd om over een viertal onderwerpen te spreken: voorzieningen, deskundigheid van hulpverleners, kennis van migranten en interculturalisatie van de zorg. Daarbij lag de nadruk op de morele overwegingen die het beleid van de zorginstellingen rondom allochtonen vormgeven.

De reden van aanvullend onderzoek is de wens om helder in beeld te krijgen hoe de verschillende Nijmeegse instellingen op het gebied van de gezondheidszorg concreet omgaan met de aanwezigheid van een groeiende allochtone cliëntèle. Het is niet meer nodig om het probleem zelf in kaart te brengen. Veeleer moet onderzocht worden hoe de instellingen ermee omgaan en of er vooruitgang in die wijze van omgaan geboekt wordt.

2.3 Een interculturele thermometer

Het is goed om de zogenaamde interculturalisatie van gezondheidsinstellingen als een proces op te vatten. Waar het om gaat is dat de instellingen naar een bepaald einddoel moeten toe groeien: uiteindelijk moet de gezondheidszorg voor allochtonen even toegankelijk zijn als voor autochtonen. Dat wil zeggen dat de belemmeringen die er nu zijn, zoals taalachterstand en cultuurverschillen, in zodanige mate overbrugd worden dat de kwaliteit van de zorg er niet (meer) onder leidt. Dat proces kan geruime tijd in beslag nemen. Voor Nijmegen geldt dat de uitgangspositie anders is dan bijvoorbeeld in de Randstad. Het aantal allochtonen (vallend onder het doelgroepenbeleid) blijft, ondanks een gestage groei, beperkt tot plusminus vijftien procent van de gehele bevolking. Daarom zijn veel instellingen extra huiverig met de aanpassing van hun organisatie in de richting van (meer) culturele diversiteit. De problematiek is die van een minderheid.

De vraag of het proces van interculturalisatie succesvol is hangt volgens het Haagse psycho-medisch centrum *Parnassia*⁶ met name af van drie factoren:

- de gehele organisatie moet erbij betrokken zijn, interculturalisatie mag niet een geïsoleerd eilandje zijn, ergens aan de rand;
- de leiding moet doelbewust motiveren en activeren, dat wil zeggen dat de top het belang van interculturalisatie benadrukt;

⁶ Bij dit centrum is in 1999 de verslavingszorg doorgelicht op het gebied van toegankelijkheid voor allochtonen. Men heeft dit gedaan aan de hand van een zogenaamde interculturele thermometer. Met dit meetinstrument kan gekeken worden hoe de bedrijfscultuur van een bepaalde instelling of organisatie er wat betreft interculturalisatie uitziet.

-er moet sprake zijn van een systematisch leerproces, positieve ervaringen worden ten voorbeeld gesteld, van negatieve ervaringen wordt geleerd wat er fout gegaan is en waarom dat het geval was.

Met de interculturele thermometer kunnen ideaal gesproken vier verschillende gedaantes van interculturele beleidsontwikkeling onderscheiden worden.

-Wanneer er geen specifiek beleid gevoerd wordt en er geen activiteiten zijn, dan is er sprake van *inertie*.

-Is er geen beleid maar wel sprake van losse activiteiten, dan spreekt men van *isolatie*.

-Is er wel beleid, maar zijn er geen activiteiten...in dit geval gebruikt men de term *intentie*.

-Tenslotte wordt er gesproken van *integratie* indien er zowel beleid is alsook (gerichte) activiteiten ontplooid worden.

De logica is dus deze: indien een organisatie het proces van interculturalisatie serieus neemt, dan zal ze moeten trachten zo dicht mogelijk in de buurt te komen van een integrale benadering.

In het onderzoek laten we deze optiek terugkeren telkens wanneer gekeken wordt naar het vraagstuk van interculturele organisatieontwikkeling.

2.4 Opzet en opbouw van de onderzoeksrapportage

-Hoofdstuk 3: probleemstelling en onderzoeksopzet.

-Hoofdstuk 4: verslag van het onderzoek; dit zal in overwegende mate beschrijvend van aard zijn.

-Hoofdstuk 5: conclusies en beleidsaanbevelingen; hier wordt de beschrijving van het vorige hoofdstuk naar een beleidsmatig niveau getild.

3 Probleemstelling en onderzoeksopzet

3.1 Inleiding

Het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van B en W en de directie Wijkaanpak en Leefbaarheid van de gemeente Nijmegen. Binnen die directie is het de taak van de procesmanager Multiculturele Samenleving om multicultureel beleid in Nijmegen als facetbeleid te coördineren. Dat wil zeggen dat op alle terreinen van gemeentelijk beleid gezocht wordt naar mogelijkheden om de multiculturele samenleving te bevorderen of om barrières daarvoor uit de weg te ruimen. In een recente beleidsnotitie⁷ wordt apart ingegaan op de toegankelijkheid en effectiviteit van maatschappelijke instellingen ten behoeve van allochtonen. De gezondheidszorg wordt hierbinnen onderscheiden als een terrein dat extra zorg behoeft. Deze zorg betreft enerzijds de toegankelijkheid van de instellingen. Gevreesd wordt dat men name oudere allochtonen en allochtone vrouwen aan de kant blijven staan. Anderzijds zijn er vragen rond de effectiviteit van de hulpverlening, als gevolg van de toepassing van bepaalde methoden die geen relatie hebben met de thuislandculturen en daarom drempels kunnen opwerpen en vertrouwensproblemen veroorzaken.

Aan de afdeling Onderzoek & Statistiek gevraagd om voor Nijmegen in kaart te brengen hoe de verschillende instellingen op het gebied van de gezondheidszorg omgaan met de aanwezigheid van allochtone patiënten. In welke mate zijn de instellingen toegankelijk voor allochtonen? Is de geboden zorg effectief? Verondersteld wordt dat de problemen zelf – met name communicatiestoornissen en cultureel bepaalde verschillen met betrekking tot zorgconsumptie – globaal bekend zijn. De vraag is eerder: hoe gaan de instellingen ermee om? Wat doen ze om de zorg aan te passen aan allochtone patiënten?

Dit onderzoek loopt gelijk op met een ander onderzoek in opdracht van de afdeling Samenlevingsopbouw, Werk en Inkomen. In dat onderzoek, uitgevoerd door *Osmose*, wordt nagegaan hoe de laagdrempelige hulpverlening⁸ aan allochtonen in Nijmegen geregeld is.

3.2 Probleemstelling

De centrale onderzoeksvraag is deze: hoe gaan de Nijmeegse instellingen op het gebied van gezondheidszorg om met de aanwezigheid van een (groeiende) allochtone doelgroep?

-De gezondheidszorg wordt daarbij opgedeeld naar de volgende sectoren: preventief, huisartsen, ziekenhuizen, verpleging, geestelijke zorg (inclusief verslavingszorg) en belangenbehartiging.

⁷ DWL, Procesmanagement Multiculturele Samenleving: *Uitvoeringsprogramma 2001 / 2002 Multiculturele Samenleving; een tussenstand en perspectief*. Nijmegen, juni 2001.

⁸ Met de term laagdrempelige hulpverlening wordt bedoeld op de instellingen van maatschappelijke zorg die dichterbij de doelgroepen van de zorg staan dan het algemeen maatschappelijk werk. Denk aan organisaties als Vluchtelingenwerk, Interlokaal en het Internationaal Vrouwen Centrum.

-De groeiende allochtone doelgroep heeft betrekking op de groep zoals die op pagina 3 is omschreven: personen die zelf of waarvan een der beide ouders geboren zijn in een ander (niet rijk) land dan Nederland. In Nijmegen gaat het daarbij om plusminus 15% van de bevolking.

Deze vraag valt in vier deelvragen uiteen, namelijk:

- Gegeven de aanwezigheid van verschillende allochtone doelgroepen, wat zijn de voornaamste knelpunten rond de toegankelijkheid en de effectiviteit van de zorg?
- Gegeven die knelpunten, hoe gaan de zorginstellingen er op dit moment mee om?
- Gegeven die wijze van omgaan, welke ontwikkelingen en veranderingen doen zich daarbij voor?
- Wat zijn de voornaamste verbeterpunten voor de komende tijd?

De toegankelijkheid en effectiviteit van de zorg kunnen beoordeeld worden aan de hand van de volgende invalshoeken:

- De communicatie tussen zorgverlener en zorgconsument tijdens het primaire zorgproces. Kan de patiënt duidelijk maken waar hij of zij mee zit? Kan de arts de patiënt begrijpen? Indien er communicatieproblemen zijn, hoe wordt hiermee omgegaan en is die aanpak effectief?
- De klantgerichtheid van de zorginstellingen. Wat doen de instellingen om allochtone patiënten te bereiken? Is er bijvoorbeeld voorlichtingsmateriaal in vreemde talen? Zijn er aparte voorzieningen in verband met culturele of religieuze bijzonderheden van patiënten? Worden allochtonen en hun organisaties betrokken bij cliëntenraden en belangenorganisaties?
- Interculturele organisatieontwikkeling. In welke mate is er sprake van een integraal beleid? Bestaat de intentie om allochtone personeelsleden in dienst te nemen?

Aldus moet het mogelijk zijn om een omvattend overzicht te produceren van wat de verschillende instellingen precies doen om hun toegankelijkheid voor allochtonen te verbeteren.

3.3 Onderzoekopzet

Het onderzoek is uitgevoerd in de maanden oktober en november van het jaar 2001. Daarbij zijn twee invalshoeken gekozen. Op de eerste plaats is een vragenlijst opgestuurd naar huisartsen en diverse instellingen op het gebied van de gezondheidszorg in Nijmegen. Op de tweede plaats zijn er, soms als aanvulling op de vragenlijst, diverse gesprekken gevoerd met functionarissen in het veld van de gezondheidszorg die de kar van interculturaliteit trekken.

De vragenlijst behandelde de volgende onderwerpen: aantallen allochtonen in het patiëntenbestand, de communicatie met allochtonen, speciale voorlichting en voorzieningen, interculturele organisatieontwikkeling, activiteiten en intercultureel personeelsbeleid.

De volgende instanties en instellingen zijn met een schriftelijke vragenlijst benaderd:

- In de sfeer van de preventieve gezondheidszorg *Thuiszorg, GGD, Stichting Jeugd Tandverzorging* en *Bureau Jeugdzorg*.
- Als poortwachters eerstelijnszorg *de huisartsen*.
- In de tweedelijnszorg *de ziekenhuizen* en *verpleegklinieken*.

- Specifiek met betrekking tot ouderen *verpleeghuizen, RIO, en Thuiszorg.*
- Op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg *de GGZ, centra voor dagopvang en Verslavingszorg.*
- Tenslotte een aantal *belangenorganisaties van patiënten.*

Aanvullende gesprekken zijn gevoerd met de GGD, een tweetal huisartsen, de twee ziekenhuizen en de GGZ.

Het onderzoek is begeleid door een commissie van deskundigen.⁹

⁹ Hierin hebben zitting gehad: Leo Deurloo (beleidsambtenaar bij de gemeentelijke afdeling Gezondheid, Opvang & Zorg), Paul Oude Vrielink (werkzaam bij de GGD) en Wim Vegt (programcoördinator en account zorg bij de afdeling Onderzoek & Statistiek).

4 Verslag van het onderzoek: de worsteling met een groeiende allochtone cliëntèle

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is de centrale onderzoeksvraag – hoe gaan de Nijmeegse instellingen op het gebied van gezondheidszorg om met de aanwezigheid van een (groeiende) allochtone doelgroep? – geoperationaliseerd via een drietal invalshoeken: communicatie, klantgerichtheid en organisatieontwikkeling. Deze aspecten zullen de leidraad vormen van het onderzoeksverslag. Per sector en per instelling vormen ze een kapstok waar de onderzoeksresultaten aan opgehangen worden. Aan de hand hiervan kunnen vervolgens uitspraken gedaan worden over knelpunten, beleid, ontwikkelingen en verbeterpunten.

De zes sectoren (preventieve zorg, huisartsen, ziekenhuizen, verzorging, geestelijke gezondheidszorg en belangenorganisaties) komen in zes verschillende paragrafen aan de orde. In het volgende hoofdstuk zal getracht worden op een rijtje te zetten op welke wijze binnen die sectoren geworsteld wordt met de groeiende allochtone cliëntèle, om vervolgens uitspraken te kunnen doen in het licht van de gehanteerde probleemstelling.

Indien nodig zal kort aangegeven worden wat een bepaalde instelling precies doet. Verder is steeds ook gevraagd naar aantallen. Dat wil zeggen: om hoeveel allochtone cliënten gaat het? Komt dat aantal overeen met wat je zou mogen verwachten op basis van het totale bevolkingsbestand en het aandeel allochtonen daarbinnen?

4.2 Preventieve gezondheidszorg

4.2.1 Bureau Jeugdzorg

Dit is een preventieve hulpverleningsinstelling ten behoeve van jongeren. Jonge mensen kunnen er terecht voor medische, sociale en psychische klachten. Vanuit het bureau kan een hulpverleningstraject opgezet worden en kunnen de zorgvragers doorgestuurd worden naar andere instellingen binnen de gezondheidszorg. Aldus is het Bureau Jeugdzorg voor jongeren een soort toegangspoort voor de lokale gezondheidszorg. De cliëntèle bestaat voor een groot deel uit allochtone jongeren, maar het is niet bekend om welke aantallen het precies gaat. Dat wordt niet bijgehouden. De verwachting is wel dat het aandeel van de allochtonen in het cliëntenbestand bovengemiddeld is.

- Er worden communicatieproblemen geconstateerd in de omgang met de allochtone jongeren. Deze hebben te maken met taalachterstand en culturele verschillen. Door de communicatieproblemen duurt het consult met een allochtone jongere langer dan gemiddeld. Het kost veel tijd om te achterhalen wat er precies aan de hand is. Hoe wordt met dit probleem omgegaan? Zo goed en zo kwaad als het kan. Er is geen structurele voorziening zoals de inschakeling van een tolk e.d. Het blijkt dat sommige jongeren na verloop van tijd weer terugkomen. Uit dit gegeven kan men opmaken dat de eerdere verwijzing naar een bepaalde instelling kennelijk effectief is

geweest. Of dat de betreffende jongere niet duidelijk heeft kunnen maken waar hij of zij precies mee zit.

- Er is op dit moment geen apart klantenbeleid richting allochtone jongeren. Wel wordt de stelling onderschreven dat het goed zou zijn om speciale voorlichtingscampagnes op te zetten onder die jongeren. Verder wordt er gepleit voor een versterking van andere reguliere voorzieningen, waardoor er elders een betere opvang zou zijn. Nu is het zo dat bij Bureau Jeugdzorg jongeren komen die eigenlijk elders geholpen zouden moeten of kunnen worden.
- In de organisatie is interculturalisering geen thema, terwijl het dat eigenlijk wel zou moeten zijn, zo wordt toegegeven. Er wordt weliswaar nagedacht over de problemen die te maken hebben met de allochtone cliëntèle, maar dat is niet structureel verankerd binnen de organisatie. Op leidinggevend niveau is er niemand speciaal mee belast, er zijn geen speciale activiteiten (zoals scholing e.d.) en ontwikkelingen worden niet bijgehouden. Let wel: men vindt dat dit soort zaken eigenlijk wel van de grond zouden moeten komen. De kennis van uitvoerende medewerkers zou versterkt moeten worden, om met allochtonen om te kunnen gaan. Met name zou er gewerkt moeten worden aan betere communicatieve vaardigheden. Er is echter momenteel zo veel werkdruk dat nieuwe initiatieven sowieso in de kiem gesmoord worden.
- Momenteel zijn er twee allochtone personeelsleden in dienst. Dat is plusminus zes procent van het totale personeelsbestand. De stelling wordt onderschreven dat het goed is om allochtoon personeel aan te trekken in het perspectief van een betere toegankelijkheid van de organisatie voor allochtonen. Daarom is het de bedoeling om meer allochtoon personeel aan te trekken. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van speciale netwerken.

Kortom: er zijn communicatieproblemen met allochtone cliënten, maar er is geen structureel beleid om deze problemen op te lossen.

4.2.2 *Stichting Jeugd Tandverzorging*

Deze instelling verzorgt de tandheelkundige zorg voor jongeren in de leeftijdscategorie van twee tot achttien jaar. Het aantal allochtone jongeren dat behandeld wordt is onbekend. Er is geen registratie op basis van etniciteit. Wel is bekend van tien jaar geleden, dat er toen een sterke oververtegenwoordiging was van allochtone jongeren. Daarbij ging het met name om asielzoekers. Waarschijnlijk is die oververtegenwoordiging er nog steeds.

- Er worden geen communicatieproblemen ervaren in de omgang met allochtone jongeren. Principieel gaat men er bovendien van uit dat, indien er verschillen zijn tussen autochtonen en allochtonen, deze eerder het gevolg zijn van sociale en economische ongelijkheden dan van etnische achtergronden.
- Er wordt geen enkel probleem gezien op het gebied van de toegankelijkheid voor allochtonen. Daarom is er dus ook geen specifiek klantenbeleid en zijn er geen speciale, op allochtonen gerichte voorlichtingscampagnes.

- Binnen de organisatie is interculturalisatie geen thema. Men vindt ook niet dat het dat wel zou moeten zijn. Zoals gezegd, de instelling wordt gezien als toegankelijk voor allochtonen.
- Er zijn geen allochtone personeelsleden in dienst. Het is niet de bedoeling om gericht te werven in deze.

Kortom: er worden geen knelpunten geconstateerd.

4.2.3 GGD (preventieve gezondheidszorg voor 4-19 jarigen)¹⁰

Belangrijkste taken: standaard gezondheidsonderzoek voor alle zesjarige kinderen in de regio Nijmegen, voor alle leerlingen van groep zeven en voor alle brugklassers; verder standaard logopedische screening voor 5-jarigen en onderzoek op indicatie van ouders of school. Per jaar komen er plusminus tweeduizend allochtone jeugdigen in behandeling.

- Er zijn communicatieproblemen ten gevolge van taalachterstand en culturele verschillen. Zeker als het gaat om meer psychische aandoeningen blijkt het heel moeilijk om met de allochtone doelgroep te communiceren. Hoe wordt ermee omgegaan? Zo goed en zo kwaad als het kan. Maar structureel wordt er (ook) gebruik gemaakt van tolken, zorgconsulenten, verwanten (van cliënten) en allochtone zelforganisaties. Het is echter niet duidelijk of deze aanpak succesvol is. Eigenlijk is het namelijk zo dat derden veel te weinig worden ingeschakeld.
- Er is sprake van een gericht allochtoon klantenbeleid. Denk bijvoorbeeld aan voorlichtingsmateriaal in Turks en Arabisch. Verder had men tot voor kort twee aparte voorlichters – een Turkse en een Marokkaanse medewerkster – in dienst. Door omstandigheden zijn die er nu niet meer. Onderzocht wordt of het zin heeft om weer opnieuw te gaan werken met dergelijke voorlichters / zorgconsulenten. In het verleden zijn bijvoorbeeld koffieochtenden met de allochtone voorlichters op scholen zeer succesvol gebleken.
- Interculturalisatie is wel een thema. Er worden bijscholingsactiviteiten georganiseerd voor medewerkers, gericht op het leren omgaan met culturele verschillen. Evenwel op leidinggevend niveau is niemand (echt) verantwoordelijk. Aan de ene kant wordt erkend dat er binnen de organisatie meer interculturele vaardigheden ontwikkeld zouden moeten worden. Aan de andere kant zijn de twee allochtone voorlichters die er waren (en die door omstandigheden zijn weggevallen) niet opgevolgd. Dat is een paradox. Men vond dat de voorlichters niet helemaal binnen de organisatie als geheel pasten, dat ze dus teveel een eilandje aan de rand vormden. Maar op dit moment wordt zoals gezegd opnieuw bekeken of het zin heeft allochtone voorlichters in dienst te nemen.¹¹ Een bijkomend

¹⁰ Vanaf 1 januari 2002 is het werk uitgebreid met de zorg voor de kinderen van 0 tot 4 jaar. Dit in verband met een fusie met de Thuiszorg (die deze zorg eerder in haar takenpakket had).

¹¹ De GGD heeft een onderzoek laten verrichten door *Osmose* – daarover later meer – mede om het probleem van de allochtone voorlichters en hun positie binnen de organisatie als geheel helder te krijgen.

organisatieprobleem is het gegeven dat veel energie is gaan zitten in de fusie met de *Thuiszorg* voor 0-4 jarigen.

- Er is slechts één allochtoon personeelslid in dienst. Dat is ongeveer één procent van het totale personeelsbestand. De intentie is er om het aantal allochtone medewerkers te laten groeien. Ook dit staat in het perspectief van het onderzoek dat men door *Osmose* heeft laten uitvoeren.

Ook hier zijn er dus communicatieproblemen met allochtonen. Maar anders dan bij Bureau Jeugdzorg is de organisatie structureel bezig om iets te doen aan de oplossing van die problemen. Er zijn allochtone voorlichters / zorgconsulenten in dienst geweest. Bovendien is het intercultureel adviesbureau *Osmose* ingeschakeld om de eigen organisatie door te lichten op de mate van interculturaliteit.

4.2.4 GGD (algemeen)

Er zijn drie centrale taken: de bestrijding van infectieziekten (algemene infecties, AIDS, TBC, reizigersvaccinatie e.d.), openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ, meldpunt bijzondere zorg) plus algemene voorlichting en informatie (onder andere met betrekking tot bevolkingsonderzoek). Het aantal allochtone cliënten bedraagt ongeveer tien procent van het totale bestand. Alhoewel het iets toegenomen is, blijft het toch enigszins onder het te verwachten aantal op basis van de Nijmeegse bevolkingssamenstelling. De veronderstelde reden hiervan is dat veel allochtonen niet bekend zijn met het aanbod van de GGD. Degenen die wel komen doen dat onder andere in verband met het SOA-spreekuur.¹²

- Door taalachterstand en culturele verschillen zijn er communicatieproblemen met allochtonen. Doorgaans gebruikt men tolken om deze problemen te ondervangen of worden er verwanten (van cliënten) ingeschakeld. Er wordt wel vermeld dat de communicatieproblemen zich hoofdzakelijk voordoen bij personen die tot de eerste generatie behoren en bij nieuwkomers. Bij deze mensen duurt de consultatie heel erg lang. Een bijzonder probleem is het verwachtingspatroon van allochtonen (snelle genezing, almacht van de zorgverlener).
- Er is sprake van een klantenbeleid gericht op allochtonen. Met name door middel van voorlichtingsmateriaal in andere talen. Voor het gebruik maken van allochtone voorlichters zie de vorige paragraaf. Verder word er met betrekking tot TBC-voorlichting samengewerkt met een aantal andere instellingen. Gevraagd naar positieve ervaringen op het gebied van (allochtone) klantgerichtheid: de aanwezigheid binnen de GGD van twee allochtone voorlichters, een project rond begeleiding van het medicijngebruik en voorlichting in het algemeen. De groepsvoorlichting bij verschillende allochtone groepen (op aanvraag) was een groot succes. Tevens het spreekuur in een huisartsenpraktijk. Een negatieve ervaring is geweest het niet bereiken van allochtone homojongeren.

¹² SOA staat voor: Seksueel Overdraagbare Aandoeningen.

- Interculturalisatie is een thema binnen de organisatie.¹³ Op leidinggevend niveau is iemand verantwoordelijk hiervoor. Dit is al vanaf 1990 het geval. Maar de persoon is niet fulltime werkzaam met de interculturele thematiek. Drie centrale taken: de begeleiding van twee allochtone voorlichters, het implementeren van een allochtonenbeleid en het behandelen van specifieke klachten met betrekking tot de medische opvang van asielzoekers. De ontwikkelingen worden echter niet systematisch bijgehouden. Er is behoefte aan een gemeentebreed informatiepunt.

Door *Osmose* zijn de medewerkers van de GGD ondervraagd met betrekking tot hun wensen op het gebied van allochtonenbeleid, tevens om de gesignaleerde knelpunten in kaart te brengen. De respons was hoog, plusminus 65%. Daarnaast zijn er groeps gesprekken gevoerd. Globaal gesteld zijn er minstens twee paradoxale bevindingen te constateren:

-Alhoewel in de omgeving van de GGD, onder andere bij een groot aantal huisartsen, een sterke behoefte gevoeld wordt voor de dienstverlening van (allochtone) zorgconsulenten, is deze behoefte bij de GGD zelf niet zo expliciet aanwezig. Een bijkomende vraag is: als die zorgconsulenten er al zijn, is het dan de taak van de GGD om ze in huis te hebben?

-Alhoewel interculturalisatie als perspectief onderschreven wordt, zijn er vele vraagtekens bij de wijze waarop dit gerealiseerd zou moeten worden. Men voelt er niet veel voor om een aparte verantwoordelijkheid structureel te verankeren. De GGD zal namelijk in al haar werkzaamheden trachten om ook allochtonen te bereiken. In die zin moet allochtonenbeleid een normaal onderdeel zijn binnen het reguliere werk.

- Momenteel zijn er twee allochtone personeelsleden in dienst. Dat is minder dan twee procent van het totale personeelsbestand (juli 2001). Wel is het de bedoeling om meer allochtoon personeel aan te trekken. De verwachting is dat dit niet gemakkelijk zal zijn.

Kortom: er zijn communicatieproblemen met allochtone cliënten. Maar de organisatie heeft een begin gemaakt met een structureel proces van interculturalisatie.

4.2.5 *Thuiszorg*

Deze instelling is onder andere verantwoordelijk voor de lokale kraamzorg. Men ervaart nauwelijks problemen met betrekking tot de hulpverlening aan allochtone vrouwen. Gemiddeld genomen blijken die vrouwen zich vijf à zes weken voor de bevalling aan te melden. Indien er taalproblemen zijn wordt er gebruik gemaakt van tolken. Verder zijn er folders in het Turks en Arabisch en worden er regelmatig met het AZC (asielzoekerscentrum) voorlichtingsactiviteiten opgezet. Momenteel zijn er binnen de Thuiszorg geen allochtonen werkzaam op het gebied van de kraamzorg. Er zijn wel allochtone stagiaires geweest, maar op de een of andere wijze is het nooit gelukt om die vast te houden.

¹³ Het door *Osmose* uitgevoerde onderzoek moet dan ook begrepen worden als onderdeel van een veel breder traject ten behoeve van beleidsontwikkeling gericht op zorg en voorlichting aan allochtonen. Daarbinnen past ook de vraag waar behoeftes en wensen van personeelsleden liggen.

De zorg voor 0-4 jarigen, die vanaf 1 januari 2002 bij de GGD is ondergebracht, is een iets ander verhaal. Hierbij worden niet alleen taalproblemen geconstateerd maar ook specifieke problemen die te maken hebben met culturele achtergronden. Denk aan andere opvattingen over het opvoeden van kinderen, over het al of niet straffen van kinderen, over het nut van spelen en over de noodzaak om zich de Nederlandse taal eigen te maken.

Per individueel geval wordt een oplossing gezocht. Systematisch wordt er druk uitgeoefend om Nederlands te leren. Indien nodig wordt de tolktelefoon ingeschakeld. Maar ten aanzien van verschillen in opvoedingskwesaties is de aanpak niet helder. Wel is het zo dat werkers die actief zijn in typische allochtone wijken meer kennis van zaken hebben dan anderen. Al doende leert men.

Er zijn geen allochtonen in dienst. Men zou echter wel zeer graag deze mensen in dienst nemen. Maar ze zijn moeilijk te krijgen. Bovendien is het qua organisatie moeilijk te realiseren dat allochtonen, indien ze eenmaal in dienst zijn, ook daadwerkelijk ingezet worden bij hun 'eigen' mensen.

4.3 Huisartsen

De huisartsen worden als poortwachters binnen de gezondheidszorg gezien. Doorgaans zijn zij degenen bij wie patiënten het eerst aankomen. Daarmee zijn huisartsen van groot belang, zowel als het gaat om het stellen van een juiste diagnose alsook met betrekking tot doorverwijzing naar elders. Hun advies kan van doorslaggevend belang zijn voor het medisch traject dat iemand volgt.

In totaal zijn er 82 huisartsenpraktijken benaderd met een vragenlijst. Daarvan hebben er 22 een ingevulde lijst teruggestuurd. Bij benadering behandelen deze praktijken 8.500 allochtone patiënten. Gemiddeld is dat per praktijk tussen de 375 en 400 per jaar. Eén praktijk, die van de artsen Vlaar en Groenendijk, heeft 1.500 allochtone patiënten in behandeling, dat is ongeveer 40% van het totale bestand. Mede hierom is met deze artsen een persoonlijk gesprek gevoerd. Een andere reden was dat zij een commissie runnen met betrekking tot de zorg aan allochtonen. De huisartsen die hun medewerking aan het onderzoek hebben verleend zijn degenen, zo leert navraag, die veel allochtone patiënten hebben. Hun praktijk ligt dan ook doorgaans in een zogenaamde aanpak of attentiewijk. Een enkeling heeft bewust niet met het onderzoek meegedaan, met als reden: ik heb het veel te druk en ik krijg te weinig waardering voor mijn werk.

Van de 22 praktijken geldt voor 17 (dat is bijna 80%) dat het aantal allochtone patiënten is toegenomen in het laatste jaar. Met name gaat het daarbij om een groei van jonge asielzoekers. Voor bijna alle huisartsen betekent dat extra belasting, aangezien de tijd die men kwijt is voor de behandeling van een allochtone patiënt ver uitstijgt boven de gemiddelde tijd per consult.

- Ook bij 17 praktijken geven de huisartsen aan dat er sprake is van communicatieproblemen met de allochtone patiënten. Gevraagd naar de aard van die problemen blijkt er steeds sprake te zijn van de al meermaals genoemde taalachterstand en cultuurverschillen. Ook religieuze taboes worden soms genoemd als bron van communicatieproblemen. Een enkele keer wordt het andere

verwachtingspatroon bij allochtonen als reden genoemd voor de problemen. Allochtonen verwachten meestal een snel herstel, ze zijn niet gewend om te gaan met mondigheid en inspraak, bovendien kijken ze huizenhoog op tegen de arts.

Achter woorden als taalachterstand en cultuurverschillen gaan meestal legio problemen schuil. Volgens Vlaar en Groenendijk moeten we daarbij vooral denken aan: stress, psychosociale problematiek, trauma's e.d. Maar omdat de patiënt slecht Nederlands spreekt, niet gewend is om over dit soort problemen te praten en niet geleerd heeft om een hulpvraag helder te formuleren, is het als hulpgever moeilijk om te begrijpen wat er aan de hand is. Door de gebrekkige presentatie van de patiënt komt de klacht meestal over als een algemene uitdrukking van zich onwel voelen. Daarbij komt dat allochtonen vaak de neiging hebben om psychische problemen te verpakken in een lichamelijke klacht. Ten slotte blijkt het Nederlands, dat men sowieso gebrekkig beheerst, als maar slechter te worden bij een toename van de emotionele en psychische problemen.

Het feit dat in 5 van de 22 gevallen ontkend wordt dat er communicatieproblemen zijn heeft te maken met het volgende gegeven: er wordt wel toegegeven dat er verschillen zijn (qua ziektebeleving en consultatie) tussen allochtonen en autochtonen, maar met die verschillen kan men leven, indien men daarvoor de tijd neemt.

In de gevallen dat er wel communicatieproblemen zijn, hoe wordt daar dan normaal gesproken mee omgegaan? Er zijn drie veel voorkomende manieren om de problemen te ondervangen:

- Zonder de inschakeling van derden, zelf dus, met veel geduld, met handen en voeten, zo goed en kwaad als het kan. Het gevolg hiervan is wel: veel overwerk en extra stress.
- Door de inschakeling van tolken (via de tolkentelefoon). Het probleem hiervan is dat deze dienstverlening van tevoren geregeld moet worden, terwijl eventuele communicatieproblemen doorgaans niet van tevoren bekend zijn.
- Wanneer patiënten familieleden meenemen die wél behoorlijk Nederlands spreken.

- De vraag: is de toegankelijkheid van de huisartsenpraktijken gebaat bij de realisatie van bijzondere voorzieningen (denk aan voorlichtingsmateriaal in vreemde talen en de verspreiding daarvan binnen de allochtone gemeenschappen)? wordt door de helft met ja (en dus ook door de helft met nee) beantwoord. Het probleem van voorlichtingsmateriaal in vreemde talen is tweeledig. Aan de ene kant bereikt men slechts een bepaalde groep, omdat met de vreemde talen doorgaans alleen Turks en Arabisch bedoeld zijn. Aan de andere kant vraagt iedereen zich af of het materiaal überhaupt gelezen wordt. Ook hier speelt het probleem dat te maken heeft met het specifieke verwachtingspatroon van veel allochtonen: voor hen is de dokter gewoon een dokter en die moet hun klacht de wereld uit helpen.

Meestal hebben huisartsen te weinig tijd om zich actief te bemoeien met de realisatie van bijzondere voorzieningen. Via de landelijke of regionale verenigingen van huisartsen wordt voorlichtingsmateriaal (standaard) gebruikt, een enkeling heeft tijd om zelf de boer op te gaan met een voorlichtingspraatje. Een paar huisartsen heeft hiermee positieve ervaringen opgedaan. Het beste is, zo geven sommigen aan, wanneer je heel gericht en concreet voorlichting geeft over een bepaalde ziekte. Dat zou structureel heel zinvol zijn. Daarbij is diabetes genoemd,

een van de meest voorkomende chronische aandoeningen. Als mensen over die ziekte beter op de hoogte zouden zijn, zou dat een hoop schelen in hun ziektepatroon.

Positieve ervaringen zijn er met allochtone gastvrouwen / verpleegkundigen. Maar zover bekend is er slechts één huisartsenpraktijk die hier gebruik van maakt.

- De meeste huisartsen werken alleen of met zijn tweeën. Daardoor is het moeilijk om de op zich noodzakelijke veranderingen (in verband met allochtone patiënten) te implementeren. In de praktijk is het zo dat de meeste artsen klagen over een enorme tijdsdruk. Gemiddeld duurt een consult in verband met een allochtone patiënt twee keer zo lang als een consult met een autochtone patiënt. Een gemiddelde huisartsenpraktijk is op zich echter te klein om een intercultureel beleid te voeren. Met name in de aanpak en attentiewijken kunnen de huisartsen zich slechts financieel overeind houden als tweeverdieners. Wellicht dat in de toekomst de zogenaamde *HOED (Huisartsen Onder Een Dak)-constructie* uitkomst biedt.

Op de vraag wat er zou moeten verbeteren zijn de volgende antwoorden gegeven:

- meer samenwerking met andere huisartsenpraktijken;
- de oprichting van een speciale werkgroep om een allochtonenbeleid te coördineren;
- het structureel inzetten van allochtone zorgconsulenten, zoals deze tot voor kort vanuit de GGD actief waren – onder andere zouden deze ingezet kunnen worden om allochtone patiënten naar het ziekenhuis te begeleiden;
- de opzet van een gemeentebreed informatiepunt, alwaar men zich kan vervoegen voor informatie, kennis en interculturele vaardigheden;
- via de eigen organisaties moeten allochtonen beter op de hoogte gebracht worden over het gezondheidssysteem in Nederland;
- meer samenwerking met het algemeen maatschappelijk werk.

Een bijkomend organisatieprobleem is de moeilijkheid om over dé allochtone patiënt te praten. In de praktijk zijn er grote verschillen. Tussen mannen en vrouwen, tussen eerste en volgende generaties, tussen verschillende etnische groepen e.d. Als je rekening houdt met de een wil dat nog niet zeggen dat ook de ander bereikt wordt.

Op de achtergrond is er regelmatig overleg tussen verenigingen van huisartsen, zorgverzekeraars, de GGD en interculturele adviesbureaus om te kijken wat er precies gedaan kan worden aan een verbetering van de zorg aan allochtone patiënten. Een terugkerend thema hierbij is de vraag in hoeverre huisartsen met veel allochtone patiënten extra financiële steun kunnen ontvangen vanuit algemene middelen die bedoeld zijn om achterstandsbeleid te voeren.

4.4 Ziekenhuizen

4.4.1 Radboudziekenhuis

Er is geen registratie van patiënten op basis van hun etnische herkomst. Dus is het niet bekend hoeveel personen van allochtone origine jaarlijks geholpen worden.

- In de sfeer van communicatie verschillen de problemen niet wezenlijk van wat al bij de andere geledingen aan de orde is gesteld. Naast de problemen die met taal te maken hebben wordt expliciet gewezen op typische cultureel bepaalde communicatieverschijnselen, zoals: wegstijgen tijdens een persoonlijk gesprek, schaamtegevoelens in het algemeen e.d. In het algemeen zijn er grote verschillen per afdeling. Zo zijn er bijvoorbeeld relatief veel allochtone patiënten met maag-, darm- en leverklachten.
- Qua bijzondere voorzieningen (met betrekking tot klantgerichtheid) wordt er rekening gehouden met de aanwezigheid van allochtone patiënten:
 - Er is schriftelijke informatie in twee andere talen (Turks en Arabisch), maar wat is die waard voor personen die ook deze talen niet machtig zijn?
 - Regelmatig wordt de tolkentelefoon ingeschakeld, maar vaak ook niet in verband met het gegeven dat deze van tevoren geregeld moet worden, terwijl dat niet altijd mogelijk is. Slechts bij hoge uitzondering worden kinderen van patiënten gevraagd om te vertalen. Maar vanwege redenen op het gebied van privacy heeft men dit liever niet.
 - Per afdeling werkt er een contactpersoon patiëntenvoorlichting, meestal een verpleegkundige. Deze functionaris is verantwoordelijke voor de voorlichting aan allochtonen. Ruim drie jaar is nu sprake van allochtone patiëntenvoorlichting.
 - Er zijn speciale voorzieningen, zoals een stiltecentrum en een aparte wasplaats (voor islamieten) in de buurt van het mortuarium.
 - Met bijzondere eetgewoontes kan rekening gehouden worden. Desnoods kunnen mensen via beeldmateriaal aankruisen wat ze willen eten of wat ze persé niet mogen eten.

Er bestaat een zekere argwaan bij het management met betrekking tot bijzondere voorzieningen, in verband met het gevaar van stigmatisering.

- Sinds kort bestaat de werkgroep *multiculturele zorg*. Deze is ontstaan vanuit het overleg van alle contactpersonen patiëntenvoorlichting. Van onderop bleek in toenemende mate het signaal door te komen: er moet structureel iets gebeuren om de zorg aan allochtonen te verbeteren. De werkgroep staat onder leiding van de directeur Zorg en heeft daarmee een duidelijke inbreng vanuit de algemene leiding van het ziekenhuis. De voornaamste taken zijn:
 - het inventariseren van de problemen rond de zorg aan allochtonen,
 - het organiseren van scholing (achtergronden van de verschillende allochtone gemeenschappen in Nederland en vaardigheden met betrekking tot het omgaan met die verschillen), – (inmiddels is er al een scholingsdag geweest)
 - het instrueren van baliemedewerksters ten aanzien van de omgang met allochtone bezoekers,
 - aanpassingen rond de voedselverstrekking,
 - overleg met andere ziekenhuizen in de regio (Canisius Wilhelmina en het Arnhemse Rijnstate ziekenhuis),
 - specifiek overleg met andere academische ziekenhuizen in het land,
 - nagaan in hoeverre allochtonen zouden kunnen gaan participeren in het cliëntenberaad, zodat men meer zicht zou krijgen op specifieke verwachtingen met betrekking tot de zorg,
 - een aantal keren per jaar overleg met de GGD.

Met andere woorden: er is beweging in de richting van een interculturalisatie van de organisatie. Maar als zodanig staat deze nog in de kinderschoenen.

4.4.2 *Canisius Wilhelmina Ziekenhuis*

Ook hier geen gegevens over het aantal allochtone patiënten. Verder de constatering dat de aantallen erg verschillen per afdeling. Voorbeeld: kindergeneeskunde; relatief veel allochtonen. Soms zijn er golven asielzoekers, bijvoorbeeld wanneer mensen uit het AZC geplaatst zijn en dan zonder begeleiding langskomen. De meest voorkomende nationaliteiten van anderstalige patiënten zijn: Turks, Arabisch, Somalisch, Bosnisch / Koerdisch en Iranees / Irakees.

- Specifieke cultureel bepaalde problemen doen zich voor rond verloskunde. Het blijkt namelijk dat de meeste allochtone vrouwen nauwelijks bekend zijn met de gebruiken in Nederland. Ze zoeken veel te laat, eigenlijk pas vlak voor de geboorte, hulp. Daardoor is er weinig (goed) geregeld en komen ze bijvoorbeeld veel te laat in het ziekenhuis. Het schijnt zo te zijn dat ten gevolge van het niet tijdig consulteren van medische hulp tijdens de zwangerschap de kans toeneemt dat het betreffende kind komt te overlijden.

Rond de communicatie wordt de taal als het centrale probleem gezien. Vandaar dat onlangs het tolkenbeleid opnieuw is bekeken. In het algemeen is het moeilijk om in alle gevallen met tolken te werken. Ze kunnen niet altijd op tijd ingeschakeld worden. Daarom wordt het dringende advies aan huisartsen gedaan, indien zij patiënten verwijzen die de Nederlandse taal niet machtig zijn, om hiervan op tijd melding te maken, zodat dan een tolk geregeld kan worden. Nu is het vaak zo dat het eerste gesprek met een allochtone patiënt een kwestie is van behelpen. Voor een mogelijk tweede gesprek kan bijtijds een tolk geregeld worden.

Momenteel draait het tolkenbeleid rond de zogenaamde tolkenklapper. Een exemplaar hiervan is, samen met het boekje *Kleurrijk verplegen en verzorgen* op elke afdeling te vinden. Wat kan men vinden in beide publicaties?

- Een lijst van medewerkers die kunnen tolken. Maar men wil slechts in noodgevallen gebruik maken van de diensten van deze medewerkers, aangezien de kwaliteit van het vertaalwerk niet gegarandeerd kan worden. In het bestand zitten Frans, Duits, Engels, Turks en Arabisch.
- Basale informatie over culturele achtergronden van de meest voorkomende etnische groepen.
- Informatie over hoe het tolkencentrum ingeschakeld kan worden.

In het voorjaar van 2001 is het tolkenbeleid, toen een jaar in werking, intern geëvalueerd. Dit geschiedde met vragenlijsten die verzonden werden naar de artsen, de contactpersonen patiëntenvoorlichting en de tolkende medewerkers.

- De artsen blijken vrijwel onbekend met het fenomeen tolkenklapper. De communicatie met allochtone patiënten geschiedt doorgaans zonder planning vooraf met de hulp van tolkende familieleden of via een telefonische tolk van het tolkencentrum. De helft geeft aan minimaal eens per week met een dergelijke situatie geconfronteerd te zijn.

-De contactpersonen patiëntenvoorlichting zijn wel overwegend bekend met de tolkenklapper. Maar ook zij maken meestal spontaan gebruik van tolkende familieleden.

-Er zijn in totaal 20 tolkende medewerkers in dienst. De helft hiervan is nog nooit ingeschakeld. Alleen degenen die Turks, Arabisch of Papiamentu spreken blijken regelmatig opgeroepen te worden voor vertaalwerkzaamheden.

Ondanks alles is besloten om het tolkenbeleid voort te zetten en uit te breiden. Op alle afdelingen worden nu sleutelwoorden Turks en Arabisch toegevoegd aan de tolkenklapper. Er wordt getracht om het niet beheersen van de Nederlandse taal (door een patiënt) veel eerder dan nu het geval is te signaleren. Verder komen er structurele wervingsactiviteiten voor tolkende medewerkers. Het is opvallend dat de voorkeur wordt gegeven aan de term *anderstalig* boven het woord *allochtoon*.

- Qua voorlichting en voorzieningen:
 - Er zijn folders in verschillende talen.
 - Er wordt rekening gehouden met de ramadan.
 - Er is een speciale ruimte in het stiltecentrum.
 - Er zijn speciale rondleiding voor het AZC en het ROC.
- Binnen de gehele organisatie is het hoofd patiëntenvoorlichting verantwoordelijk voor het allochtonenbeleid, hier dus: beleid met betrekking tot anderstaligen. De centrale taken zijn:
 - Coördinatie van het tolkenbeleid.
 - De verzorging van het boekje *Kleurrijk verplegen en verzorgen*.
 - Leiding geven aan contactpersonen per afdeling (met name verpleegkundigen en doktersassistenten).
 - Aandacht voor anderstaligen in het personeelsblad.
 - De organisatie van debatten. Zo was er niet lang geleden een publieksdebat met de gemeentelijke ombudsvrouw etnische minderheden. Daar is toen gesproken over een culturomslag in het ziekenhuis en over het anders aankijken tegen taal en cultuur van allochtone patiënten. Maar, zo werd na afloop verzocht: wat schieten we op met dat soort oproepen.
 - Regionaal overleg met andere instellingen en ziekenhuizen.

Op zich vindt men dat men op de goede weg zit. Na een periode van aandacht voor de problematiek van allochtonen zou er nu weer ruimte moeten komen voor andere zaken.

- Er is geen gericht allochtoon personeelsbeleid. Zeker niet centraal. Veel verplegend personeel wordt afdelingsgebonden geworven. De meeste allochtone personeelsleden zijn te vinden onder verpleegkundigen bij de afdelingen spoedeisende hulp, poliklinische hulp en kindergeneeskunde. In het algemeen overheerst de gedachte dat kwalitatief hoogstaande hulpverlening niets te maken heeft, op zich, met de kleur van de hulpverlener.

4.4.3 *Sint Maartenskliniek*

In deze kliniek – gespecialiseerd in orthopedie, reumatologie en revalidatie – worden jaarlijks plusminus vijftig allochtonen behandeld. Dat is minder dan 10% van het totale

patiëntenbestand. Men denkt dat allochtonen doorgaans niet echt bekend zijn met het aanbod van de Sint Maartenskliniek.

- Er zijn communicatieproblemen met allochtone patiënten. Naast taal en cultuur wordt speciaal gewezen op het verwachtingspatroon (met betrekking tot genezing) onder allochtonen: denken snel genezen te kunnen worden. Meestal wordt er gebruik gemaakt van tolken. Maar dat stemt niet echt tot tevredenheid. Binnen de instelling zouden er meer vaardigheden ontwikkeld moeten worden om met communicatieproblemen om te kunnen gaan. Verder zouden er zorgconsulenten moeten zijn, waar men in het geval van nood een beroep op zou kunnen doen.
- Er is voorlichtingsmateriaal in Turks en Arabisch. Er wordt rekening gehouden met andere voedingspatronen. Wat er niet is, maar waar wel veel behoefte aan is, dat zijn zorgconsulenten die kunnen assisteren bij de opname van allochtone patiënten.
- Binnen de instelling is er momenteel nauwelijks kennis aanwezig met betrekking tot culturele verschillen e.d. Adviezen voor de komende tijd:
 - het ontwikkelen van interculturele vaardigheden via speciale cursussen;
 - de opzet van een gemeentebreed steunpunt, om snel over de gewenste informatie te kunnen beschikken;
 - het inschakelen van (allochtone) zorgconsulenten.
- In het perspectief van toegankelijkheid en effectieve zorg (met betrekking tot allochtonen) wordt het niet nodig gevonden om allochtone personeelsleden aan te trekken. Het is toch niet zo dat allochtone patiënten alleen geholpen kunnen worden door allochtone hulpverleners?

4.5 Ouderenzorg

Afgaande op relevante literatuur mag aangenomen worden dat met name allochtone ouderen moeite hebben om gebruik te maken van de reguliere gezondheidszorg. Kan die aanname in Nijmegen bevestigd worden?

4.5.1 Verpleeghuizen

Veel Nijmeegse verpleeghuizen vallen onder de stichting *Arcus*. Namens die verpleeghuizen heeft deze stichting een aantal vragen beantwoord. In totaal zijn er slechts drie allochtone cliënten. Men denkt dat dit lage aantal te maken heeft met het gegeven dat allochtonen primair in eigen familiekring voor opvang van de ouderen zorgen. In de communicatie worden problemen ervaren met de allochtone cliënten. Met name als gevolg van de taalachterstand bij die cliënten. Men probeert zo goed en kwaad als het kan hiermee om te gaan. Een enkele keer wordt een tolk ingeschakeld.

Er zijn geen aparte voorzieningen. Net zo min wordt er speciaal gericht op allochtonen voorlichting gegeven. Als allochtonen eenmaal binnen de instelling verblijven wordt er wel rekening gehouden met hun gewoontes en tradities. Van intercultureel beleid is geen sprake. Wel zal, in voorkomende gevallen, een beroep gedaan worden op zorgconsulenten.

Er zijn plusminus 18 allochtone personeelsleden in dienst. Dat is ongeveer 3% van het totale personeelsbestand. Maar er is een duidelijke ondervertegenwoordiging op leidinggevend niveau. Het streven bestaat om in de toekomst meer allochtone personeelsleden aan te trekken.

4.5.2 *R.I.O.*

Dit is het Regionaal Indicatie Orgaan, alwaar men zich kan vervoegen in verband met bijvoorbeeld hulpverlening door Thuiszorg e.d. Per jaar zijn er ongeveer 400 allochtone aanmeldingen. Dat is veel minder dan 10% van het totaal. Ook hier is de verwachting dat allochtonen meer dan autochtonen aan zelfzorg doen. Daarnaast denkt men dat onder allochtonen schaamtegevoelens een rol spelen. Zoals ook elders zijn er communicatieproblemen ten gevolge van taalproblemen en cultuurverschillen. Soms worden tolken ingeschakeld. Er zou voorlichtingsmateriaal moeten komen; dat is er nu nog niet, althans gericht op allochtonen. Er zijn ook geen andere voorzieningen die de toegankelijkheid voor allochtonen zouden kunnen verbeteren. Men vindt dat dergelijke voorzieningen er wel moeten komen, op de langere termijn. Nu zijn de problemen nog niet urgent genoeg. Een tijd geleden heeft men wel een speciale voorlichtingsdag voor Molukse mensen georganiseerd. Dat was toen een groot succes.

De interculturalisatie van de eigen organisatie is geen thema. Op leidinggevend niveau is niemand speciaal verantwoordelijk voor allochtonenbeleid. Op dit moment is er binnen de organisatie weinig kennis aanwezig over verschillende culturele kaders. Men vraagt zich af of die kennis er wel zou moeten zijn. Beter zou het zijn wanneer er een gemeentebreed informatiepunt zou komen, alwaar de noodzakelijke kennis gehaald zou kunnen worden. Momenteel zijn er geen allochtone personeelsleden in dienst.

In het algemeen is er een zekere huivering om te spreken in termen van allochtonen. Immers: die allochtonen vormen niet een eensluidende doelgroep, daarvoor zijn er teveel onderlinge verschillen. Men staat nogal ambivalent tegenover een onderzoek in deze: allochtonen worden teveel op één hoop gegooid (en dus gestigmatiseerd).

4.5.3 *Thuiszorg*

Afgelopen jaar zijn er twaalf allochtone cliënten in behandeling geweest. Dat is zeer weinig. Daarom is er geen visie op communicatieproblemen, bijzondere voorzieningen, intercultureel beleid e.d. Net zo min zijn er speciale activiteiten om medewerkers intercultureel te scholen. Maar men vindt het wel noodzakelijk dat er allochtone personeelsleden in dienst zijn. Op dit moment werken 10 allochtonen voor de Thuiszorg. Dat is ongeveer 1% van het totale personeelsbestand. Deze personeelsleden zijn uitsluitend werkzaam in de uitvoerende echelons.

4.5.4 *Kwalitatief onderzoek*

Het gegeven dat allochtone ouderen niet of nauwelijks gebruik maken van het zorgaanbod heeft een groot aantal dieperliggende oorzaken. Om op het spoor van die oorzaken te komen zou eigenlijk langdurig onderzoek nodig zijn. Bedoeld is onderzoek naar tradities, verwantschapsrelaties, migratieperikelen en verzorgingspatronen. Een voorbeeld van een dergelijke aanpak is het onderzoek naar de mantelzorg bij Turkse

ouderen door de Turkse antropoloog Ibrahim Yerden.¹⁴ In dit onderzoek komt naar voren dat Turkse ouderen het eigenlijk vanzelfsprekend vinden dat ze op latere leeftijd door hun dochters of schoondochters verzorgd worden. Die dochters of schoondochters zijn evenwel (anders dan hun ouders) gewend geraakt aan de praktijk dat in Nederland de zorg door de overheid geregeld wordt. In de praktijk leidt dat tot spanningen. Volgens Yerden is er sprake van een zeer ingewikkelde problematiek die pas na langdurig onderzoek (met vele gesprekken) enigszins inzichtelijk gemaakt kan worden. Pas dan is het mogelijk dat de betrokkenen zelf patroon doorbrekend gaan denken en handelen. Met name voor allochtone ouderen geldt dat ze bij een confrontatie tussen traditie en nieuwe situatie nogal eens neigen naar een eenzijdige omarming van de traditionele patronen.

De centrale vragen in het onderzoek van Ibrahim Yerden zijn:

- Wat zijn de opvattingen en verwachtingen van Turkse ouderen in Nederland ten aanzien van traditionele verzorging en hoe zien de kinderen de zorg voor hun ouders?
- Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen deze opvattingen en verwachtingen van de verschillende generaties Turkse migranten in Nederland?
- Hoe verloopt de zorg en in welke mate zijn de rolverdelingen en machtsverhoudingen onder de momenteel in Nederland verblijvende Turkse ouderen veranderd?

4.6 De geestelijke gezondheidszorg (inclusief verslavingszorg)

4.6.1 GGZ

Hier kunnen mensen geholpen worden in verband met ernstige psychische en psychosociale problemen. Zowel preventie als dienstverlening zijn daarbij in het vizier. Van alle cliënten die geholpen worden is plusminus 15% van allochtone origine, althans bij de afdelingen jeugd en volwassenen. De afdeling ouderen heeft slechts voor 2% van het totale bestand te maken met allochtone patiënten. In het algemeen en met name bij ouderen is het percentage allochtonen lager dan wat op basis van demografische gegevens verwacht zou kunnen worden. Dit komt, denkt men, doordat er voor allochtonen nog teveel drempels zijn om zich te melden bij de geestelijke gezondheidszorg.

- In het algemeen zijn er communicatieproblemen met allochtone patiënten. Deze problemen verschillen niet van de problemen zoals die bij de andere instellingen zijn geconstateerd. Er wordt zo goed en kwaad als het kan mee omgegaan, er worden tolken ingeschakeld en soms dienen verwanten en eigen organisaties zich aan als intermediairs.
- Bijzondere voorzieningen zijn er door middel van folders in eigen taal en cultuur, lezingen (bij zelforganisaties en wijkcentra) en een speciale website gericht op allochtonen.

¹⁴ Ibrahim Yerden is werkzaam bij het Noordhollands Participatie Instituut. Hij heeft gedurende lange tijd een vijftigtal Turkse families bezocht om na te gaan welke ontwikkelingen zich hebben voorgedaan in het denken over ouderenzorg.

- In het jaar 2000 is er een commissie transculturele hulpverlening ingesteld. Expliciet wordt het overkoepelend begrip *interculturalisatie* gebruikt om aan te geven dat men nu eenmaal meer en meer te maken heeft met een multiculturele samenleving en dus ook met meer allochtone patiënten die een beroep doen op de geestelijke zorg. Daarbij komt dat juist de specifieke problemen van allochtonen – denk aan juridische onzekerheid, rolverandering, heimwee e.d. – kunnen leiden tot de noodzaak een beroep te moeten doen op de geestelijke zorg. Daarbij richt de werkgroep transculturele hulpverlening zich op het toegankelijker maken van de GGZ voor allochtonen. Langs drie invalshoeken wordt hieraan gestalte gegeven:
 - Het zogenaamde driegesprek. Dit is een gesprek tussen de GGZ, verwijzer en cliënt, bij voorkeur plaatsvindend in de huisartsenpraktijk (doorgaans de verwijzer). In dit gesprek is het de bedoeling om te achterhalen wat precies de reden is van de verwijzing en welke de verwachtingen zijn met betrekking tot de dienstverlening van de GGZ.
 - Voorlichting en folders. Hierbij zijn strikte richtlijnen gemaakt om het probleem van analfabetisme te omzeilen. Verder wordt ingezet op het mondeling uitleggen via sleutelfiguren en bestuursleden van zelforganisaties.
 - Interne scholing en deskundigheidsbevordering. Men heeft geconstateerd dat er binnen de instelling te weinig deskundigheid aanwezig is om een eigen kenniscentrum te starten. Daarom zijn er contacten gelegd met deskundigen op het terrein van multiculturele zorg.

Op leidinggevend niveau is er iemand verantwoordelijk gesteld voor de interculturalisatie. De centrale taken zijn:

- voorzitten van de werkgroep,
- aansturen van een aantal projectleiders,
- subsidiekanalen aanboren,
- integraal beleid ontwikkelen.

Tot nu toe verloopt het proces van interculturalisatie naar wens. Er is draagvlak binnen de hele instelling. Belemmeringen zijn: gebrek aan tijd, te strakke bureaucratische regels en teveel externe eisen.

- Momenteel zijn er 13 allochtone personeelsleden in dienst. Dat is ongeveer 2 à 3% van het totale bestand. Het is de bedoeling om in de nabije toekomst meer allochtoon personeel te werven.

4.6.2 R.I.B.W.

Deze stichting – Regionale Instelling Beschermende Woonvormen Nijmegen en Rivierenland) – regelt en begeleidt huisvesting ten behoeve van mensen die kampen met psychische of psychiatrische stoornissen. Men beschouwt zich als wel toegankelijk voor allochtonen, maar in de praktijk kunnen alleen allochtonen opgevangen worden die de Nederlandse taal spreken. De opvang van cliënten geldt voor 24 uur per dag en is zeer intensief. Wanneer deze geen Nederlands spreken heeft het geen zin. Mede daarom is het aantal allochtonen dat bereikt wordt minimaal.

4.6.3 *Dagactiviteitencentrum Phoenix*

Hier worden mensen begeleid in verband met langdurige psychiatrische stoornissen. Door middel van dagbesteding, werk en sociale contacten. Gemiddeld komen er acht allochtone bezoekers. Dat is veel minder dan 10% van alle bezoekers. Men denkt dat de psychiatrische problematiek door allochtonen veelal binnen de eigen groep gehouden wordt. Er rust een taboe op. Er zijn communicatieproblemen met de allochtone cliënten. Die worden zo goed en kwaad als het kan opgelost. Er is geen speciale voorlichting voor allochtonen. Net zo min zijn er bijzondere voorzieningen. Men denkt wel dat het goed zou zijn om aparte voorlichting te verzorgen.

4.6.4 *Verslavingszorg*

De Nijmeegse verslavingszorg valt in twee poten uiteen: zorg en opvang aan de ene en begeleiding aan de andere kant. Met name als het om begeleiding gaat (doorgaans zijn dat langdurige trajecten) wordt ingeschat dat er hoge drempels zijn voor allochtonen. Men verwacht dat allochtonen meer dan autochtonen in de eigen gemeenschappen naar een oplossing zoeken. De Verslavingszorg ziet zichzelf overwegend als een blanke instelling, die als zodanig een hoge drempel heeft voor allochtonen. Geschat wordt dat momenteel een kleine 5% van het cliëntenbestand uit allochtonen bestaat. Daarbij gaat het bij Afghanen en Iraniërs vaak om verslaafden aan hard drugs, bij Noord Afrikanen meestal om gebruikers van soft drugs en bij andere Afrikanen om personen die worstelen met alcohol en gokmachines. De indruk bestaat dat veel allochtone groepen risicogroepen zijn. Enerzijds door de combinatie van sociale en psychische problemen. Anderzijds door culturele gebruiken, denk bijvoorbeeld aan het gegeven dat bij Turken gokken heel gewoon is. Geschat wordt dat de verslavingsproblemen onder de meeste allochtone groepen groter is dan bij autochtonen. Dat desondanks het klantenbestand maar voor 5% uit allochtonen bestaat geeft aan de toegankelijkheid (voor allochtonen) allesbehalve optimaal is.

- Bij de intake zijn er communicatieproblemen, maar deels kunnen die ondervangen worden doordat meestal familieleden meekomen of zelfs degenen zijn die iemand aanmelden. Men vindt overigens wel dat de instelling meer tijd zou moeten nemen om het eerste gesprek goed te kunnen voeren.
- Ter verbetering van de communicatie met allochtone cliënten wordt er gebruik gemaakt van folders (Turks en Arabisch), van de tolkentelefoon en van eigen medewerkers die te kennen hebben gegeven dat ze speciaal geïnteresseerd zijn in het omgaan met allochtonen. Verder wordt er voorlichting gegeven bij allochtone zelforganisaties.
- Qua organisatieontwikkeling zit de Verslavingszorg in een overgangssituatie. Erkend wordt dat het hoog tijd is om de toegankelijkheid voor allochtonen te verbeteren. Maar zover is het nog niet. Wel wordt er veel werk gemaakt van samenwerking met andere instellingen (die wel deskundig zijn met betrekking tot allochtonen). Denk aan voorlichting bij het AZC, aan contacten met Osmose en aan samenwerking met preventieve projecten voor allochtone jongeren (Tusmo, Trabou tin). Verder bezint men zich op de mogelijkheid om via zogenaamde sleutelfiguren meer ingang te krijgen in allochtone groepen, waardoor de drempel voor allochtonen om een beroep op de verslavingszorg te doen minder hoog is. Maar wat men ook van plan is...er is momenteel veel te weinig geld om gericht werk te maken van een

allochtonenbeleid. In de toekomst wordt het grootste heil verwacht van integrale projecten, waarbij de verslavingsproblematiek gekoppeld wordt aan sociale, psychische en pedagogische problemen. En dat in een samenwerkingsverband van verschillende maatschappelijke hulpverleningsinstellingen.

- Er zijn momenteel geen allochtone personeelsleden in dienst.

4.7 Belangenorganisaties van patiënten

Er is een sterke ondervertegenwoordiging van allochtonen binnen belangenorganisaties (van patiënten) en cliëntenraden. Dit komt steeds weer uit onderzoek naar voren. In Nijmegen is dat niet anders. Uit informatie van de R.P./C.F. (Regionale Patiënten en Consumenten Federatie) – Zuid Gelderland kan het volgende opgemaakt worden.

Op dit moment zijn er geen allochtone leden. Dit komt enerzijds omdat allochtonen (kennelijk) de weg niet vinden naar de federatie, anderzijds omdat de federatie er niet in slaagt om allochtonen te bereiken. Opmerkelijk is wel dat een projectmedewerkster in dienst is, een antropologe, die zich sterk maakt voor de inbreng van allochtonen. In haar woorden: "de patiëntenbeweging moet allochtonen de hand reiken." Maar bij het management van de patiëntenfederatie is er geen enkele interesse in die richting.

Er zijn geen allochtonen in dienst.

5 Conclusies en aanbevelingen: de Nijmeegse gezondheidszorg op weg naar kleurring

5.1 Inleiding

Als centrale vraag bij het onderzoek heeft steeds gegolden: in welke mate is de gezondheidszorg toegankelijk voor allochtonen, in welke mate kan (ook) aan allochtonen effectieve zorg geboden worden? De verschillende instellingen kunnen hierop beoordeeld worden: staan zij ook voor allochtonen open? Anderzijds geldt voor allochtonen: in hoeverre hebben zij specifieke belemmeringen (denk aan taal en cultuur) om (normaal) gebruik te maken van de gezondheidszorg? Stel dat er problemen zijn rond de toegankelijkheid: hoe wordt hier dan mee omgegaan? De term interculturalisatie is gebruikt om aan te geven dat het omgaan met die problemen in het perspectief staat van wat we kleurring zouden kunnen noemen: de instellingen houden rekening met het feit dat een groeiend deel van de patiënten verschillend kan zijn qua herkomst, qua cultuur e.d. De term interculturalisatie geeft daarbij met name aan dat het omgaan met die (culturele) verschillen structureel van aard is. De verschillen worden herkend, geaccepteerd en gewaardeerd. De hele organisatie is daarvan doordrongen en het management neemt gerichte initiatieven. Het zal duidelijk zijn dat dit geen gemakkelijke opgave is, aangezien (monoculturele) tradities vertragend kunnen werken. Daarom, tenslotte, is interculturalisatie geen eindtoestand of blauwdruk maar een proces en een streven. In het onderzoek is nagegaan hoe ver de Nijmeegse instellingen in de gezondheidszorg zijn met deze interculturalisatie.

Uit bestaand onderzoek is bekend welke centrale belemmeringen gelden voor allochtonen om (normaal) te kunnen functioneren als cliënten van instellingen in de gezondheidszorg. Doorgaans zijn allochtonen slecht geïnformeerd over het zorgaanbod; verder kunnen ze door taalachterstand moeilijk communiceren met de hulpverleners en zijn ze niet gewend om mondig en assertief voor hun belangen op te komen. Tevens is gebleken dat het management in de gezondheidszorg nog te weinig structureel oplossingen zoekt voor de gesignaleerde problemen. In die zin staat de interculturalisatie nog in haar kinderschoenen. Maar, zo heeft minister Borst al ruim een jaar geleden met klem benadrukt: dit moet veranderen. Vandaar de volgende beleidsvoornemens:

- er moet een centraal informatiepunt komen,
- allochtone zorgconsulenten moeten ingezet worden om de afstand tussen hulpverlener en hulpvrager te overbruggen,
- alle ontwikkelingen moeten nauwkeurig onderzocht worden,
- opleidingen dienen meer dan nu het geval is het omgaan met culturele verschillen in het programma op te nemen,
- instellingen moeten interculturalisatie nastreven en moeten meer allochtonen in hun personeelsbestand opnemen,
- allochtonen moeten gestimuleerd worden naar een sterkere eigen inbreng in belangengroepen en cliëntenraden.

5.2 De situatie in Nijmegen

Op basis van een in 2000 uitgevoerd onderzoek in opdracht van de Wetenschapswinkel kan geconcludeerd worden dat de situatie in Nijmegen niet wezenlijk afwijkt van het landelijke beeld. Slechts bij een paar instellingen is er sprake van een structureel beleid gericht op het vergroten van de toegankelijkheid en het verbeteren van de zorg ten behoeve van allochtonen. Maar lang niet alle instellingen werden bij het onderzoek van de Wetenschapswinkel geconsulteerd. Bovendien zijn we een jaar verder. Alle reden dus om te kijken hoe het er nu voor staat. Hoe worstelt de Nijmeegse gezondheidszorg met de groeiende allochtone cliëntèle? Is er sprake van wat we interculturalisatie genoemd hebben?

Uit het onderzoek dat we hebben uitgevoerd is gebleken dat het antwoord op deze vraag niet eensluidend kan zijn. De situatie is zeer verschillend per instelling. In het ene geval is er sprake van een structureel allochtonenbeleid, in het andere geval is een dergelijk beleid volledig afwezig. Om slechts twee uiterste posities te schetsen. Laten we nu kijken hoe de zaak er precies voor staat.

De preventieve zorg

- Van de vijf preventieve instellingen die aan het onderzoek hebben meegedaan geven er drie aan dat ze communicatieproblemen hebben met de allochtone cliëntèle. Deze hebben vooral betrekking op taalachterstand bij de doelgroep en op begripsverwarring ten gevolge van culturele verschillen.
- Alleen bij de GGD is er sprake van een gestructureerd omgaan met de communicatieproblemen. Dat wil zeggen dat er tolken benaderd worden of dat aan verwanten van patiënten gevraagd wordt om vertaalwerkzaamheden te verrichten.
- Zowel de GGD als de Thuiszorg (afdeling kraamzorg) hebben voorlichtingsmateriaal in het Turks en het Arabisch.
- Alleen bij de GGD is er sprake van een organisatieontwikkeling die rekening houdt met de aanwezigheid van een groeiende allochtone doelgroep. Er is een leidinggevend persoon belast met intercultureel beleid. Er waren tot voor kort twee allochtone voorlichters / zorgconsulenten in dienst. Deze zijn echter door omstandigheden niet meer operatief. Verder heeft de GGD het intercultureel adviesbureau *Osmose* ingeschakeld om de eigen organisatie door te lichten inzake het gevoerde en te voeren allochtonenbeleid.
- Kijken we tenslotte naar het personeelsbestand, dan is slechts één conclusie gewettigd: allochtonen dringen nauwelijks door binnen de werkers van de preventieve zorg in Nijmegen. Bij de vijf instellingen zijn we slechts vijf allochtone medewerkers tegengekomen. Daar waar ze werken vormen ze slechts een klein percentage van het totale personeelsbestand.

Kijken we naar de zogenaamde *Interculturele Thermometer* (zie pag. 7)¹⁵, dan bevinden de meeste preventieve instellingen zich in de fase van inertie. Soms (Stichting Jeugdzorg) in combinatie met een zekere intentie om in de toekomst iets meer te gaan doen op het gebied van allochtonenbeleid. Soms (Thuiszorg) in combinatie met isolatie: in dit geval het sporadisch gebruik maken van specifiek voorlichtingsmateriaal. Alleen

¹⁵ Hiermee hebben we een onderscheid gemaakt tussen vier verschillende 'temperaturen' van interculturalisatie: inertie (geen beleid, geen activiteiten), isolatie (wel activiteiten, geen beleid), intentie (wel beleid, geen activiteiten) en integratie (beleid en activiteiten).

bij de GGD is er sprake van een situatie die de integratie benadert: er is beleid en er zijn verschillende activiteiten.

De huisartsen

Niet alle huisartsen hebben op dezelfde wijze met allochtone patiënten te maken. Er zijn praktijken, doorgaans gelegen in de rijkere buurten, waar nauwelijks allochtonen in het bestand zitten. Praktijken in de aanpak en attentiewijken hebben daarentegen veel allochtone cliënten. Gemiddeld tussen de 375 en 400. Eén praktijk heeft plusminus 1.500 allochtone patiënten. Er is echter bijna overal sprake van een toename. Met name groeit het aantal jonge asielzoekers. De meeste huisartsen klagen steen en been over de enorme tijdsdruk die het gevolg is van het groeiende aantal allochtone patiënten. Gemiddeld neemt een consult van een allochtoon – vooropgezet dat er communicatieproblemen zijn – twee keer zoveel tijd in beslag dan gemiddeld.

- Bij de tweeëntwintig ingevulde vragenlijsten bleek bij zeventien expliciet sprake te zijn van communicatieproblemen met de allochtone patiënten. Men moet veel tijd besteden aan het achterhalen wat precies de klacht is waar de patiënt mee worstelt. Door taalproblemen blijft die klacht vaak hangen in een algemene constatering: zich onwel voelen. Daarbij komt dat onder allochtonen relatief vaak sprake is van stress en andere psychosociale aandoeningen, terwijl de betrokkenen hierover nauwelijks kunnen communiceren.
- Er zijn huisartsen die voornamelijk zelf een oplossing zoeken voor de communicatieproblemen. Dat is vaak handen en voetenwerk en neemt veel tijd in beslag. Anderen schakelen tolken in. Soms komen familieleden mee die het Nederlands wel machtig zijn.
- Over aparte voorlichting gericht op allochtonen zijn de meningen verdeeld. De helft vindt dat een goede zaak en maakt daarbij gebruik van landelijk of regionaal voorlichtingsmateriaal in een aantal allochtone talen. Sommige huisartsen gaan nog een stap verder en bezoeken (wel eens) een voorlichtingsbijeenkomst in een wijk waar veel allochtonen wonen of bij een allochtone organisatie. De andere helft gelooft niet in de werking van apart voorlichtingsmateriaal. Je bereikt niet alle betrokkenen, want doorgaans beperkt de reikwijdte qua taal zich tot het Turks en Arabisch. Bovendien: wordt het materiaal wel gelezen? Er lijkt evenwel eenheid te bestaan over de noodzaak van een gerichte voorlichting over een bepaalde ziekte. Diabetes is daarbij als voorbeeld genoemd. Verder heeft een huisartsenpraktijk goede ervaringen met het in dienst nemen van allochtone gastvrouwen.
- Een aantal huisartsen heeft zich verenigd in een zogenaamde allochtonencommissie. Deze commissie heeft als centrale doelstelling: het zoeken van structurele oplossingen voor de (communicatie)problemen die het gevolg zijn van de aanwezigheid van allochtone patiënten. Men adviseert dringend om (weer) allochtone zorgconsulenten op gemeentelijk niveau te laten functioneren.
- Vanuit huisartsen, huisartsenverenigingen en verzekeraars is overleg gaande met betrekking tot een oplossing van de druk bij die huisartsenpraktijken waar veel allochtone patiënten geholpen worden.

Voor de huisartsen is het toepassen van de interculturele thermometer een moeilijke zaak, aangezien de meeste artsen apart en individueel omgaan met hun allochtone cliëntèle. Maar met de totstandkoming van een allochtonencommissie geeft een aantal

huisartsen te kennen structureel te willen werken aan een oplossing van de problemen die het gevolg zijn van de moeizame omgang met allochtone patiënten.

De ziekenhuizen

De situatie in de twee grote ziekenhuizen (Radboud en CWZ) is vergelijkbaar.

- Communicatieproblemen doen zich alom voor. Alleen zijn er afdelingen waar veel allochtonen komen (maag, darm en lever – kindergeneeskunde) en afdelingen waar dat niet het geval is. Er is evenwel geen registratie van patiënten op basis van hun etnische achtergrond.
- Beide ziekenhuizen maken veelvuldig gebruik van de tolkentelefoon. Het nadeel hiervan is echter dat deze dienst van tevoren geregeld moet worden, terwijl het probleem niet altijd van tevoren bekend is. De ziekenhuizen zouden het op prijs stellen wanneer bij een verwijzing door een huisarts ook vermeld wordt in welke mate de betrokken patiënt het Nederlands beheerst. Tolken door familieleden heeft men liever niet, in verband met privacy, maar ook omdat niet duidelijk is of er wel sprake is van voldoende kwaliteit. En bij medisch gevoelige onderwerpen is het al of niet correct vertalen wél van groot belang. In het CWZ maak men gebruik van een tolkenklapper. Hierin staat vermeld welke medewerkers van het ziekenhuis een vreemde taal machtig zijn. Artsen en verpleegkundigen kunnen desgewenst een beroep op hen doen.
- Speciale voorzieningen voor allochtonen zijn er op een aantal gebieden: voeding, rouwverwerking, wasruimte en religieuze dienstverlening.
- In beide ziekenhuizen is een werkgroep multiculturele zorg geïnstalleerd. Deze staat onder leiding van een hooggeplaatste functionaris. Bij het Radboud is dat het hoofd van de afdeling zorg, bij het CWZ het hoofd van de afdeling patiëntenvoorlichting. De voornaamste taken van de werkgroep(en) zijn: het inventariseren van de problemen, het opzetten van scholing voor medewerkers, het instrueren van baliemedewerkers en het samenwerken met andere ziekenhuizen en instellingen. Op afdelingsniveau zijn steeds verpleegkundigen verantwoordelijk voor het allochtonenbeleid.
- Het is niet bekend hoeveel allochtone personeelsleden in dienst zijn. Voor zover ze er zijn werken ze vrijwel uitsluitend in uitvoerende zin.

Het verhaal voor de Sint Maartenskliniek is iets anders. In die zin dat hier geen sprake is van interculturele organisatieontwikkeling. Er zijn ook niet zo veel allochtone patiënten die behandeld worden.

In termen van de Interculturele Thermometer zouden we kunnen stellen dat Radboud en CWZ op weg zijn naar een integrale aanpak van de interculturalisatie.

Ouderenzorg

Het algemene beeld dat met name allochtone ouderen geen of weinig gebruik maken van de verschillende instellingen is door het onderzoek bevestigd. Het RIO (Regionaal Indicatie Orgaan) maakt melding van vierhonderd verzoeken (van allochtonen) in het afgelopen jaar. De Thuiszorg noemt slechts een getal van twaalf en verpleeghuis Margriet van drie. Opvallend is wel dat bij verpleeghuis Margriet, waar geen structureel intercultureel beleid gevoerd wordt, achttien allochtone personeelsleden in dienst zijn.

Geestelijke gezondheidszorg

De GGZ lijkt qua mate van interculturalisatie sterk op de GGD. Er is iemand speciaal mee belast. Bovendien is er een werkgroep transculturele hulpverlening in het leven geroepen. De interculturalisatie van de eigen instelling wordt gezien als een logisch en noodzakelijk antwoord op de aanwezigheid van steeds meer allochtone groepen in de stedelijke omgeving en daarbij op het gegeven dat juist allochtonen (tijdelijk) zeer vatbaar kunnen zijn voor psychische en psychosociale ziekteverschijnselen. Bijzonder is de instelling van het zogenaamde driegesprek, waarbij de verwijzer (meestal de huisarts), de cliënt en de GGZ samen aan één tafel zittend spreken over het te volgen traject in verband met de geestelijke hulpverlening.

Belangenorganisaties

Ook hier wordt het algemene beeld bevestigd: allochtonen participeren niet of nauwelijks in patiëntenorganisaties e.d.

5.3 Komt de situatie in Nijmegen overeen met de verwachting?

Met die verwachting wordt bedoeld: de situatie zoals die aan het begin van dit onderzoeksverslag is uiteengezet (zie de hoofdstukken 1 en 2). Dat patroon was onder andere gebaseerd op eerder gedaan onderzoek, landelijk en plaatselijk.

Het verrichte onderzoek laat conclusies toe die niet afwijken van eerdere onderzoeksbevindingen.

Communicatie

- De omgang met allochtone patiënten is bijna overal in de gezondheidszorg een probleem. Dit geldt vooral met betrekking tot personen die tot de eerste generatie behoren en het Nederlands niet machtig zijn. Vaak is het een kwestie van hangen en wurgen, van vallen en opstaan, van werken met handen en voeten om te achterhalen met welke klachten deze mensen bij een instelling binnenkomen. Zoals al aangeduid is het vooral een taalprobleem, maar de communicatie met allochtonen wordt ook belemmerd door culturele factoren, zoals: gevoelens van schaamte, niet gewend zijn om over psychische aandoeningen te spreken, huizenhoog opkijken naar de geneesheer, verwachten snel weer beter te zijn e.d.
- De aanwezigheid van allochtone cliënten betekent praktisch een enorme tijdsdruk voor de verschillende instellingen. Gemiddeld duurt een consult met een allochtone patiënt twee keer zo lang als gemiddeld.
- De omgang met de communicatieproblemen laat drie patronen zien:
 - de betrokkenen zoeken zelf (ter plekke) een oplossing,
 - er worden tolken ingeschakeld,
 - er wordt gebruik gemaakt van de diensten van meegekomen verwanten die kunnen vertalen.

Klantgerichtheid

- Klantgerichtheid wordt doorgaans ingevuld door middel van voorlichting in een aantal vreemde talen (Turks en Arabisch). In de ziekenhuizen zijn er speciale voorzieningen voor allochtonen. Bij de GGD waren tot voor kort twee allochtone

zorgconsulenten in dienst. Een enkele huisartsenpraktijk maakt gebruik van allochtone gastvrouwen.

- In het algemeen is er nauwelijks deelname vanuit de allochtone gemeenschappen aan cliëntenraden en belangenorganisaties.

Interculturele organisatieontwikkeling

- Als het gaat om een structurele en integrale organisatieontwikkeling met interculturalisatie als doel: zo ver is het nog niet. Slechts op een paar plaatsen staat een dergelijke ontwikkeling in de kinderschoenen: bij twee ziekenhuizen, de GGD, de GGZ, verder door middel van een allochtonencommissie die door een aantal huisartsen is gevormd.
- Qua allochtone personele bezetting: dit is eigenlijk een problematisch punt. In de meeste gevallen zijn er weinig tot geen allochtonen in dienst van de instellingen. Het kan zijn dat men nog onvoldoende actief werft. Maar waarschijnlijker is dat het moeilijk is om aan allochtoon personeel te komen.
- Kijken we naar de ontwikkeling in de tijd, dan zien we dat er een zekere mate van beweging is. Als zodanig is er niet veel veranderd ten opzichte van het afgelopen jaar, toen het onderzoek van de Wetenschapswinkel verscheen. De beweging zit evenwel in een aantal ontwikkelingen:
 - Alhoewel er geen structureel allochtonenbeleid gevoerd wordt bij de meeste instellingen, is er toch een groeiend besef dat er structurele oplossingen moeten komen voor met name het communicatieprobleem.
 - Op verschillende plaatsen zijn er een of meer personen actief als degenen die de kar trekken, dat wil zeggen als initiatiefnemers van een elementaire interculturalisatie.
 - Met name in de twee ziekenhuizen is men verder dan een jaar geleden. Hier zorgt de oprichting van een werkgroep interculturele zorg (en de daarbij horende leidinggevende verantwoordelijkheid) voor een gecoördineerde aanpak van het allochtonenbeleid.
- Vanuit het perspectief van de interculturele thermometer is het de vraag in welke mate de Nijmeegse gezondheidszorg structureel toegroeit naar het rekening houden met een groeiende allochtone cliëntèle. We hebben gezien dat er wel beweging is: er wordt meer dan voorheen rekening gehouden met de allochtone populatie die een beroep op de zorg doet. Maar slechts in een paar gevallen is er (min of meer) sprake van een structurele inbedding van het interculturele perspectief binnen de eigen organisatie. Doorgaans zijn de interculturele activiteiten nog te vaak initiatieven met een geïsoleerd karakter.

5.4 Knelpunten – beleidsaanbevelingen

Zoals gezegd: er is beweging in de richting van (meer) interculturalisatie van de Nijmeegse gezondheidszorg. Desondanks zijn er op dit moment nog wezenlijke knelpunten die op korte termijn een oplossing behoeven. Hierbij volgen we knelpunten en beleidsaanbevelingen zoals ze in gesprekken met functionarissen naar voren zijn gebracht.

- Op een aantal gebieden wordt door verschillende instanties langs elkaar heen gewerkt. Vandaar de oproep, door verschillende personen gedaan, om de zorg op elkaar af te stemmen. Voorbeelden:

-In de preventieve zorg hebben werkers bij de Stichting Jeugdzorg het idee dat cliënten *shoppen* tussen verschillende instellingen van het algemeen maatschappelijk werk en de gezondheidszorg, zonder dat die instellingen daarvan op de hoogte zijn. Vaak is ook niet helder welke zorg precies aangeboden wordt door welke instelling.

-In het algemeen: meer op elkaar afstemmen van algemeen maatschappelijk werk en gezondheidszorg

-Bij de ziekenhuizen komen patiënten die bij nader inzien geen Nederlands spreken. Dan moet ter plekke een oplossing gezocht worden om te kunnen communiceren. Zouden de huisartsen, indien zij deze personen doorverwijzen, niet kunnen vermelden dat er sprake is van een taalachterstand?

-De huisartsen zouden meer dan nu het geval is met elkaar kunnen samenwerken op de gebieden tolkenbeleid, voorlichting en informatie over allochtone culturen.

-Op het gebied van de kraamzorg is er te weinig samenwerking tussen de thuishulp en de poliklinische hulp in de ziekenhuizen.

- Met name door verschillende huisartsen is een dringende oproep gedaan om allochtone zorgconsulenten in te zetten. Deze zouden dan een breed gebied moeten bestrijken. Dat wil zeggen dat ze zowel als intermediair kunnen functioneren tijdens het consult bij de huisarts, alsook dat ze een patiënt kunnen begeleiden naar het ziekenhuis. Op dit moment is het zo dat de huisartsen, indien ze allochtone patiënten hebben, gedwongen zijn hieraan veel tijd te besteden.
- Voorlichting onder allochtonen wordt als zinvol gezien wanneer deze gericht is. Dat wil zeggen: betrekking heeft op een duidelijk afgebakend onderwerp en plaats vindt in een duidelijk afgebakende gemeenschap. Denk bijvoorbeeld aan voorlichting over ziektes (zoals diabetes) die opvallend vaak bij bepaalde groepen allochtonen voorkomen. Hiertoe zouden ook zelforganisaties en belangenorganisaties van allochtonen geactiveerd moeten worden. Men kan ook denken aan specifieke lespakketten voor scholen. Met name de GGD zou op dit terrein actief kunnen zijn. Denk ook aan voorlichting aan nieuwkomers.
- Er is dringend behoefte aan een gemeentebreed informatie en steunpunt, waar men terecht kan voor informatie en kennis en waar men een beroep kan doen op dienstverlening. Een dergelijk centraal punt heeft een directe betekenis voor degenen die nu reeds binnen hun eigen organisaties het voortouw hebben genomen met het ontwikkelen van intercultureel beleid. Ervaringen zouden uitgewisseld kunnen worden, als onderdeel van een structureel leerproces. Het zou tevens uitdrukking zijn van een cultuuromslag waarbij een meer integrale samenwerking tussen verschillende geledingen tot stand komt.
- Landelijk is er de laatste maanden het een en ander te doen rond het al of niet registreren van allochtone patiënten. De organisatie *PaceMaker* (een verband van 150 artsen, hoogleraren en onderzoekers dat de gezondheidszorg voor allochtonen wil verbeteren) is duidelijk voorstander van registratie op basis van etniciteit. Men constateert dat bepaalde ziektes vrijwel uitsluitend bij allochtonen voorkomen en dat ook de ontwikkeling van ziektes veelal verschillend is tussen de verschillende etnische groepen. Indien de patiënten vooraf geregistreerd zouden zijn in verband met hun etniciteit zou de diagnose sneller en beter gesteld kunnen worden, aldus

PaceMaker. Men wijst er bovendien op dat door de GGZ al ruim twee jaar aldus geregistreerd wordt.

- In het licht van een mogelijke cultuuromslag heeft het wellicht zin om creatieve oplossingen te bedenken samen met vertegenwoordigers uit de allochtone gemeenschappen zelf. Relatief veel zaken (zoals typische verwantschapsstructuren en eigen vormen van mantelzorg) zijn onbekend bij de zorgaanbieders, waardoor de alom aanwezige communicatieproblemen niet alleen een taalkwestie zijn. Uit het geciteerde onderzoek in Noord Holland onder Turkse ouderen aldaar werd dan ook nadrukkelijk als perspectief gesteld (voor de hulpverlening) om aan te sluiten bij bestaande netwerken en structuren. Pas dan zijn mogelijke gedragsveranderingen (zowel bij allochtone zorgvragers als bij autochtone zorgaanbieders) reëel mogelijk.
- Opvallend is het gegeven dat intercultureel personeelsbeleid slechts mondjesmaat van de grond komt, alhoewel vrijwel elke instelling te kennen geeft wel na te streven om meer allochtoon personeel aan te trekken. Maar, zo wordt er doorgaans aan toegevoegd: het is moeilijk om de doelgroep hiervoor te benaderen en te bereiken. Wellicht is het zaak om met betrekking tot het aantrekken van allochtoon personeel meer gebruik te maken van regelingen in het kader van gesubsidieerde arbeid.