



CULTUREEL COMPETENTE BEROEPSUITOEFENING ARBEIDSDESKUNDIGEN



REGIOPLAN
BELEIDSONDERZOEK

CULTUREEL COMPETENTE
BEROEPSUITOEFENING
ARBEIDSDESKUNDIGEN

- eindrapport -

drs. C. E. Wissink
drs. S. T. Slotboom

Amsterdam, juli 2012
Regioplan publicatienr. 2213

Regioplan Beleidsonderzoek
Nieuwezijds Voorburgwal 35
1012 RD Amsterdam
Tel.: +31 (0)20 – 53 15 315
Fax : +31 (0)20 – 62 65 199

Onderzoek, uitgevoerd door Regioplan
Beleidsonderzoek in opdracht van het
Arbeidsdeskundig Kenniscentrum.

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	1
1.1	Aanleiding en achtergrond	1
1.2	Onderzoeksvragen.....	2
1.3	Afbakening, definities en schema competenties.....	2
1.4	Aanpak	4
1.5	Leeswijzer	5
2	Basiscompetenties	7
2.1	Referentiekader in kaart brengen	8
2.2	Omgaan met barrières in de communicatie.....	9
2.3	Interculturele vertrouwensrelatie.....	11
2.4	Intercultureel samenwerken.....	12
3	Vakspecifieke competenties	15
3.1	Jeugdhulpverlening	15
3.2	Gezondheidszorg.....	18
3.3	Re-integratiesector.....	21
4	De arbeidsdeskundige praktijk	25
4.1	De huidige arbeidsdeskundige praktijk	25
4.2	Bruikbaarheid van methodieken	29
4.3	Gewenste verbetering van culturele competenties.....	32
5	Samenvatting en conclusies	35
5.1	Ervaringen en werkwijzen	35
5.2	Werkwijzen en competenties in verschillende sectoren	37
5.3	Lessen en aandachtspunten voor arbeidsdeskundigen	40
5.4	Randvoorwaarden cultureel competente beroepsuitoefening	42
Bijlagen	44
Bijlage 1	Literatuuroverzicht.....	46
Bijlage 2	Geïnterviewde deskundigen naar sector, deelnemers focusgroep en deelnemers expertmeeting.....	48
Bijlage 3	Samenstelling begeleidingscommissie	50
Bijlage 4	Methoden cultureel competent handelen.....	52
Bijlage 5	Schema interculturele competenties.....	58

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding en achtergrond

Het Arbeidsdeskundig Kenniscentrum (AKC) beoogt de arbeidsdeskundige beroepsgroep verder te professionaliseren. Om deze ambitie waar te maken, heeft het AKC onder meer het Onderzoeks- en kennisprogramma 'Professionalisering Arbeidsdeskundig Handelen' opgezet waarin, sinds de start van het AKC in 2009, achttien wetenschappelijke onderzoeken zijn geïnitieerd. Dit onderzoeksprogramma vormt het kader van een onderzoek naar cultureel competente beroepsuitoefening door de arbeidsdeskundige. Regioplan heeft dit onderzoek voor het AKC uitgevoerd. Het onderzoek moet bijdragen aan het verrijken van de arbeidsdeskundige praktijk met 'cultureel competente' arbeidsdeskundige dienstverlening.

Achtergrond

Circa dertig procent van alle uitkeringsgerechtigden in Nederland is niet van autochtone afkomst en twee derde van deze groep bestaat uit niet-westerse migranten (gegevens 2009, CBS Statline). Arbeidsdeskundigen en andere professionals (in de gezondheidszorg, arbozorg en verzekeringsgeneeskunde) hebben in toenemende mate te maken met klanten die een andere culturele en etnische achtergrond hebben dan autochtone klanten. Verschillen in sociaal-culturele aspecten zijn hierbij aan de orde. Concreet gaat het om andere opvattingen over ziekte, gezondheid en werkhervatting, andere verwachtingen van de rol en dienstverlening van de professional en communicatieproblemen als gevolg van een beperktere beheersing van de Nederlandse taal. Dit vraagt om een aangepaste werkwijze bij een aantal aspecten in de uitvoering. Onder andere in de gezondheidszorg wordt al geruime tijd getracht 'cultureel competente' zorg of dienstverlening aan te bieden om adequaat om te gaan met sociale en culturele diversiteit.

Het AKC signaleert enerzijds dat op het werkveld van arbeidsdeskundigen nog maar weinig 'cultureel competente' methodieken, instrumenten en werkwijzen voorhanden zijn. Anderzijds vallen migranten vaak uit de 're-integratieboot'. Twee artikelen uit het Tijdschrift voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde (TBV) van maart 2011 onderstrepen dat cultureel bepaalde aspecten een rol spelen bij re-integratie. Uit het artikel van Van der Meide komt naar voren dat re-integratiebedrijven eisen vaak voldoende motivatie en beheersing van de Nederlandse taal (Van der Meide, e.a., TBV, maart 2011). Het artikel van Kruysbergen beschrijft dat er re-integratiebedrijven zijn die zich 'specialiseren' in de re-integratie van migranten (Kruysbergen, R. van; Weel, A., TBV maart 2011).

1.2 Onderzoeksvragen

Het hoofddoel van dit onderzoek is het leveren van een bijdrage aan de professionalisering van de arbeidsdeskundige praktijk, door inzicht te geven in de wijze waarop arbeidsdeskundigen hun werkwijze afstemmen op de groep van niet-westerse migranten en aandacht te besteden aan de mogelijkheden om de beroepsuitoefening met culturele inzichten en competenties te verrijken. Daarvoor hebben we vooral gekeken naar de wijze waarop professionals uit andere sectoren hun werkwijze op niet-westerse migranten afstemmen en wat arbeidsdeskundigen daarvan kunnen leren.

De volgende onderzoeksvragen zijn daarbij het uitgangspunt geweest:

1. Welke ervaringen en resultaten zijn er reeds met 'cultureel competente' arbeidsdeskundige dienstverlening bij UWV re-integratiebedrijven, arbeidsdiensten, gemeente, verzekeraars en arbeidsdeskundigen?
2. Welke werkwijzen dan wel methodieken worden thans specifiek voor cliënten met een niet-westerse achtergrond toegepast op het terrein arbeidsre-integratie?
3. Is er bij de re-integratie van de onder vraag 2 genoemde groepen sprake van een seksspecifieke aanpak?
4. Welke ervaringen bestaan er op het terrein van cultureel competente beroepsuitoefening in andere sectoren, met name:
 - a. de jeugdhulpverlening;
 - b. de eerstelijns gezondheidszorg inclusief arbozorg;
 - c. re-integratie?
5. Welke lessen zijn er op grond van de ervaringen in deze sectoren te trekken voor arbeidsdeskundigen?

In overleg met de begeleidingscommissie bij dit onderzoek, is besloten dat de focus van het onderzoek ligt op de competenties die de individuele arbeidsdeskundige nodig heeft voor het omgaan met culturele diversiteit. Hiervoor wordt gebruikgemaakt van de kennis en ervaring op dit punt vanuit de sectoren jeugdzorg, gezondheidszorg en re-integratie. Concreet levert het onderzoek een overzicht op van interculturele competenties en een aantal van de beschikbare werkwijzen en methodieken die de professional kan toepassen bij het omgaan met culturele verschillen.

1.3 Afbakening, definities en schema competenties

Afbakening

Het onderzoek focust op cultureel competente beroepsuitoefening door professionals in een beperkt aantal sectoren, namelijk jeugdzorg, gezondheidszorg en re-integratie. De keuze voor deze sectoren is ingegeven door relevante methodiekontwikkelingen ten aanzien van cultureel competent handelen en/of een vergelijkbaar type dienstverlening als bij

arbeidsdeskundigen het geval is. Daarmee blijven andere sectoren waar cultureel competent handelen ook van belang is buiten beschouwing. In 'Meetladder diversiteit interventies' stellen Pels e.a. dat het gebrek aan 'diversiteitsgevoeligheid' op zes niveaus speelt, namelijk het overheidsbeleid, de institutionele context, professionalisering, het methodische niveau, de interactie met nieuwe behoeften en vragen en initiatieven van (groepen) burgers (Pels e.a., Meetladder diversiteit interventies, 2009).¹ In dit onderzoek ligt de focus op het niveau van de professional. De andere niveaus, waarbij het enerzijds gaat om het creëren van de randvoorwaarden voor professioneel cultureel competent handelen (overheidsbeleid, institutionele context) en anderzijds om cultureel competente interventies (onder andere het methodische niveau) blijven daarmee buiten beschouwing. In het schema dat verderop in deze paragraaf aan bod komt, hebben we dit gevisualiseerd door randvoorwaarden en interventies gearceerd op te nemen in het schema.

Definities

In overleg met de begeleidingscommissie voor dit onderzoek is besloten om de term 'migrant' te hanteren in plaats van niet-westerse allochtoon². Tevens is besloten om het begrip culturele diversiteit te gebruiken in plaats van culturele verschillen.

Schema competenties

Voor het onderzoek hebben we een schema ontwikkeld waarmee we het onderzoek hebben gestructureerd en de resultaten van het onderzoek overzichtelijk kunnen weergeven. Voor de ontwikkeling van het schema hebben we gebruikgemaakt van twee invalshoeken met betrekking tot de professionalisering in met name de jeugdzorg en de gezondheidszorg. In de eerste plaats gaat het om het onderscheiden van een aantal competenties die van cruciaal belang zijn voor een effectieve interventie (Haterd e.a., 2010), namelijk:

- het in kaart brengen van het referentiekader van de cliënt;
- het omgaan met barrières in interculturele communicatie;
- het opbouwen van een interculturele vertrouwensrelatie;
- intercultureel samenwerken.

We beschrijven deze basiscompetenties aan de hand van wat hierover in de literatuur bekend is. Per sector zijn we binnen deze competenties op zoek gegaan naar een aantal accenten die specifiek zijn voor de sector. Dit is omschreven als 'vakspecifieke' competenties.

Naast het onderscheiden van competenties gaat het in de tweede plaats om de operationalisatie van het begrip 'competentie' in termen van kennis,

¹ Meetladder diversiteit interventies. Verhoging van bereik en effectiviteit van interventies voor (etnische) doelgroepen. Pels, T., Distelbrink, M., Tan, S., 2009.

² 1^o generatie allochtonen zijn zelf in het buitenland geboren en hebben ten minste één ouder die in het buitenland is geboren. 2^o generatie allochtonen zijn zelf in Nederland geboren, maar hebben ten minste één ouder die in het buitenland is geboren.

houding en vaardigheden. Dit onderscheid is in eerste instantie door Shadid (2000) aangebracht en wordt ook in de 'Meetladder diversiteit interventies' (Pels e.a., 2009) gehanteerd. Op die manier hebben we, naar sector, per competentie een onderscheid gemaakt in kennis, houding en vaardigheden die de professional nodig heeft om cultureel competent te kunnen handelen (zie figuur 1.1).

Figuur 1.1 Schema competenties

Competenties		Basiscompetenties	Vakspecifieke competenties		
			Zorg	Jeugdzorg	Re-integratie
	Kennis				
	Houding				
	Vaardigheden				
Interventies					
Randvoorwaarden ³					

1.4 Aanpak

In de eerste plaats hebben we een literatuuronderzoek uitgevoerd. Daarbij lag de focus op de drie sectoren en stond de vraag centraal hoe men binnen deze sectoren omgaat met culturele diversiteit en welke lessen hieruit te trekken zijn voor de arbeidsdeskundige praktijk.

Vervolgens zijn, per sector, twee experts op het gebied van culturele diversiteit geïnterviewd, zowel vanuit de wetenschap als vanuit de praktijk (zie tabel 1.1). In overleg met de begeleidingscommissie is besloten om daarnaast ook twee experts op het gebied van HRM/Personeelsbeleid en communicatie te benaderen, omdat in deze sector al veel kennis en ervaring is in relatie tot culturele diversiteit. Vervolgens is met de begeleidingscommissie besloten welke experts zouden worden benaderd. Bijlage 2 bevat het overzicht van de respondenten. De interviews vonden plaats aan de hand van een vooraf opgestelde en met de opdrachtgever afgestemde itemlijst. In de gesprekken is op de eerste plaats ingegaan op de benodigde basiscompetenties en vakspecifieke competenties voor het omgaan met culturele diversiteit. Daarnaast is ingegaan op de beschikbaarheid van methoden en werkwijzen ten behoeve van professioneel intercultureel handelen en de aanwezigheid van cultuurcompetente instrumenten of methoden. Tot slot werd besproken wat arbeidsdeskundigen kunnen leren van de kennis en ervaringen die in de sector zijn opgedaan ten aanzien van cultuurcompetente methoden en werkwijzen en professioneel intercultureel handelen.

³ Interventies en randvoorwaarden zijn belangrijke aspecten in relatie tot intercultureel competente beroepsuitoefening. In dit onderzoek ligt de focus echter bij de professional en de competenties die hij of zij nodig heeft om te kunnen omgaan met culturele diversiteit. De interventies en randvoorwaarden blijven in dit onderzoek buiten beschouwing.

Tabel 1.1 Interviews deskundigen culturele competenties

Sector	Wetenschap	Praktijk
Jeugdzorg	1	1
Gezondheidszorg	1	1
Re-integratie	1	1
HRM/personeelsbeleid/Communicatie	1	1

Vervolgens is er een focusgroepbijeenkomst met arbeidsdeskundigen gehouden. Drie arbeidsdeskundigen hebben aan de focusgroep deelgenomen. In dit gesprek werd vooral ingegaan op wat arbeidsdeskundigen momenteel in de praktijk anders doen wanneer ze te maken krijgen met een migrant, welke strategieën arbeidsdeskundigen inzetten voor de omgang met culturele diversiteit en wat zij missen aan competenties om te komen tot optimale dienstverlening aan migranten.

Met het oog op de beperkte deelname van arbeidsdeskundigen aan de voornoemde focusgroep is, ter afsluiting van het onderzoek, een extra expertmeeting met arbeidsdeskundigen georganiseerd. Het doel van de expertmeeting was tweeledig. Enerzijds ging het om het bespreken van de bruikbaarheid van een aantal methodieken voor cultureel competente beroepsuitoefening. Anderzijds ging het om het nader in beeld brengen van de behoeften van arbeidsdeskundigen in relatie tot (methodieken voor) cultureel competente beroepsuitoefening.

1.5 Leeswijzer

In de hoofdstukken 2 en 3 gaan we respectievelijk in op de basiscompetenties en de vakspecifieke competenties van professionals in de sectoren jeugdzorg, gezondheidszorg en re-integratie, voor het omgaan met culturele diversiteit. In hoofdstuk 4 gaan we in op de huidige arbeidsdeskundige praktijk en geven we een overzicht van ervaringen, instrumenten en werkwijzen ten aanzien van cultureel competent handelen. Daarnaast gaan we in op de bruikbaarheid van een aantal methodieken voor cultureel competente beroepsuitoefening die we in de drie bovengenoemde sectoren zijn tegengekomen voor de arbeidsdeskundige praktijk. Tot slot gaan we in op de behoeften van arbeidsdeskundigen aan dergelijke methodieken. In hoofdstuk 5 vatten we de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek samen aan de hand van een ingevuld schema van basiscompetenties en vakspecifieke competenties. Verder gaan we in op de vragen waar de arbeidsdeskundige praktijk staat als het gaat om cultureel competent handelen en wat arbeidsdeskundigen kunnen leren van ervaringen uit de andere sectoren.

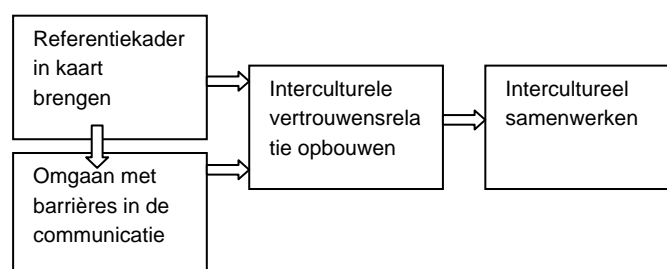
2 BASISCOMPETENTIES

In dit hoofdstuk gaan we in op de basiscompetenties die professionals zoals arbeidsdeskundigen, jeugdhulpverleners, huisartsen en re-integratiedeskundigen nodig hebben voor het omgaan met culturele diversiteit. We maken hiervoor gebruik van de informatie uit het literatuuronderzoek dat we in het kader van dit onderzoek hebben uitgevoerd en de interviews met experts. Zoals in hoofdstuk 1 uiteengezet, is het literatuuronderzoek gestructureerd door aan te sluiten bij twee invalshoeken, namelijk het onderscheiden van vier competenties die cruciaal zijn voor een effectieve interventie enerzijds en anderzijds het ‘vertalen’ van het begrip competentie naar kennis, houding en vaardigheden.

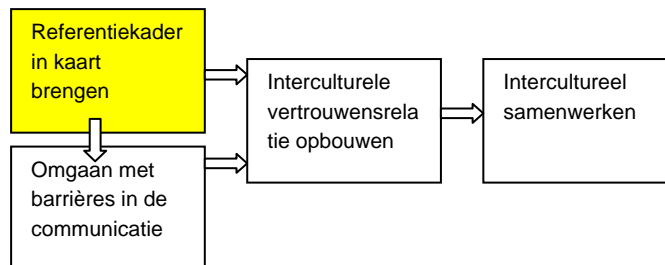
In de paragrafen 2.1 tot en met 2.4 behandelen we achtereenvolgens de basiscompetenties ‘het in kaart brengen van het referentiekader van de cliënt’, ‘omgaan met barrières in interculturele communicatie’, ‘het opbouwen van een interculturele vertrouwensrelatie’ en ‘intercultureel samenwerken’. Haterd e.a. (2010) noemen dit de generieke interculturele competenties waarover alle professionals in zorg en welzijn in meer of in mindere mate beschikken en waarmee ze in staat zijn om adequate hulp en zorg te verlenen aan cliënten met een andere etnische of culturele achtergrond dan die van de professional zelf. In elke paragraaf komen de aspecten kennis, houding en vaardigheden afzonderlijk aan bod.

De basiscompetenties hangen met elkaar samen. Eerst moeten barrières in taal en cultuur worden weggenomen en dan kan er een vertrouwensrelatie ontstaan (Vink, 2009). Uit onderzoek van Verstraten e.a. (2006) komt naar voren dat obstakels in de communicatie het ontstaan van een vertrouwensrelatie in de weg staan en daarmee ook het ontstaan van een effectieve hulpverlenersrelatie belemmeren. Door deze samenhang zijn sommige houdingsaspecten en vaardigheden bij meerdere basiscompetenties aan de orde.

Figuur 2.1 Samenhang basiscompetenties



2.1 Referentiekader in kaart brengen



De basiscompetentie 'referentiekader in kaart brengen' heeft betrekking op zowel het eigen referentiekader van de betrokken professional als het referentiekader van de klant waar de professional op dat moment mee te maken heeft (Haterd e.a., 2010). De professional moet zich bewust worden of zijn van 'wie ben ik' en 'wie ben jij' (klant). Zowel vanuit de literatuur als uit de gesprekken met de experts is naar voren gekomen dat deze competentie een belangrijke eerste stap is in het omgaan met culturele diversiteit.

Kennis van:

- de belangrijkste aspecten van de eigen cultuur en de normen en waarden die in de eigen cultuur worden gehanteerd (Bellaart, 2009; Beentjes e.a., 2007; Verstraten e.a., 2006);
- de belangrijkste kenmerken van de cultuur van de klant en diens normen en waarden en de implicaties daarvan (Pels e.a., 2009; Nederlands Jeugdinstituut, 2009; Bellaart, 2009; Beentjes e.a., 2007; Kruysbergen e.a., 2011; Verstraten e.a. 2006);
- de verwachtingen van de klant ten aanzien van de interventie en de professional (Verstraten e.a., 2006);

Houding

- een open en nieuwsgierige houding met aandacht voor de context van de migrant (Haterd e.a., 2010);
- empathisch en inlevend met betrekking tot de situatie van de migrant (expertinterviews);⁴
- onbevooroordeeldheid (open-mindedness) ten aanzien van wat 'anders' is (expertinterviews);⁵
- sensitiviteit voor culturele overeenkomsten en verschillen (Haterd e.a., 2010).

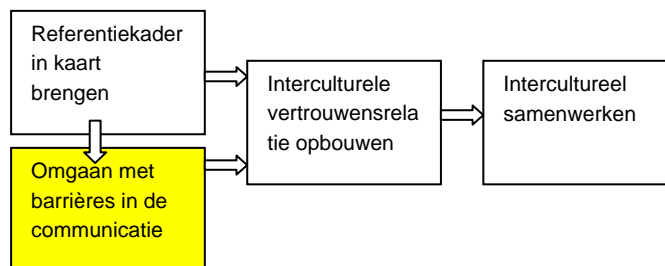
⁴ De respondenten verwezen daarbij naar de lijst culturele competenties van Shadid (2000): emotionele stabiliteit, flexibiliteit, open-mindedness, inlevingsvermogen, sociaal initiatief.

⁵ Zie noot 4.

Vaardigheden

- bewustzijn van de eigen culturele bril, van het eigen referentiekader en van de wijze waarop de eigen normen en waarden mening en oordeel 'kleuren' (NJI, 2009; Haterd e.a., 2010);
- het kunnen verwerken van normen, waarden en wereldbeeld van de migrant in de interventie, zodat op die manier een betere aansluiting ontstaat (NJI, 2009);
- waken voor stigmatisering en generalisering en juist specifiek vragen naar de situatie, waarden en wensen van de individuele klant (Haterd e.a., 2010);
- het kunnen betrekken van de sociale omgeving, zoals familie van de cliënt, in de interventie (Pels e.a., 2009; Goderie, 2003);
- de effecten van machtsafstand onderkennen en daarnaar kunnen handelen, bijvoorbeeld weten hoe om te gaan met een cliënt die niet alles kan of wil vertellen of niet 'de waarheid' vertelt (Vink, 2009; Bellaart, 2009).

2.2 Omgaan met barrières in de communicatie



Zowel in de literatuur als in de interviews met experts worden communicatieproblemen tussen de professional en de migrant als een belangrijk knelpunt gezien (o.a. Pacemaker in Global Health, 2008; Scharwächter e.a., 2000; NIVEL 2004; Verstraten e.a., 2006). Hierbij spelen meerdere aspecten een rol. Het gaat om knelpunten die ontstaan doordat sprake is van een grote (een migrant die niet goed Nederlands begrijpt en spreekt) of minder grote (tweede generatie migranten) taalbarrière. Maar het gaat ook om miscommunicatie en misinterpretatie als gevolg van cultuurverschillen. Dit uit zich in verschillen in non-verbale communicatie, communicatiestijlen en sociale codes (Vink, 2009). De competentie 'omgaan met barrières in de communicatie' heeft betrekking op het effectief communiceren met mensen uit een andere culturele groep, zodat klant en professional elkaar goed begrijpen (Haterd e.a., 2010).

Kennis van:

- het effect van verschillen tussen mensen op de onderlinge communicatie. Daarbij gaat het met name om verschillen in cultuur, mogelijkheden en positie (Bellaart, 2009; Haterd e.a., 2010);
- omgangsregels (sociale codes) in verschillende culturen, bijvoorbeeld wel of geen hand geven, wel of niet aankijken et cetera (Vink, 2009, Haterd e.a., 2010);
- verschillende communicatiestijlen, bijvoorbeeld: 'direct' (zakelijk, effectief, gericht op de inhoud, gebruikmakend van protocollen en standaardisering) versus 'indirect' (meer gericht op het aangaan van relaties, het verbinden) (Scharwächter e.a., 2000).

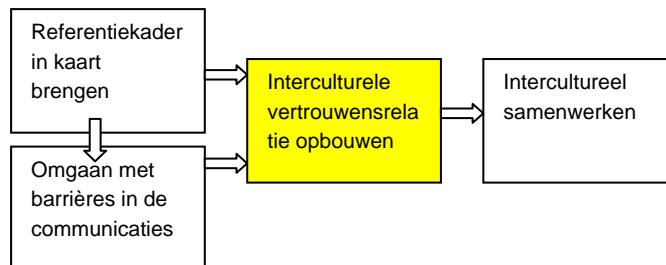
Houding

- bewustzijn van communicatie als randvoorwaarde voor vertrouwensrelatie (Verstraten e.a., 2007);
- respectvol, open, aandachtig en betrokken (Pacemaker in Global Health, 2008; Vink, 2009; Pels e.a., 2009);
- geduldig en 'luisterend', eerst de cliënt laten praten (Vink, 2009).

Vaardigheden

- Communicatieve vaardigheden van de professional in relatie tot de migrant:
 - taalgebruik (kunnen) aanpassen: eenvoudige woorden, korte zinnen, rustig spreken, vaker controleren of hij/zij goed is begrepen door de migrant (laten terugvertellen wat er is gezegd) (Pacemaker in Global Health, 2008; Haterd e.a., 2010; Bellaart, 2009; Beentjes e.a., 2007; Vink, 2009; Kruysbergen e.a., 2011; Pels e.a., 2009);
 - het kunnen voeren van driehoeksgesprekken in de situatie dat meer mensen meepraten en meebeslissen.
- Gebruik kunnen maken van 'hulpmiddelen' zoals:
 - tolken (inclusief familieleden of kennissen die als tolk optreden), zorgconsulenten, voorlichters eigen taal en cultuur (Bellaart, 2009; Haterd e.a., 2010; Beetjes e.a., 2007, NJI, 2009);
 - audiovisueel materiaal (Haterd e.a., 2010, Pels e.a., 2009);
 - vertaald materiaal (NJI, 2009).

2.3 Interculturele vertrouwensrelatie



Zoals in de inleiding al is opgemerkt staan de vier basiscompetenties niet op zichzelf, maar hangen ze met elkaar samen. Voor het opbouwen van een interculturele vertrouwensrelatie zijn de competenties die in de paragrafen 2.1 en 2.2 reeds aan de orde kwamen van groot belang. Naarmate de culturele verschillen tussen de professional en de migrant groter zijn, is het moeilijker om een vertrouwensband op te bouwen en is het des te belangrijker dat de communicatie tussen de professional en de klant goed verloopt. Uit onderzoek verricht door Pacemaker in Global Health komt naar voren dat het meer tijd kost om een vertrouwensrelatie op te bouwen met allochtone dan met autochtone cliënten, vanwege belemmeringen in de communicatie en door de onbekendheid van de cliënt met bijvoorbeeld arbozorg (Pacemaker in Global Health, 2008). Bij de competentie 'interculturele vertrouwensrelatie opbouwen' gaat het erom dat de professional in staat is om een vertrouwensrelatie op te bouwen en in stand te houden waarin de cliënt zich veilig voelt om te vertellen en te vragen (Haterd e.a., 2010).

Kennis van :

- het belang van 'vertrouwen' in de relatie tussen professional en migrant: de vertrouwensrelatie is een voorwaarde voor hulpverlening (Haterd e.a., 2010);
- het effect van machtsverschillen tussen professional en cliënt en de cliënt en zijn omgeving op het opbouwen van een vertrouwensrelatie (Haterd e.a., 2010).

Houding

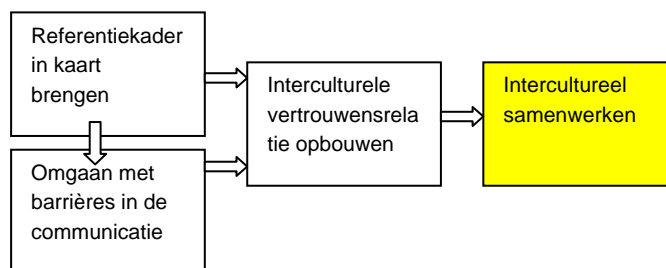
- open en respectvol jegens de migrant en het 'anders zijn' van de ander (NJI, 2009; Haterd e.a., 2010). Ondanks het anders zijn, wel serieus nemen (Vink, 2009);
- vermijden van generalisatie en stigmatisering; niet labelen, maar luisteren (Pacemaker in Global Health, 2008);
- de tijd nemen: niet mededelen, maar vertellen en toelichten (Vink, 2009);
- 'grondhouding' die zich kenmerkt door vijf 'persoonlijke eigenschappen' (Haterd e.a., 2010; Bellaart, 2009; Vink, 2009; expertinterviews):
 - Culturele empathie: kunnen inleven in gevoelens van de ander en hierover kunnen communiceren;

- Flexibiliteit: kunnen schakelen tussen verschillende aanpakken/werkwijzen en interesse voor en affiniteit met nieuwe en onbekende situaties;
- Openheid; een open en onbevooroordeelde houding ten aanzien van mensen uit andere groepen en met andere normen en waarden;
- Sociaal initiatief: het initiatief kunnen nemen in sociale situaties, zoals gesprekken;
- Emotionele stabiliteit; kalm kunnen blijven in situaties waarin sprake is van spanningsvelden en kunnen omgaan met de onzekerheid van interculturele situaties.

Vaardigheden:

- communicatieve vaardigheden: inzetten op wegnemen van belemmeringen in taal en cultuur zodat daarna kan worden gewerkt aan het aangaan van vertrouwensrelatie (Vink, 2009, Haterd e.a., 2010);
- aanpak en gesprekken 'breder' insteken: warmer, persoonlijker, niet alleen gericht op het specifieke probleem van de migrant, maar op de relatie tussen professional en migrant als bouwsteen voor een vertrouwensrelatie (Pels e.a., 2009; Goderie 2003);
- outreachend werken: naar de migrant toe gaan, bijvoorbeeld op huisbezoek (Haterd e.a., 2010; Pacemaker in Global Health, 2007; Pels e.a., 2009);
- multidisciplinaire aanpak, intervisie/overleg met migrantencollega (Vink, 2009; Pacemaker in Global Health, 2008).

2.4 Intercultureel samenwerken



Bij intercultureel samenwerken komen de hierboven genoemde competenties allemaal samen. Naast alle eerdergenoemde kennis, houdingsaspecten en vaardigheden vergt dit van de professional op een aantal punten extra kennis, houdingsaspecten en vaardigheden om te komen tot een optimale dienstverlening aan migranten. In Haterd e.a. (2010) gaat het bij deze competentie met name om het vermogen van de professional om binnen de eigen organisatie samen te werken met collega's uit een andere culturele groep en met medewerkers van migranten zelforganisaties. De professional moet in staat zijn om gebruik te maken van de deskundigheid van anderen om de eigen dienstverlening te verbeteren (Haterd e.a., 2010). Ook Vink wijst erop

dat voor 'intercultureel samenwerken' niet alleen de individuele professional interculturele competenties moet hebben, maar dat ook van belang is dat in de organisatie waar hij/zij werkzaam is intercultureel en multidisciplinair wordt gewerkt (Vink en Höppener in Kruysbergen e.a., 2011). Omdat de focus van dit onderzoek ligt op de professional en diens competenties voor het omgaan met culturele diversiteit, laten we in deze paragraaf het organisatieniveau buiten beschouwing. We komen hier in hoofdstuk 5 op terug.

Kennis van:

- het voorkomen van, de rol van en de effecten van discriminatie en hoe te handelen bij discriminatie (Pacemaker in Global health, 2008);
- verschillende benaderingswijzen: gericht op gelijkwaardigheid (tussen professional en cliënt), zelfsturing, eigen verantwoordelijkheid en gericht op aandragen van oplossingen, meer directief (Pacemaker in Global Health, 2007).

Houding:

- openstaan voor verschillen: een open en onbevooroordeelde houding ten aanzien van andere groepen en andere waarden en normen (Haterd e.a., 2010; Vink, 2009, Bellaart, 2009);
- accepteren van ander gedrag (Vink, 2009).

Vaardigheden:

- brede benadering: wat is het verhaal, wat is de situatie van de migrant, rekening houden met de 'omgeving' van de migrant: waar is de familie, hoe is het met de familie, is er aansluiting in de nieuwe (Nederlandse) situatie (Kruysbergen e.a., 2011; Pacemaker in Global Health, 2007);
- werkwijze en verwachtingen duidelijk maken door de professional, met betrekking tot de eigen rol en die van de klant (Beentjes e.a., 2007);
- maatwerk in plaats van 'standaardproces', bijvoorbeeld door meer tijd te nemen (Beentjes e.a., 2007);
- zoeken naar en investeren in gemeenschappelijke basis voor de interventie/relatie tussen professional en klant, commitment verkrijgen (Verstraten e.a., 2006; Pels e.a., 2009, Bellaart, 2009).

3 VAKSPECIFIEKE COMPETENTIES

In dit hoofdstuk gaan we in op de vakspecifieke competenties die nodig zijn voor het omgaan met culturele diversiteit binnen de sectoren jeugdhulpverlening, gezondheidszorg en re-integratie. We maken hiervoor gebruik van het literatuuronderzoek en de expertinterviews die we in het kader van dit onderzoek hebben uitgevoerd.

De vakspecifieke competenties zijn afgeleid van de basiscompetenties die in het vorige hoofdstuk aan de orde zijn gekomen. Per sector zijn we op zoek gegaan naar en geven we een beschrijving van de vakspecifieke accenten die binnen de basiscompetenties kunnen worden gelegd voor de omgang met culturele diversiteit. Uit het onderzoek komt naar voren dat dit per sector en per basiscompetentie verschillend is.

In paragraaf 3.1 komt de sector jeugdhulpverlening aan de orde. In paragraaf 3.2 gaan we in op de sector gezondheidszorg. In de derde paragraaf van dit hoofdstuk staat de re-integratiesector centraal. In elke paragraaf komen de relevante basiscompetenties aan bod en gaan we na wat deze specifiek betekenen voor de benodigde competenties in de betreffende sector. Ook beschrijven we welke knelpunten men in de praktijk tegenkomt. We besluiten elke paragraaf met een overzicht van beschikbare strategieën of good practices die professionals binnen de sector tot hun beschikking hebben voor de omgang met culturele diversiteit.

3.1 Jeugdhulpverlening

De knelpunten ten aanzien van dienstverlening aan migranten in de jeugdzorg hebben vooral betrekking op het bereik van de hulpverlening onder de doelgroep (o.a. Haterd e.a., 2010; Pels e.a., 2009; Pacemaker in Global Health, 2007). Vanuit dit gegeven zijn er al lange tijd projecten en activiteiten uitgevoerd om de omgang met culturele diversiteit binnen de jeugdhulpverlening te verbeteren. In de sector wordt onderkend dat voor de omgang met diversiteit op verschillende niveaus moet worden gewerkt. In de eerste plaats op het niveau van de individuele professional, maar daarnaast ook op het niveau van het overheidsbeleid, de institutionele context, het methodische niveau en de interactie met behoeften, vragen en initiatieven van (groepen) burgers (Pels e.a., 2009).

3.1.1 Referentiekader in kaart brengen

Hierbij gaat het met name om kennis van thema's (problematiek) en hulpvragen die bij migranten meer dan gemiddeld spelen. Voorbeelden van deze thema's zijn de effecten van het opvoeden in twee culturen, de effecten van het gevoel gediscrimineerd te worden, de effecten van het gevoel van

gebrek aan perspectief en het trauma dat (het gezin van) een migrant kan hebben opgelopen, voorafgaand aan of als gevolg van de migratie (bijvoorbeeld oorlogstrauma).

Uit het literatuuronderzoek en de gesprekken met experts is verder gebleken dat professionals zich bewust moeten zijn van verschillen in opvattingen over gewenst en ongewenst gedrag van jeugdigen alsmede wie verantwoordelijk is voor het aanpakken van ongewenst gedrag (Pacemaker in Global Health, 2007). De professional moet rekening houden met dergelijke verschillen in opvattingen en daarmee deze andere normen en waarden, het andere wereldbeeld verwerken in de interventie (Pels e.a., 2009; NJI, 2009).

3.1.2 Omgaan met barrières in de communicatie

Wat de competentie 'omgaan met barrières in de communicatie' betreft, zijn er vanuit de literatuur en de gesprekken met experts voor de sector jeugdhulpverlening geen specifieke accenten naar voren gekomen. Verstraten e.a. (2006) wijzen op het belang van het erkennen van de technische, inhoudelijke kant van communicatie en de relationele, gevoelskant. Beide zijn van groot belang voor het omgaan met barrières in de communicatie. Zowel het NJI (2009) als Pels e.a. (2009) wijzen op het gebruik van 'hulpmiddelen' als tolken en vertaald en aangepast informatiemateriaal. Pels wijst verder op het aansluiten bij de terminologie van de cliënt naast het aanpassen van taalgebruik en eventuele communicatie in de moedertaal (Pels e.a., 2009).

3.1.3 Interculturele vertrouwensrelatie

Ook wat de competentie 'opbouwen van een interculturele vertrouwensrelatie' betreft, zijn er in de sector jeugdhulpverlening geen vakspecifieke accenten naar voren gekomen. Verschillende auteurs wijzen op het belang van een proactieve, outreachende benadering (Pacemaker in Global Health, 2007; Pels e.a., 2009, NJI, 2009). Daarbij gaat het er onder meer om dat er ingezet wordt op actief contact leggen met de klant door hem of haar in de eigen omgeving (thuis, buurthuis, school, consultatiebureau etc) op te zoeken, rekening te houden met werktijden, reiskosten te vergoeden etc. Pels e.a. (2009) wijzen verder op een warme, brede aanpak waarbij ook aandacht is voor het oplossen van andere, praktische problemen die niet direct te maken hebben met het probleem waarvoor de migrant bij de hulpverlening komt. Dit draagt bij aan het bereiken, 'vasthouden' en verder ontwikkelen van de vertrouwensband met de cliënt. Juist deze aspecten zijn bij cliënten met een allochtone afkomst vaker een knelpunt dan bij cliënten van autochtone afkomst.

3.1.4 Intercultureel samenwerken

Hierbij gaat het enerzijds om kennis van verschillende opvoedstijlen en socialisatiepatronen. Anderzijds gaat het om het helder maken van de eigen verwachtingen en verwachtingen van de cliënt ten aanzien van de interventie

en het onderkennen dat hierin verschillen kunnen zijn. De Nederlandse manier van denken en werken in de jeugdzorg kenmerkt zich door een individualistische benadering, psychologiserend, het wijzen op eigen verantwoordelijkheid en een actieve houding van de cliënt. Migranten zijn daarentegen meer afwachtend en verwachten van de hulpverlener een proactieve opstelling: de professional moet de oplossing bieden (Pacemaker in Global Health, 2007). Van belang is ook dat niet alleen het kind centraal staat, maar dat er ook veel aandacht is voor de ouders en dat ouders zich gehoord en begrepen voelen.

De professional zal bereid en in staat moeten zijn tot het expliciteren van doelstellingen en verwachtingen als uitgangspunt voor een gemeenschappelijke basis (Verstraten e.a., 2006, Pels e.a.). Outreachend werken kan hierbij een manier zijn om contact te maken en het vertrouwen van de cliënt te winnen (NJI, 2009, Pels e.a., 2009). De professional moet ook in staat zijn tot het aangaan van een verbinding met ouders; begrip tonen voor de ouders en uitgaan van de idee dat alle ouders het beste willen voor hun kind en dat dit op verschillende manieren tot uitdrukking kan worden gebracht.

3.1.5 Werkzame strategieën voor het omgaan met culturele diversiteit

In deze paragraaf zijn die werkwijzen of methodieken opgenomen die op meerdere plekken in de geraadpleegde literatuur en/of door meerdere experts naar voren zijn gebracht voor het omgaan met culturele diversiteit. Over de effectiviteit van deze methodieken voor het omgaan met culturele diversiteit is weinig bekend. Dat is niet specifiek voor methoden gericht op migranten. In het algemeen geldt dat er weinig inzicht is in bewezen effectiviteit van interventies op allerlei gebieden. Het is een positieve ontwikkeling dat er steeds meer aandacht komt voor bewezen effectiviteit, maar het staat veelal nog in de kinderschoenen. We willen hier wel wijzen op de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut. Deze databank bevat interventies die ofwel theoretisch goed zijn onderbouwd, ofwel waarschijnlijk dan wel bewezen effectief zijn volgens wetenschappelijk onderzoek. De beoordeling van de effectiviteit vindt plaats door een commissie van onafhankelijke deskundigen.⁶

Werkzame strategieën zijn:

- Kruispuntdenken of caleidoscopisch denken: hierbij gaat het vooral om het bewustzijn dat iemands identiteit wordt bepaald door de posities die hij of zij tegelijkertijd op verschillende assen van maatschappelijke betekenisgeving (sekse, etniciteit, sociaal-economische positie, nationaliteit et cetera) inneemt (Haterd e.a., 2010; expertinterview). Met andere woorden: iemands maatschappelijke positie wordt bepaald door een combinatie van maatschappelijke verschillen, zoals gender, etniciteit, nationaliteit, klasse, leeftijd en seksuele geaardheid, die elkaar beïnvloeden en versterken. Elke positie vertegenwoordigt ook een bepaalde machtspositie die maar

⁶ Zie www.nji.nl.

tot op zekere hoogte door het individu kan worden beïnvloed. Iedereen heeft dus tegelijkertijd meerdere kenmerken: zoals leeftijd, geslacht, rol in het gezin, werknemer et cetera.

- TOPOI-model (Taal, Ordening, Personen, Organisatie en Inzet); Dit model voor interculturele communicatie richt zich op de vijf gebieden in communicatie waar zich culturele verschillen en misverstanden kunnen voordoen en biedt handvatten om hiermee om te gaan; het is een gesprekstechniek om de communicatie tussen professional en klant (met een andere achtergrond) open en werkbaar te houden. Daarnaast biedt het TOPOI-model een aantal interventies gericht op verheldering, zelfreflectie en onderzoek (NJI, 2001).
- Het cultureel interview (Pels e.a., 2009, expertinterviews): een methode/hulpmiddel voor cultuursensitieve diagnose waarmee de culturele identiteit, culturele verklaringen voor de klachten, culturele factoren in de psychosociale omgeving en het functioneren, en culturele elementen in de relatie tussen hulpverlener en cliënten worden vastgesteld (Groen, 2008). Het gaat om het verkrijgen van culturele informatie van de cliënt. Het culturele interview is afkomstig uit de GGZ, maar kent inmiddels verschillende versies (langere en kortere) en wordt toegepast in verschillende sectoren.
- Systeembenadering: de familie, de omgeving (het systeem) van de jongere betrekken bij de diagnose en behandeling. De interventie richt zich dus niet uitsluitend op het individu, maar betreft ook het systeem rondom het individu erbij (Pels e.a., 2009; Goderie e.a., 2003; Pacemaker in Global Health, 2007; expertinterviews).

3.2 Gezondheidszorg

Uit de literatuur en de expertinterviews over cultureel competente gezondheidszorg komt naar voren dat belangrijke oorzaken van knelpunten in de dienstverlening aan migranten enerzijds liggen op het vlak van communicatieproblemen door een taalbarrière en anderzijds door culturele verschillen in ziektegedrag en ziektebeleving (onder andere Duijsters e.a., 2005, Seeleman, 2008; Pacemaker in Global Health, 2008; NIVEL, 2004). Een ander knelpunt is gelegen in andere manieren voor besluitvorming en wie daarbij betrokken zijn (grotere rol voor familieleden). Ook is er sprake van andere verwachtingen en opvattingen over de rol van bijvoorbeeld huisartsen en de eigen verantwoordelijkheid (Scharwächter e.a., 2000). Dit alles maakt het ingewikkeld om te komen tot een gedeeld beleid ten aanzien van de behandeling. Kortom, er zijn meerdere actoren nodig om te komen tot consensus; de sociale context speelt een grote rol.

Een meer praktisch knelpunt dat in de gezondheidszorg naar voren is gekomen, is het gebrek aan tijd: een consult bij de huisarts duurt te kort om goed inzicht te krijgen in de problematiek van de migrant.

3.2.1 Referentiekader in kaart brengen

Hierbij gaat het met name om (het ontbreken van) kennis over ziekten die bij migranten vaker voorkomen dan bij autochtonen (o.a. Seeleman, 2008; Duijsters e.a., 2005, Pacemaker in Global Health, 2007; Pacemaker in Global Health, 2008; Beentjes e.a., 2007). Wanneer bij de professional kennis hierover ontbreekt, zullen klachten die verband houden met de ziekte minder snel worden herkend. In het verlengde hiervan ligt het 'zich niet bewust zijn' van de noodzaak tot het aanpassen van de behandeling van een bepaalde aandoening als gevolg van andere genetische aanleg (expertinterviews). Een ander aandachtspunt is de kennis van verschillen in ziektegedrag, ziektebeleving en klachtenpresentatie (somatiseren van psychische klachten, vage lichamelijke klachten) en de invloed van cultuur en religie hierop (Pacemaker in Global Health, 2008; Beentjes e.a., 2006; Seeleman, 2008). Uit het literatuuronderzoek en uit de gesprekken met experts is naar voren gekomen dat het vergroten van kennis van de professionals op het gebied van het voorkomen van ziekten (prevalentie) en de invloed van cultuur op ideeën over ziekte en gezondheid van groot belang zijn voor het verder ontwikkelen van deze competentie voor professionals in de gezondheidszorg.

3.2.2 Omgaan met barrières in de communicatie

Hierbij gaat het vooral om praktische maatregelen die ervoor kunnen zorgen dat de communicatie tussen de professional en de migrant beter verloopt. Verder is van belang dat huisartsen meer vaardigheden ontwikkelen om een gesprek te kunnen voeren met mensen die laaggeletterd zijn, mensen die een andere taal spreken en het voeren van driehoeksgesprekken (Pacemaker in Global Health, 2008; Scharwächter e.a., 2006; Beentjes e.a., 2007). Daarnaast gaat het om bewustzijn van verschillen in verwachtingen tussen de professional en de migrant. Terwijl de professional uitgaat van een symmetrische relatie en directe communicatie met de patiënt, is de verwachting van migranten dat de professional zich meer directief opstelt en dé oplossing biedt. Het is belangrijk werkwijzen en verwachtingen wederzijds duidelijk te maken. Er moet geen 'standaardproces' worden ingezet, maar maatwerk worden geleverd, door bijvoorbeeld meerdere en langere gesprekken. Daarmee komen we op het terrein van de organisatie/instelling waar de professional werkzaam is. Door diverse auteurs en in de expertinterviews is gewezen op de noodzaak om ook op organisatieniveau de dienstverlening cultureel competent te maken (Beentjes e.a., 2007, Scharwächter e.a., 2006).

3.2.3 Interculturele vertrouwensrelatie

Wat de competentie 'opbouwen van een interculturele vertrouwensrelatie' betreft, zijn er vanuit de literatuur en de gesprekken met experts voor de sector gezondheidszorg geen specifieke accenten naar voren gekomen.

3.2.4 Intercultureel samenwerken

Het geven van duidelijke voorlichting over het Nederlandse zorgstelsel waarbij de huisarts de 'poortwachter' is en de specialist pas in tweede instantie in beeld komt, speelt een belangrijke rol als het gaat om intercultureel samenwerken. Beentjes e.a. (2007) wijzen erop dat de professional zijn werkwijze duidelijk moet maken en moet uitleggen hoe 'het Nederlandse systeem' werkt, zodat duidelijk is wat de verwachtingen zijn en wat de rolverdeling is tussen de betrokken partijen. Het gaat dan om de kaders waarbinnen maatwerk moet worden toegepast. Daarnaast wordt gewezen op het openstaan van professionals voor het inzetten van of consulteren van traditionele vormen van hulpverlening (bijvoorbeeld natuurgenezers) waarin de migrant vertrouwen heeft (Duijsters e.a., 2005).

3.2.5 Werkzame strategieën voor omgaan met culturele diversiteit

In deze paragraaf zijn die werkwijzen of methodieken opgenomen die op meerdere plekken in de geraadpleegde literatuur en/of door meerdere experts naar voren zijn gebracht voor het omgaan met culturele diversiteit. In paragraaf 3.1.5 merkten we op dat over de effectiviteit van methodieken voor het omgaan met culturele diversiteit in de sector jeugdhulpverlening weinig bekend is. Dat geldt ook voor de werkzame strategieën voor het omgaan met culturele diversiteit in de sector gezondheidszorg. Ook hier geldt dat er steeds meer aandacht komt voor bewezen effectiviteit. ZonMw heeft in 2009 een uitgebreid programmavoorstel gepresenteerd naar etniciteit en gezondheid waarin effectiviteit van reguliere en diversiteitsintensieve behandelingen en interventies een belangrijke plaats inneemt. Uit onderzoek is wel gebleken dat de inzet van voorlichters eigen taal en cultuur effectief is (NIGZ, 2008). Tot slot willen we erop wijzen dat het werken met cultuursensitieve medisch-inhoudelijke richtlijnen een efficiënte methode kan blijken te zijn doordat in de dagelijkse werkzaamheden van bijvoorbeeld huisartsen veelvuldig van dergelijke richtlijnen gebruik wordt gemaakt (expertinterviews).

Werkzame strategieën zijn:

- Inzetten van (migranten)zorgconsulent, voorlichter eigen taal en cultuur (VETC), tolk of een familielid dat de taal wel spreekt. Het gaat hierbij met name om het oplossen van knelpunten op het gebied van communicatie, maar ook om het overdragen van kennis over het 'Nederlandse zorgsysteem en de manier van werken' (Pacemaker in Global Health, 2008, Beentjes e.a., 2007).
- Het verbeteren van interculturele communicatieve vaardigheden door trainingen in het kader van nascholing zoals 'huisarts in achterstandswijken' van Pharos.
- Het inzetten van hulpmiddelen voor interculturele communicatie met als doel voorlichting en het vergroten van de toegankelijkheid van zorg en het verbeteren van de dienstverlening (Scharwächter e.a., 2000). Concrete

voorbeelden zijn onder meer het 'Zakboekje communicatie hulpverlening allochtonen (NIGZ) en 'Elkaar begrijpen helpt' (NIGZ, ZonMw en Meavita) waarin, in vijf talen, een selectie is opgenomen van woorden en zinnen, ondersteund met pictogrammen over verschillende onderwerpen (eten en drinken, therapieën, dokter/medicijnen) met als doel dat klanten kunnen aangeven wat zij willen en professionals (in de thuiszorg) kunnen aangeven wat zij willen vragen of zeggen.

- Werken met cultuursensitieve medisch-inhoudelijke richtlijnen (NHG-standaarden voor de huisarts van Nederlands Huisartsen Genootschap). Concreet voorbeelden zijn enkele richtlijnen in de palliatieve zorg (voor een aantal veelvoorkomende klachten bij terminale patiënten) (expertinterviews; Duijsters e.a., 2005).
- Multidisciplinaire samenwerking, afstemming tussen artsen in de eerste en tweede lijn en/of tussen artsen die vanuit verschillende rollen (huisarts, bedrijfsarts) met de migrant te maken hebben (Scharwächter e.a., 2000; Duijsters e.a., 2005, expertinterviews). Op deze manier kan, op het niveau van de individuele patiënt, informatie worden overgedragen en het 'beleid' op elkaar worden afgestemd. Bovendien kan het bijdragen aan meer expertise en input zijn voor de ontwikkeling van richtlijnen en systematische interventies.

3.3 Re-integratiesector

Ook in de re-integratiesector zijn miscommunicatie, taalbarrières, verschillen in denkpatronen en vooroordelen van de professional belangrijke knelpunten in het re-integratieproces (Vink, 2009, Pacemaker in Global Health, 2008). GZ-psycholoog en re-integratiedeskundige Ine Vink, die we voor dit onderzoek hebben geïnterviewd, geeft aan dat er een aantal extra knelpunten is waar professionals in de re-integratiesector mee te maken krijgen bij de begeleiding en re-integratie van migranten. Zo speelt het sekseverschil in veel niet-westerse culturen een veel grotere rol dan in westerse culturen. Voor mannen is de rol van kostwinner vanzelfsprekend. Voor vrouwen is dat juist niet het geval en is werk een (van buitenaf opgelegde) noodzaak. Dit kan invloed hebben op het gedrag rondom ziekteverzuim en herstel. Vink wijst ook op een verschil in emotionele weerbaarheid tussen autochtone werknemers en werknemers met een migrantenachtergrond als gevolg van onder meer migratie, het leven in twee culturen en discriminatie. Een meer praktisch knelpunt is dat instrumenten die worden ingezet voor het meten van talenten, kwaliteiten en interesses, meestal taal- en cultuurgevoelig zijn.

3.3.1 Referentiekader in beeld brengen

Het accent dat vanuit de re-integratiesector wordt gelegd, heeft vooral betrekking op kennis van psychosociale, sociaal-culturele (ziektebeleving en ziektegedrag) en medische (specifieke ziektebeelden) factoren die van invloed

zijn op verzuim en re-integratie (Pacemaker in Global Health, 2008; Vink, 2009; Vink en Höppener in Kruysbergen e.a., 2011).

Verder wordt gewezen op het belang van het hebben van goed inzicht in de werksituatie van de werknemer: wat is de aard van het werk, wat zijn de arbeidsomstandigheden en hoe lang doet de werknemer dit werk al? (Duijsters e.a., 2005; Pacemaker in Global Health, 2008; Vink, 2009). In het verlengde hiervan ligt kennis van 'ziekmakers' op de werkvloer, zoals de effecten van discriminatie, het gebrek aan perspectief, het verschil tussen opleiding (en werkervaring) in het land van herkomst en de werkzaamheden in Nederland (Pacemaker in Global Health, 2008).

3.3.2 Omgaan met barrières in de communicatie

Wat de competentie 'omgaan met barrières in de communicatie' betreft, zijn er vanuit de literatuur en de gesprekken met experts voor de sector re-integratie weinig specifieke accenten naar voren gekomen. In de literatuur en in de expertinterviews wordt gewezen op het belang van het vergroten van vaardigheden op het gebied van interculturele communicatie. Daarbij wordt verwezen naar culturele empathie, open-mindedness, sociaal initiatief, emotionele stabiliteit en flexibiliteit als persoonlijke vaardigheden of eigenschappen. Zowel Linnenbank als Vink geeft aan dat deze door gerichte trainingen verder ontwikkeld kunnen worden. Evenals Bellaart (sector Jeugdhulpverlening) wijst Vink op het bewustzijn van de effecten van machtsafstand tussen de professional en de migrant (Vink, 2009).

Omdat per definitie sprake is van een afhankelijke positie, bestaat het risico dat migranten schroom hebben om aan te geven wanneer iets niet duidelijk is. Daarnaast zal de professional bij migranten extra alert moeten zijn of hetgeen zij zeggen daadwerkelijk is wat wordt bedoeld of dat het wordt gezegd omdat de migrant geen andere mogelijkheden ziet.

Wel specifiek is dat de professional zich bewust moet zijn van instrumenten zoals vragenlijsten en assessments, die worden gebruikt voor het meten van competenties, interesses, talenten en kwaliteiten. Deze zijn vaak taal- en cultuurgevoelig en daardoor minder geschikt voor migranten (Vink, 2009).

3.3.3 Interculturele vertrouwensrelatie

Ten aanzien van het opbouwen van een interculturele vertrouwensrelatie wordt door de experts en in de literatuur gewezen op het belang van het tot stand brengen van 'aansluiting'. Barrières in taal en cultuur moeten worden weggelaten om een interculturele vertrouwensrelatie te kunnen opbouwen (Vink, 2009). Geduldig luisteren en de tijd nemen in de eerste fase (investeren) kan een positieve bijdrage leveren aan het verloop in het verdere traject (Pacemaker in Global Health, 2008, Linnenbank). Duijsters e.a. (2005) en Vink (2009) wijzen er op dat het serieus nemen van (somatische) klachten en het doornemen van de klachtengeschiedenis door de professional een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de vertrouwensrelatie tussen migrant en professional.

Een laatste vakspecifiek accent met betrekking tot het opbouwen van een interculturele vertrouwensrelatie is het duidelijk voorlichten en toelichten van het Nederlandse systeem rondom sociaal-medische begeleiding en re-integratie: de rol en taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van alle betrokken partijen: arbo-arts, bedrijfsarts, re-integratieconsulent, werkgever en werknemer (Pacemaker in Global Health, 2008; Vink en Höppener in Kruysbergen e.a., 2011).

3.3.4 Intercultureel samenwerken

Ten aanzien van de competentie 'intercultureel samenwerken' worden in de re-integratiesector weinig specifieke accenten gelegd ten opzichte van hetgeen hierover bij de basiscompetenties is opgenomen. Vink (2009) en Linnenbank (expertinterview) wijzen op het belang van meegaan en meebewegen door de professional in de emotie van de migrant. Daarnaast wordt gewezen op een brede aanpak: De interventie moet niet alleen gericht zijn op het oplossen van het specifieke probleem (ziekte, arbeidsongeschiktheid en re-integratie), maar 'breder' kijken naar en rekening houden met de context en de levensomstandigheden van de migrant (Vink, 2009; Vink en Höppener in Kruysbergen e.a., 2011). Dit kan juist een bijdrage leveren aan terugkeer naar werk.

3.3.5 Werkzame strategieën voor het omgaan met culturele diversiteit

In deze paragraaf zijn die werkwijzen of methodieken opgenomen die op meerdere plekken in de geraadpleegde literatuur en/of door meerdere experts naar voren zijn gebracht voor het omgaan met culturele diversiteit. In de paragrafen 3.1.5 en 3.2.5 merkten we op dat over de effectiviteit van methodieken voor het omgaan met culturele diversiteit in de sectoren jeugdhulpverlening en gezondheidszorg heel weinig bekend is. Dat geldt ook voor de werkzame strategieën voor het omgaan met culturele diversiteit in de sector re-integratie. Ook hier geldt dat er steeds meer aandacht komt voor bewezen effectiviteit. Het Gilde Re-integratie heeft een aantal werkzame bestanddelen van interventies geïdentificeerd, namelijk zelfregie (zelfsturend vermogen van de klant), zelfvertrouwen (self-efficacy), zelfkennis, motivatie, gezondheidsbeleving en werkzoekgedrag.⁷ Voor de re-integratie van migranten zouden interventies die juist hierop gericht zijn effectief kunnen zijn. Nader onderzoek zal dit moeten uitwijzen.

Werkzame strategieën zijn:

- Het inzetten van cognitieve gedragsmatige interventie: hierbij gaat het om eerst te achterhalen wat de dysfunctionele ideeën en opvattingen zijn (bijvoorbeeld omtrent ziek zijn en ziektegedrag), deze ter discussie te stellen (waarom denkt u dat u niet kunt werken? Wat kunt u wel doen, wat

⁷ Gilde re-integratie maakt gebruik van kennis die in het buitenland, bij www.interventiesnaarwerk.nl en bij het eigen netwerk 'het Gilde Re-integratie' is opgebouwd. Zie www.gildenetwerk.nl.

doet u om de dag door te komen?) en vervolgens bij te stellen tot functionele opvattingen en ideeën (door uw ziekte kunt u uw oude werk niet meer doen, maar wel ander werk...). Deze moeten vervolgens worden aangeleerd en getraind (Vink, 2009).

- Het inzetten van het culturele interview, een methode waarmee snel de culturele achtergrond van de migrant in kaart kan worden gebracht (Pacemaker in Global Health, 2008);
- Het toepassen van een 'brede' benadering (divergerende benadering of biopsychosociaal handelen): in de gesprekken met de migrant niet alleen ingaan op het specifieke probleem, maar ook aandacht schenken aan de levensomstandigheden van de migrant, de context waarin de migrant zich bevindt. Dit kan bijvoorbeeld gaan om aandacht voor de familie (Waar is de familie en hoe gaat het met hen?), de migratiegeschiedenis (Is er sprake van aansluiting in de nieuwe omgeving?) en de klachtengeschiedenis (Vink, 2009).
- Het toepassen van een interdisciplinaire aanpak: overleg en samenwerking tussen betrokken hulpverleners binnen de eigen organisatie (intercollegiale toetsing), maar ook over organisaties heen (Vink, 2009; Duijsters e.a., 2005; Pacemaker in Global Health, 2008);
- In de re-integratiesector wordt ook gewezen op het belang van het kunnen inzetten van allochtone re-integratieconsulenten en/of het kunnen sparren met allochtone collega's (Vink 2009; Pacemaker in Global Health (2008); Vink e.a., 2006).
- Doorverwijzing naar, overleg met of samenwerken met (traditionele) behandelaars uit het land van herkomst die door de migrant kunnen worden geraadpleegd bijvoorbeeld in het kader van een second opinion (Pacemaker in Global Health, 2008; Duijsters e.a., 2005, Vink 2009).

4 DE ARBEIDSDESKUNDIGE PRAKTIJK

In dit hoofdstuk presenteren we in paragraaf 4.1 de ervaringen, instrumenten en werkwijzen ten aanzien van cultureel competent handelen die arbeidsdeskundigen in de *huidige* arbeidsdeskundige praktijk inzetten in relatie tot migranten. We maken hiervoor gebruik van de informatie uit het groeps-gesprek met arbeidsdeskundigen, dat in het kader van dit onderzoek in maart 2012 is gehouden.⁸ In paragraaf 4.2 gaan we in op de bruikbaarheid van een aantal relevante methodieken voor cultureel competent handelen en op de behoefte van arbeidsdeskundigen aan dergelijke methoden. Hiervoor maken we gebruik van de uitkomsten uit de expertmeeting met arbeidsdeskundigen die in het kader van dit onderzoek eind mei 2012 is gehouden.⁹ In de derde paragraaf gaan we in op de gewenste verbetering van culturele competenties en de behoeften van arbeidsdeskundigen voor de toekomst op dit terrein.

4.1 De huidige arbeidsdeskundige praktijk

Zoals hierboven beschreven maken we, voor het beeld ten aanzien van de huidige arbeidsdeskundige praktijk in relatie tot migranten, gebruik van de informatie uit het groepsgesprek met drie arbeidsdeskundigen. In het groepsgesprek stonden drie onderwerpen centraal. Deze komen in de onderstaande paragrafen afzonderlijk aan bod.

In paragraaf 4.1.1 geven we een beschrijving van hetgeen arbeidsdeskundigen in de praktijk al (anders) doen wanneer ze te maken krijgen met een migrant. Paragraaf 4.1.2 beschrijft welke oplossingen en strategieën arbeidsdeskundigen kiezen bij de omgang met culturele diversiteit. In de derde paragraaf komt aan de orde wat de arbeidsdeskundigen die aan het groepsgesprek deelnamen nog missen aan competenties (kennis, houding, vaardigheden) om tot een optimale dienstverlening aan migranten te komen. In onderstaande box staan de basiscompetenties zoals die nu voor de arbeidsdeskundige praktijk geformuleerd zijn. In het volgende hoofdstuk relateren we de bevindingen van het onderzoek aan deze gangbare arbeidsdeskundige competenties.

⁸ Bij dit groepsgesprek waren drie arbeidsdeskundigen aanwezig. Ten eerste was dat een arbeidsdeskundige in opleiding, die momenteel stage loopt bij een re-integratiebureau. Daarnaast een arbeidsdeskundige die werkzaam is voor UWV en in de dagelijkse werkzaamheden zowel de claimbeoordeling voor de WIA als begeleiding in het kader van de Ziektewet uitvoert. Daarvoor was deze arbeidsdeskundige werkzaam als re-integratiebegeleider in het kader van de Ziektewet bij het UWV. De derde arbeidsdeskundige is in dienst bij een werkgever en heeft daar veel te maken met verzuimbegeleiding. Ook deze arbeidsdeskundige heeft daarvoor in de re-integratiesector gewerkt.

⁹ Bij deze expertmeeting waren elf arbeidsdeskundigen aanwezig, allen werkzaam voor UWV. Een deel van de arbeidsdeskundigen werkt voor UWV SMZ, een deel voor UWV WERKbedrijf en een deel heeft te maken met de klantgroep van DWI van de gemeente Amsterdam.

Box 1: Basiscompetenties arbeidsdeskundigen

Competenties arbeidsdeskundigen volgens Beroeps Competentie Dossier

Kerncompetenties:

- Probleemanalyse: signaleren van problemen; herkennen van belangrijke informatie; verbanden leggen tussen gegevens. Opsporen van mogelijke oorzaken van problemen; zoeken naar ter zake doende gegevens.
- Samenwerken: actieve bijdrage leveren aan een gezamenlijke resultaat of probleemoplossing, ook wanneer de samenwerking een onderwerp betreft dat niet direct van persoonlijk belang is.
- Besluitvaardigheid: beslissingen nemen door middel van het ondernemen van acties of zich vastleggen door middel van het uitspreken van oordelen.
- Organiseren eigen werk: effectief het eigen werk organiseren door het formuleren van doelstellingen en het plannen van activiteiten; beschikbare tijd en energie richten op de hoofdzaken en actuele problemen.
- Mondelinge en schriftelijke communicatie: ideeën en meningen aan anderen duidelijk maken, gebruikmakend van duidelijke taal, gebaren en non-verbale communicatie. Taal en terminologie aanpassen aan anderen. Idem in een rapport of document dat de juiste opzet en structuur heeft, grammaticaal correct is en de juiste taal en terminologie voor de lezer bevat.
- Ondernemerschap: kansen signaleren en ernaar handelen. Liever uit zichzelf beginnen dan passief afwachten. Kansen signaleren en zakelijk afwegen; risico's aangaan teneinde zakelijk voordeel te behalen.

Algemene competenties:

- Klantgericht handelen: de arbeidsdeskundige is in staat om op adequate wijze contact te onderhouden met de klant, zodat de werkzaamheden naar wensen van de klant kunnen worden uitgevoerd.
- Ethisch & integer handelen: de arbeidsdeskundige houdt rekening met ethische aspecten tijdens de beroepsuitoefening en geeft blijk integer te handelen.
- Competentie ontwikkelen: de arbeidsdeskundige is in staat om op adequate wijze zijn competenties te ontwikkelen om goed in het beroep te kunnen blijven functioneren.

Bron: Beroeps competentie dossier arbeidsdeskundigen (Hobéon SKO, 2009)

4.1.1 Arbeidsdeskundige dienstverlening aan migranten

De arbeidsdeskundigen hebben veel ervaring met dienstverlening aan migranten, zowel vanuit hun huidige werk als vanuit vorige functies (onder meer bij re-integratiebureaus). Ze geven aan geen gebruik te maken van specifieke methoden of instrumenten gericht op migranten. Uit het groepsgesprek komt naar voren dat de arbeidsdeskundigen hun aanpak en werkwijze pragmatisch aanpassen aan de klant. Het gaat met name om concrete zaken als taalgebruik en gesprekstechnieken. In de volgende paragraaf gaan we hier verder op in.

De arbeidsdeskundigen benadrukken dat een professional zich altijd moet aanpassen aan het niveau van de klant, of het nu gaat om een klant met een niet-westerse achtergrond of een klant waarbij om een andere reden sprake is van een (groot) cultuurverschil met de arbeidsdeskundige. De arbeidsdeskundigen benadrukken ook dat een aangepaste werkwijze niet per definitie nodig is voor alle migranten, maar dat het gaat om een deel van de migranten.

Dit kunnen zowel klanten uit de eerste generatie zijn, als klanten die wél in Nederland geboren zijn.

De deelnemers aan het groeps gesprek geven aan geen zicht te hebben op resultaten of effecten van cultureel competente dienstverlening.

Verschillen cliënten met een niet-westerse achtergrond en autochtone cliënten

De arbeidsdeskundigen in de focusgroep wijzen met name op verschillen in het beheersen en begrijpen van de (nuances) van het Nederlands en verschillen in houding. Autochtone cliënten hebben vaker een meer zelfverzekerde houding, zijn direct in hun communicatie en meer 'aanwezig'. Cliënten met een niet-westerse achtergrond daarentegen stellen zich vaak bescheidener op en zijn minder direct in het gesprek.

Seksespecifieke aanpak bij niet-westerse migranten

Een van de arbeidsdeskundigen geeft aan niet te differentiëren naar sekse, maar vooral te kijken naar de positie binnen het gezin. Is iemand kostwinner of niet? Een van de andere arbeidsdeskundigen geeft aan dat er ten aanzien van de claimbeoordeling geen sprake is van een seksspecifieke aanpak. Ten aanzien van de Ziektewet is zijn ervaring dat bij een vrouwelijke klant ook de man een grote rol speelt. Dit heeft in ieder geval invloed op de communicatie: er is geen sprake van een een-op-eengesprek, maar van een driegesprek. De communicatie verloopt via de man, ook wanneer de arbeidsdeskundige zich blijft richten tot de vrouw. Man en vrouw overleggen onderling en de man beantwoordt de vragen. De arbeidsdeskundige geeft aan dat hij deze manier van communiceren accepteert en niet probeert deze te veranderen. Hij stuurt de man niet weg en vraagt ook niet expliciet aan de man om zich niet met het gesprek te bemoeien. Wel probeert hij de regie tijdens het gesprek in handen te houden. Als er tijdens het gesprek dingen gebeuren die hem niet bevallen, meldt hij dat en legt uit waarom hij dit niet wenselijk acht. De arbeidsdeskundige merkt op dat, wanneer hij op een onaangekondigd huisbezoek gaat, de communicatie met de vrouw over het algemeen beter en directer verloopt. Dit heeft overigens geen blijvend effect. Bij een volgend gesprek bij UWV komt de man toch weer mee en ontstaat er opnieuw een driegesprek.

Bij alleenstaande vrouwen ervaart deze arbeidsdeskundige dat er vaak een vriendin of een familielid meekomt met de vrouwelijke klant. Ook dan ontstaat de situatie van een driegesprek en doet niet de klant het woord, maar degene die zij heeft meegenomen naar het gesprek.

4.1.2 Strategieën voor het omgaan met culturele diversiteit

De arbeidsdeskundigen passen hun aanpak en handelwijze aan aan de migrant. Het gaat om praktische, pragmatische oplossingen die niet uitsluitend voor migranten zijn ontworpen, maar daar wel relatief vaker nodig zijn en worden toegepast dan bij autochtone klanten.

“In het werk moet een open oog en oor voor elke klant centraal staan. Daarbij kan richting specifieke categorieën klanten enige kennis over de achtergronden van migranten belangrijk zijn. Het is belangrijk in het eerste gesprek de tijd te nemen, een vertrouwensband te scheppen en wellicht enkele barrières weg te nemen alvorens over te gaan naar het doel van het gesprek: re-integratie. Er kunnen meerdere gesprekken nodig zijn om het doel te bereiken.” (uit het groepsgesprek)

Aanpassingen die arbeidsdeskundigen doen wanneer ze te maken hebben met migranten, kunnen worden gegroepeerd in drie thema's: communicatie, aandacht voor wet- en regelgeving en handhaving en tot slot de werkwijze bij begeleiding/arbeidsre-integratie.

Communicatie

Op dit gebied hebben we de volgende aanpassingen in de werkwijze gevonden:

- Aanpassen van het niveau van communicatie: eenvoudiger taalgebruik en korte zinnen (vermijden van jargon, moeilijke woorden en spreekwoorden/gezegden). Desnoods communiceren in een andere taal (Engels).
- Zo nodig gebruikmaken van een tolk.
- Zoveel mogelijk open vragen stellen en gesloten vragen zoveel mogelijk vermijden met het oog op sociaal wenselijke antwoorden.
- Vaker controleren (daarbij ook letten op non-verbaal gedrag) of de klant het echt begrepen heeft wat er is verteld. Samenvatten, vragen of het duidelijk is en eventueel de klant laten terugvertellen.
- Geduldiger zijn tijdens het gesprek.
- Meer gesprekken inplannen en bij voorkeur face to face, zeker in de beginfase van een begeleidingstraject.

Wet- en regelgeving en handhaving

Op dit gebied hebben we de volgende aanpassingen in de werkwijze gevonden:

- Wet- en regelgeving heel nadrukkelijk uitleggen en duidelijk maken dat arbeidsongeschiktheid voor het maatgevende werk in Nederland niet betekent dat er geen andere loonvormende arbeid verricht kan worden die binnen de belastbaarheid van de klant valt. De absolute ziekterol ('ziek is ziek') moet plaatsmaken voor de graduele ziekterol ('voor zover mogelijk toch werken').
- Wanneer er re-integratiemogelijkheden zijn, heel nadrukkelijk uitleggen en duidelijk maken dat van de klant verwacht wordt dat hij/zij actief meewerkt aan zijn/haar re-integratie.
- Heel nadrukkelijk uitleggen, duidelijk maken en in de rapportage vastleggen dat het niet meewerken aan re-integratie gevolgen kan hebben voor de uitkering door het opleggen van sancties.
- Sanctioneren: daadwerkelijk uitvoeren van sancties.

Aanpak, werkwijze

Op dit gebied hebben we de volgende aanpassingen in de werkwijze gevonden:

- Meer voorbereiden op het gesprek (vaker dossierstudie, achtergrondinformatie achterhalen over het land/cultuur van herkomst om 'het ijs te breken').
- Migranten durven te wijzen op de consequenties van bepaalde 'culturelementen' (kleding, omgangsvormen, godsdienst) met betrekking tot werk en re-integratie. Bijvoorbeeld wanneer vrouwen niet mogen omgaan met mannen of mannen geen hand mogen geven en daardoor passende functies niet kunnen vervullen. Een ander voorbeeld is de combinatie van de ramadan en fysiek zwaar werk of meerdere keren per dag willen bidden in combinatie met productiewerk waar collega's afhankelijk van elkaar zijn.
- Eventueel meer tijd nemen voor een gesprek, bijvoorbeeld een uur inplannen in plaats van een halfuur (met name in de fase van begeleiding, re-integratie).
- Financiële gevolgen uitleggen van het niet meewerken aan re-integratie.
- Tijdens de gesprekken in het kader van de wachttijd Ziektewet, de financiële gevolgen benoemen die kunnen ontstaan na een beoordeling in het kader van de WIA bij eventueel recht op een WIA-, WW- en/ of bijstandsuitkering.
- De positie van de klant in de eigen groep (familie, gemeenschap) bekijken. Eventueel het systeem rondom de klant betrekken bij het re-integratietraject om de klant toch in beweging te krijgen, een familielid laten tolken, aangekondigd op huisbezoek gaan om een beter beeld te krijgen van de thuissituatie van de klant.
- Met de klant afspreken en ook in de rapportage melden: als iets uit het rapport niet duidelijk is, dan is het aan de klant zelf om dit per e-mail of telefonisch kenbaar te maken. Wanneer er twijfels zijn of de klant de gemaakte afspraken wel heeft begrepen, adviseert een van de arbeidsdeskundigen de klant om iemand uit de eigen omgeving te vragen om de afspraken uit te laten leggen. Dit advies kan ook in de rapportage worden opgenomen. Op deze manier expliciet maken dat de klant verantwoordelijk is en blijft voor zijn eigen re-integratie. De klant kan zich dan niet 'verschuilen' achter 'ik wist het niet, ik heb dat niet begrepen'.

4.2 Bruikbaarheid van methodieken

Voor het beeld ten aanzien van de bruikbaarheid voor de arbeidsdeskundige praktijk van een aantal bestaande methodieken voor cultureel competente beroepsuitoefening, maken we gebruik van de informatie uit de expertmeeting met elf arbeidsdeskundigen. In de expertmeeting stonden twee onderwerpen centraal. Enerzijds ging het om de bruikbaarheid van vier methoden voor cultureel competent handelen voor de arbeidsdeskundige praktijk. Dit komt

aan bod in paragraaf 4.2.1. Anderzijds ging het om de toekomstige behoefte aan methodieken voor cultureel competente beroepsuitoefening. Dit komt aan bod in paragraaf 4.3.

4.2.1 Geschiktheid methoden cultureel competent handelen

In de expertmeeting is in kleine groepen gediscussieerd over de geschiktheid van vier methoden voor cultureel competent handelen voor de arbeidsdeskundige praktijk. Het ging daarbij om het TOPOI-model (Hoffman, 2003; Hoffman, 2007), het cultureel interview (Rohlof e.a., 2002; Groen, 2008), cognitieve gedragsmatige interventie (Vink, 2009) en visuele middelen (NIGZ, 2009; NIGZ, ZonMw en Meavita, 2007). In bijlage 4 beschrijven we per methode de achtergronden, doelstelling en werkwijze. We hebben voor deze methoden gekozen omdat zowel uit de literatuur als uit de expertinterviews naar voren kwam dat deze methoden in de sectoren gezondheidszorg, jeugdzorg en re-integratie worden ingezet voor het verder optimaliseren van dienstverlening aan migranten. In het vervolg van deze paragraaf geven we per methode weer hoe de arbeidsdeskundigen die aan de expertmeeting hebben deelgenomen, aankijken tegen de geschiktheid van de methode voor de arbeidsdeskundige praktijk en in hoeverre de methode beantwoordt aan de behoefte van arbeidsdeskundigen als het gaat om cultureel competent handelen.

TOPOI-model

Het TOPOI-model wordt gebruikt in onder andere de jeugdzorg ter verbetering van interculturele communicatievaardigheden. Het model gaat uit van vijf gebieden in communicatie (Taal, Ordening, Personen, Organisatie en Inzet) waar zich culturele verschillen en misverstanden kunnen voordoen en biedt handvatten om met deze misverstanden om te gaan.

De arbeidsdeskundigen vinden dat elementen uit het TOPOI-model bruikbaar zijn voor de arbeidsdeskundige praktijk. Het gaat dan met name om (beter) inzicht te krijgen in de context van de klant en bewustwording van de eigen houding ten opzichte van andere culturen. 'De kernvragen van het TOPOI-model zijn voorwaarde om een gesprek te voeren. Eigenlijk is een methode hiervoor niet nodig, een arbeidsdeskundige zou dat al moeten kunnen, maar in de praktijk is dat niet altijd het geval.' De arbeidsdeskundigen zien met name een rol weggelegd voor het TOPOI-model als een instrument om extra bagage (kennis en houding) op te doen in de opleidingsfase van de arbeidsdeskundige.

Cultureel interview

Het cultureel interview is ontworpen om culturele informatie te verkrijgen van een cliënt. De culturele informatie heeft onder meer betrekking op de culturele identiteit, culturele verklaringen omtrent de ziekte, culturele factoren in de psychosociale omgeving en het functioneren van de cliënt en culturele elementen in de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener. Voor elk aspect zijn meerdere vragen geformuleerd om de gewenste informatie te verkrijgen.

Op basis van alle informatie samen is het mogelijk een 'Cultural Formulation' van de cliënt te schrijven. Het culturele interview is afkomstig uit de GGZ, maar kent inmiddels verschillende versies (langere en kortere) en wordt toegepast in verschillende sectoren. De meeste arbeidsdeskundigen die deelnamen aan de expertmeeting zijn van mening dat het culturele interview minder bruikbaar is voor de arbeidsdeskundige praktijk. Hierbij wordt met name gewezen op de lengte van het interview, de insteek (erg op de klacht gericht en erg medisch) en de gestructureerde werkwijze. Enkele arbeidsdeskundigen geven aan bepaalde elementen van de methode wel bruikbaar te vinden. Hierbij gaat het met name om de vragen naar de culturele identiteit, culturele verklaringen omtrent de ziekte en culturele factoren in de psychosociale omgeving en het functioneren van de cliënt. De arbeidsdeskundigen vinden dit met name bruikbaar in specifieke situaties als een langdurig (re-integratie) traject.

Cognitieve gedragmatige interventie

De basis van cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt gevormd door het zogenoemde cognitieve model. In dit model wordt beschreven hoe gedachten over een situatie tot gedrag en gevoelens leiden. Dit wordt schematisch weergegeven in een zogenaamd ABC-schema:

- A. Gebeurtenis
- B. Gedachten
- C. Gevoel/Gedrag

De interventies van CGT richten zich primair op het veranderen van de B in het ABC-schema, wanneer blijkt dat deze gedachte irrationeel of niet-helpend is. De nadruk ligt op het wijzigen van de manier van denken die mensen met een (emotioneel) probleem hanteren. Er bestaan verschillende vormen van CGT. Ook ten aanzien van deze methode zien de arbeidsdeskundigen toepassingsmogelijkheden in specifieke situaties, namelijk vooral voor de arbeidsdeskundigen die betrokken zijn bij re-integratie en wanneer er sprake is van een langduriger re-integratietraject met frequent contact met de klant. Een kanttekening is ook hier dat de methode te uitgebreid is en te therapeutisch van karakter is.

Hulpmiddelen voor interculturele communicatie

Hierbij gaat het om het inzetten van hulpmiddelen voor interculturele communicatie met als doel voorlichting en het vergroten van de toegankelijkheid van zorg en het verbeteren van de dienstverlening. Concrete voorbeelden zijn onder meer het 'Zakboekje communicatie hulpverlening allochtonen (NIGZ) en 'Elkaar begrijpen helpt' (NIGZ, ZonMw en Meavita). De arbeidsdeskundigen geven aan dat de bruikbaarheid van deze middelen beperkt is voor de arbeidsdeskundige praktijk. Het is te veel op de gezondheidszorg gericht en biedt te weinig mogelijkheden tot gericht doorvragen.

Uit het bovenstaande kunnen we concluderen dat de bestaande methoden voor cultureel competente beroepsuitoefening die in de sectoren gezondheidszorg, jeugdzorg en re-integratie worden toegepast, voor de

arbeidsdeskundige praktijk niet zonder meer geschikt zijn. Bepaalde elementen uit met name het TOPOI-model en het culturele interview worden wel bruikbaar geacht. Het TOPOI-model is als methode bruikbaar in situaties van interculturele communicatie en hieraan zou in de basisopleiding en nascholingen meer aandacht kunnen worden besteedt. Het cultureel interview is met name bruikbaar om culturele informatie te krijgen van cliënten ten aanzien van de eigen identiteit, verklaringen omtrent de klachten en de psychosociale omgeving van de cliënt bij langdurige re-integratietrajecten. De belangrijkste knelpunten ten aanzien van de bruikbaarheid van de methoden voor de arbeidsdeskundige praktijk zijn de relatief grote tijdsinvestering per contact tussen professional en cliënt en de relatief hoge frequentie van contacten over een langere periode tussen professional en cliënt. Ook de therapeutische insteek van met name het culturele interview en cognitieve gedragstherapie leent zich minder goed voor de doelstelling van en de context waarbinnen de gesprekken tussen arbeidsdeskundige en klant plaatsvinden.

4.3 Gewenste verbetering van culturele competenties

Door de arbeidsdeskundigen die aan het groepsgesprek of de expertmeeting deelnamen, is aangegeven dat op een aantal punten behoefte is aan ondersteuning om tot een optimale dienstverlening aan migranten te kunnen komen.

Het gaat daarbij vooral om praktische kennis en in mindere mate om (basis)vaardigheden op het gebied van interculturele communicatie.

Kennis

Hierbij gaat het enerzijds om het inhoudelijke aspect (wat moet je weten) en anderzijds om het aspect van toegankelijkheid, ontsluiting van actuele 'culturele' kennis. We geven hieronder van beide aspecten enkele voorbeelden die uit de groepsgesprekken met arbeidsdeskundigen naar voren zijn gekomen.

Wat (kennis van):

- Belangrijke aspecten van de niet-westerse culturen en dan met name wat je moet weten en waar je rekening mee moet houden, ook vanuit religieuze aspecten, wat je moet doen en niet moet doen om een goed gesprek te kunnen hebben met een klant.
- Signalen die je uit kleding en gedrag kunt oppikken, zonder er meteen al een verstrekkende conclusie aan te verbinden.
- De aangrijpingspunten die vanuit de cultuur van de klant juist geboden worden om de klant in beweging te krijgen, zodat je niet steeds het wiel hoeft uit te vinden.

- Met betrekking tot re-integratie inzicht krijgen op de 'eigen' arbeidsmarkt. Zijn er bijvoorbeeld geactualiseerde catalogi van het Turkse/Marokkaanse bedrijfsleven in Nederland?
- Overzicht van migrantenorganisaties en van instellingen/organisaties die specialistische kennis hebben over migranten/migrantengroepen, zodat de arbeidsdeskundige gebruik kan maken van hun kennis en deze organisaties kan inschakelen in het begeleidingsproces.
- Inzicht in de waarde van buitenlandse diploma's.

Hoe (toegankelijkheid):

- Actuele culturele kennis toegankelijk maken via één speciale cursus of training, zodat alle arbeidsdeskundigen voor wie het relevant is over dezelfde informatie beschikken (gestructureerd, gestandaardiseerd, gespecialiseerd).
- Structureel kennis vasthouden en verspreiden via intranet (UWV) en de AD kennisbank.
- Een toolkit met handvatten om knelpunten en problemen in relatie tot arbeidsdeskundige dienstverlening aan migranten algemeen beschikbaar stellen (via internet).

Vaardigheden

Hierbij gaat het met name om het verbeteren van gesprekstechnieken en interculturele communicatie via trainingen en cursussen. Het gaat daarbij minder om een aparte methode voor migranten en meer om specifieke accenten voor specifieke doelgroepen waarmee arbeidsdeskundigen in hun werk te maken hebben. Werknemers met een migrantenachtergrond zijn daarbij een van de doelgroepen. Uit het groepsgesprek kwam naar voren dat het niet voor alle arbeidsdeskundigen even relevant is om de culturele competenties verder te ontwikkelen. Een arbeidsdeskundige in bijvoorbeeld Amsterdam heeft relatief vaker te maken met migranten dan een arbeidsdeskundige in bijvoorbeeld Assen. Met andere woorden, de behoefte aan (specifieke) culturele competenties is regionaal verschillend.

Uit het bovenstaande kunnen we opmaken dat arbeidsdeskundigen behoefte hebben aan extra kennis en vaardigheden voor het omgaan met culturele verschillen. In de opleiding tot arbeidsdeskundige en in nascholingen moet hiervoor meer aandacht komen in de vorm van specifieke kennis over culturele en de effecten daarvan en communicatietrainingen. Daarnaast moet de toegankelijkheid van kennis worden verbeterd door beschikbare kennis via internet te verspreiden, zodat niet steeds opnieuw het wiel hoeft te worden uitgevonden.

Tot slot, de arbeidsdeskundigen die aan het groepsgesprek of de expertmeeting hebben deelgenomen, geven aan dat in de organisaties waar zij werkzaam zijn, vrijwel geen allochtone arbeidsdeskundigen werken.

5 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

In de hoofdstukken 2 en 3 zijn we ingegaan op de basiscompetenties en de vakspecifieke competenties voor de omgang met culturele diversiteit. In hoofdstuk 4 zijn we ingegaan op de huidige arbeidsdeskundige praktijk en hebben we een beeld geschetst van ervaringen en werkwijzen van arbeidsdeskundigen wanneer ze te maken krijgen met migranten. Daarnaast zijn we ingegaan op de bruikbaarheid van een aantal methoden voor cultureel competente dienstverlening in de arbeidsdeskundige praktijk en de behoeften van arbeidsdeskundigen op dit terrein. In dit laatste hoofdstuk vatten we de belangrijkste bevindingen van het onderzoek samen door het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

In paragraaf 5.1 beantwoorden we de eerste drie onderzoeksvragen. In paragraaf 5.2 gaan we, aan de hand van het schema interculturele competenties, in op de belangrijkste elementen op het gebied van kennis, houding en vaardigheden met betrekking tot de vier basiscompetenties en leggen we de link naar de arbeidsdeskundige beroepspraktijk. Daarmee geven we een antwoord op onderzoeksvraag 4. In paragraaf 5.3 gaan we in op de vraag welke lessen en aandachtspunten voor arbeidsdeskundigen uit het onderzoek naar voren zijn gekomen met betrekking tot de dienstverlening aan migranten. In paragraaf 5.4 gaan we in op de randvoorwaarden voor cultureel competente beroepsuitoefening.

5.1 Ervaringen en werkwijzen

Welke ervaringen en resultaten zijn er reeds met 'cultureel competente' arbeidsdeskundige dienstverlening?

Eén van de aanleidingen voor dit onderzoek was de constatering dat gebruikte methodieken in de arbeidsdeskundige praktijk doorgaans niet gericht zijn op migranten. Het onderzoek bevestigt dit. Op basis van het groepsgesprek met arbeidsdeskundigen concluderen we dat er zeker ervaring is met dienstverlening aan migranten door arbeidsdeskundigen, maar dat de arbeidsdeskundigen daarbij geen gebruik maken van speciaal voor migranten ontworpen methoden of instrumenten. De aanpassingen die arbeidsdeskundigen doen wanneer ze te maken hebben met migranten kunnen worden gegroepeerd op drie thema's: communicatie, wet- en regelgeving en handhaving, en werkwijze/aanpak bij begeleiding en re-integratie. Wanneer we deze aanpassingen nader analyseren, blijken ze voor een deel de vaardigheden te bevatten die we ook zijn tegengekomen in de basiscompetenties 'referentiekader in kaart brengen', 'omgaan met barrières in de communicatie', 'opbouwen van een interculturele vertrouwensrelatie' en 'intercultureel samenwerken'. Concrete

voorbeelden daarvan zijn onder meer het uitgebreider voorbereiden op het gesprek met de cliënt door iets te achterhalen over het land van herkomst en de cultuur (referentiekader in kaart brengen), eenvoudiger taalgebruik, korte zinnen en het vermijden van jargon en spreekwoorden ('omgaan met barrières in de communicatie'), de migrant thuis opzoeken in plaats van de migrant naar de arbeidsdeskundige laten komen ('opbouwen van interculturele vertrouwensrelatie').

Kortom, de arbeidsdeskundigen die aan het groepsgesprek deelnamen, handelen op onderdelen en deels onbewust al cultureel competent.¹⁰ Dit betekent niet dat in de praktijk geen knelpunten worden ervaren. Behoeftte aan ondersteuning bestaat met name op het gebied van praktische kennis en kennisdeling.

De arbeidsdeskundigen hebben geen zicht op de resultaten van cultureel competente arbeidsdeskundige dienstverlening.

Welke werkwijzen dan wel methodieken worden momenteel specifiek voor cliënten met een niet-westerse achtergrond toegepast op het terrein arbeidsre-integratie?

Zoals gezegd passen de arbeidsdeskundigen hun aanpak en handelwijze aan aan de migrant. Het gaat om praktische, pragmatische oplossingen die niet uitsluitend voor migranten zijn ontworpen, maar voor deze groep wel relatief vaak nodig zijn en worden toegepast, in vergelijking met autochtone klanten. De aanpassingen kunnen worden gegroepeerd in drie thema's:

- communicatie; bijvoorbeeld eenvoudiger taalgebruik en vaker controleren of de migrant begrepen heeft wat er besproken is;
- meer aandacht voor wet- en regelgeving en handhaving in de gesprekken met migranten; bijvoorbeeld door heel duidelijk uit te leggen wat van de migrant wordt verwacht in het Nederlandse systeem rondom verzuim en re-integratie zoals het verrichten van loonvormende arbeid binnen de belastbaarheid ondanks ziek zijn of ziek voelen;
- de werkwijze bij arbeidsre-integratie, bijvoorbeeld meer tijd nemen voor gesprekken, gesprekken vaker face to face laten plaatsvinden, vaker op huisbezoek gaan en het betrekken van het systeem rondom de klant (familie, gemeenschap) om de migrant in beweging te krijgen.

¹⁰ Aan het groepsgesprek hebben slechts drie arbeidsdeskundigen deelgenomen. In hoeverre de arbeidsdeskundige dienstverlening in het algemeen cultureel competent handelt, kan op grond van dit onderzoek niet worden vastgesteld.

Is er bij de re-integratie van cliënten met een niet-westerse achtergrond sprake van een seksespecifieke aanpak?

Uit het onderzoek komt naar voren dat niet alle arbeidsdeskundigen een seksespecifieke aanpak hanteren bij de re-integratie van migranten. De arbeidsdeskundigen die aan het groepsgesprek deelnamen, verschillen van mening als het gaat om het belang van een seksespecifieke aanpak. Zo houdt de één er vooral rekening mee of een klant wel of geen kostwinner is en speelt de sekse hierbij geen rol. Een andere arbeidsdeskundige houdt meer rekening met sekseverschillen bij migranten en benadrukt bijvoorbeeld de grote rol van de echtgenoot of een ander familielid bij de begeleiding van vrouwelijke klanten van bijvoorbeeld Marokkaanse afkomst. De communicatie verloopt daardoor meestal niet rechtstreeks. Een arbeidsdeskundige heeft aangegeven niet te proberen deze situatie te doorbreken, door bijvoorbeeld de man weg te sturen, maar deze te accepteren en door vaker op onaangekondigd huisbezoek te gaan toch een compleet beeld te krijgen van de mogelijkheden voor re-integratie.

5.2 Werkwijzen en competenties in verschillende sectoren

Welke ervaringen bestaan er op het terrein van cultureel competente beroepsuitoefening in andere sectoren, met name:

- a. de jeugdhulpverlening;*
- b. de eerstelijns gezondheidszorg inclusief arbozorg;*
- c. re-integratie?*

Uit het literatuuronderzoek en uit de interviews met experts komt naar voren dat in de drie sectoren een aantal knelpunten wordt ervaren in de dienstverlening aan migranten. Ten aanzien van de sector jeugdhulpverlening gaat het met name om het bereik/de toegankelijkheid van (met name) de lichtere vormen van jeugdhulp.

Ten aanzien van de sector gezondheidszorg is er met name sprake van knelpunten in de communicatie, culturele verschillen in ziektegedrag en ziektebeleving en de grotere rol van de sociale context rondom de migrant. De familie, de gemeenschap speelt een grotere rol dan bij autochtone patiënten, waardoor het lastiger is om tot een gedeelde visie op de behandeling van de patiënt te komen.

Ten aanzien van de re-integratiesector zijn eveneens communicatieproblemen en verschillen op het terrein van ziektegedrag, ziektebeleving, werksituatie en emotionele weerbaarheid de knelpunten.

Deze knelpunten en de noodzaak om hier wat aan te doen door cultureel competent te werken, worden in deze sectoren onderkend. De individuele professional speelt daarbij een belangrijke rol. In de voorgaande hoofdstukken

hebben we beschreven dat in de drie sectoren werkzame strategieën voor het (verder) ontwikkelen van de interculturele competenties van de professional voorhanden zijn. Deze strategieën zijn meestal niet bewezen effectief, maar worden in de literatuur en door experts wel verschillende keren genoemd en in de praktijk toegepast. Blijkbaar bevatten ze werkzame elementen die ervoor zorgen dat ze bruikbaar zijn voor het omgaan met culturele verschillen.

Samenvatting schema competenties

Aan de hand van figuur 5.1 geven we een samenvatting van de kennis, houding en vaardigheden met betrekking tot cultureel competente beroepsuitoefening in de drie sectoren die we in dit onderzoek hebben betrokken: jeugdhulpverlening, gezondheidszorg en re-integratie.

In bijlage 5 is een ingevuld schema interculturele competenties opgenomen waarin we onderscheid hebben gemaakt tussen de vier basiscompetenties voor cultureel competente beroepsuitoefening en vakspecifieke competenties en de uitsplitsing van competenties naar kennis, houding en vaardigheden. Onderaan in het schema zijn de werkzame strategieën voor het omgaan met culturele verschillen opgenomen.

Figuur 5.1 Schema competenties

Competenties		Basiscompetenties	Vakspecifieke competenties		
			Zorg	Jeugdzorg	Re-integratie
	Kennis				
	Houding				
	Vaardigheden				
Interventies					
Randvoorwaarden ¹¹					

Kennis

Bij kennis gaat het er in de eerste plaats om dat de professional kennis heeft (bewust is) van de eigen cultuur en normen en waarden alsmede van de cultuur en normen en waarden van de klant. Op die manier is de professional zich bewust van zijn eigen bril en de bril van de klant wat een belangrijke eerste stap is in het omgaan met culturele diversiteit. Voor arbeidsdeskundigen zijn op dit punt onder meer van belang verschillen in opvattingen over ziektegedrag en ziektebeleving.

Daarnaast gaat het om kennis van thema's of hulpvragen die bij migranten vaker spelen dan bij autochtone Nederlanders. Voor arbeidsdeskundigen gaat het dan onder meer om kennis met betrekking tot ziekmakers op de werkvloer, zoals discriminatie en het effect van een kloof tussen het beroep dat iemand zou willen uitoefenen (heeft uitgeoefend in het land van herkomst) en het beroep dat men heeft. Een voorbeeld daarvan is een migrant die in het land

¹¹ Interventies en randvoorwaarden zijn belangrijke aspecten in relatie tot intercultureel competente beroepsuitoefening. In dit onderzoek ligt de focus echter bij de professional en de competenties die hij of zij nodig heeft om te kunnen omgaan met culturele diversiteit. De interventies en randvoorwaarden blijven in dit onderzoek buiten beschouwing.

van herkomst les gaf op een middelbare school en in Nederland schoonmaakwerk heeft.

Kennis van verschillende communicatiestijlen (meer indirect in plaats van direct), verschillen in omgangsregels (bijvoorbeeld veel of weinig oogcontact), het effect van culturele diversiteit (symmetrische of asymmetrische relatie tussen professional en cliënt), de effecten van machtsverschillen (afhankelijke positie van de cliënt, 'machtspositie' van de professional) en discriminatie zijn van belang voor het omgaan met barrières in de communicatie, het opbouwen van een vertrouwensrelatie en de samenwerking met de cliënt. Voor arbeidsdeskundigen zijn al deze elementen van belang voor het contact maken met de cliënt en daarmee voor een effectieve relatie met de cliënt. Specifiek voor arbeidsdeskundigen is een goed inzicht in de klachtengeschiedenis van de cliënt door uitgebreid in te gaan op alle aspecten uit het verleden (bijvoorbeeld trauma's) en het heden van een cliënt (en zijn of haar gezin en familie) om oorzaken van de klachten te achterhalen.

Houding

De houdingsaspecten die van belang zijn voor cultureel competente beroepsuitoefening kunnen we in een aantal begrippen samenvatten. Het gaat om open en onbevooroordeeld zijn, aandacht en respect tonen, sensitief en betrokken zijn en het accepteren van (culturele) diversiteit. Deze aspecten zijn voor arbeidsdeskundigen heel vanzelfsprekend in het uitoefenen van hun beroep. Extra aandacht hiervoor in de vorm van (na)scholing of intervisie kan ertoe bijdragen dat deze aspecten nog verder worden ontwikkeld en daarmee de dienstverlening aan alle cliënten nog verder wordt geoptimaliseerd.

Vaardigheden

Ten aanzien van de vaardigheden die van belang zijn voor cultureel competente beroepsuitoefening gaat het er vooral om daadwerkelijk rekening te houden met en te kunnen handelen naar de bovengenoemde kennis- en houdingsaspecten. Concrete voorbeelden zijn het aanpassen van het taalgebruik, het betrekken van de sociale omgeving van een cliënt, outreachend werken (bijvoorbeeld door meer huisbezoeken) en het toepassen van een brede benadering (communicatie niet alleen beperken tot het doel van het contact tussen professional en cliënt, persoonlijke en warme contacten onderhouden). Ook hier geldt dat deze vaardigheden voor arbeidsdeskundigen heel vanzelfsprekend zijn en dat extra aandacht hiervoor in de vorm van (na)scholing of intervisie ertoe kan bijdragen dat deze vaardigheden nog verder worden ontwikkeld. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan intervisie om het taalgebruik nog meer aan te passen aan het niveau van de cliënt.

Competenties in de arbeidsdeskundige praktijk

In het kader in paragraaf 4.1 hebben we een opsomming gegeven van de kerncompetenties en de algemene competenties waarover arbeidsdeskundigen dienen te beschikken. De kerncompetenties zijn probleemanalyse, samenwerken, besluitvaardigheid, organiseren eigen werk,

mondelinge en schriftelijke communicatie en ondernemerschap. De algemene competenties zijn klantgericht handelen, ethisch en integer handelen en competenties ontwikkelen.

Wanneer we deze competenties leggen op de interculturele basiscompetenties vallen een aantal overeenkomsten op. Hierbij gaat het met name om de kerncompetenties mondelinge en schriftelijke communicatie (raakvlakken met 'omgaan met barrières in de communicatie'), probleemanalyse (raakvlakken met 'referentiekader in beeld brengen') en samenwerken (raakvlakken met 'intercultureel samenwerken') en de algemene competentie klantgericht handelen. Hetgeen arbeidsdeskundigen volgens deze competenties moeten kunnen (af te leiden uit de beheersingscriteria) vertoont veel overeenkomsten met de kennis, houding en vaardigheden ten aanzien van de vier basiscompetenties voor het omgaan met culturele diversiteit. Vanuit dat licht bezien is het niet verwonderlijk dat we in de voorgaande paragrafen concludeerden dat arbeidsdeskundigen op onderdelen cultureel competent handelen (paragraaf 5.1) en over competenties beschikken die al heel dicht tegen interculturele competenties aanliggen (paragraaf 5.2).

Om de dienstverlening aan migranten verder te optimaliseren zouden de beheersingscriteria van de bovengenoemde kerncompetenties en de algemene competentie 'klantgericht handelen' kunnen worden uitgebreid of aangescherpt en specifiek kunnen worden gemaakt voor de situatie waarin de arbeidsdeskundige te maken heeft met migranten. Zo zouden de beheersingscriteria bij 'klantgericht handelen' uitgebreid kunnen worden met elementen van de outreachende, brede benadering en zou bij 'probleemanalyse' extra aandacht kunnen worden besteedt aan de verschillen tussen migranten en autochtone cliënten als het gaat om de mogelijke oorzaken van problemen. Ook zou extra aandacht kunnen worden besteedt aan het meenemen van culturele diversiteit in de probleemanalyse. Ten aanzien van mondelinge en schriftelijke communicatie zouden beheersingscriteria op het gebied van communicatiestijlen en omgangsregels in relatie tot migranten kunnen worden toegevoegd.

5.3 Lessen en aandachtspunten voor arbeidsdeskundigen

Op basis van het onderzoek kunnen we een aantal aandachtspunten voor arbeidsdeskundigen formuleren om de dienstverlening ten aanzien van migranten verder te ontwikkelen. Hierbij baseren we ons op de beschikbare, werkbare methoden die we in andere sectoren zijn tegengekomen, de bruikbaarheid van deze methoden in de arbeidsdeskundige praktijk en de behoeften van arbeidsdeskundigen aan methoden voor cultureel competente dienstverlening. Uit de gesprekken met arbeidsdeskundigen kwam naar voren dat er geen behoefte is aan specifieke methoden om de dienstverlening aan migranten te optimaliseren, maar dat beschikbare kennis en relevante vaardigheden meer aandacht moeten krijgen en meer moeten worden

gestructureerd. Bij het formuleren van de aandachtspunten hebben we hiermee rekening gehouden.

Wij zien de volgende aandachtspunten:

Basisopleiding en nascholingen:

- Meer aandacht voor trainingen gericht op gespreks- en communicatietechnieken, zowel in de basisopleiding als in de vorm van nascholing. Om interculturele communicatievaardigheden te verbeteren, kunnen elementen uit het TOPOI-model en/of het cultureel interview gebruikt worden.
- Meer aandacht voor relevante kennis van culturele achtergronden en de mogelijke effecten daarvan, zowel in de basisopleiding als in nascholing. Proberen te komen tot één module of cursus waarin alle relevante aspecten aan bod komen.

De basisopleidingen en relevante nascholingen zouden tegen het licht gehouden kunnen worden om te beoordelen of ze inhoudelijk voldoen aan de benodigde kennis en vaardigheden voor een optimale arbeidsdeskundige dienstverlening aan migranten.

Nascholing specifiek:

- Bredere kennisverwerving van de rol van de sociale omgeving van de migrant. Niet alleen past dit bij de na te streven brede benadering van de problematiek van migranten, ook speelt hierbij het praktische voordeel van de aanwezigheid van een familielid of vriend als tolk.
- Toepassen van kruispuntdenken, waarmee een migrant niet wordt gezien als een representant van een cultuur, maar als een individu met een meervoudige identiteit. Om kruispuntdenken te kunnen toepassen, heeft de arbeidsdeskundige kennis nodig van de combinatie van verschillende dimensies die in een migrant aanwezig zijn.

Het gaat hier om specifieke kennis en vaardigheden die ons vooral van belang lijken voor arbeidsdeskundigen die relatief veel te maken hebben met cliënten met een niet-westerse achtergrond. Hiervoor zouden specifieke nascholingen kunnen worden ontwikkeld.

Kennis bereikbaar maken:

- Beschikbaar en toegankelijk maken van deze kennis via een specifieke website voor arbeidsdeskundigen. Hierbij zou apart aandacht kunnen worden besteed aan werkwijzen die door arbeidsdeskundigen in de praktijk zijn toegepast en als effectief zijn ervaren. Mogelijk kan worden toegewerkt naar een databank 'effectieve arbeidsdeskundige interventies voor migranten' zoals het Nederlands Jeugdinstituut de Databank Effectieve Jeugdinterventies heeft opgezet.
- Gestandaardiseerde richtlijnen vertalen naar cultuursensitieve richtlijnen en via internet beschikbaar maken.

Institutionele context:

- Het kunnen inzetten van extra (medisch) onderzoek bij de begeleiding van migranten. Dit kan bijdragen aan het vergroten van het gevoel bij de cliënt dat er geluisterd wordt en dat de arbeidsdeskundige de migrant serieus neemt. Dit heeft ook een gunstig effect op de vertrouwensrelatie tussen de arbeidsdeskundige en de migrant.

5.4 Randvoorwaarden cultureel competente beroepsuitoefening

Zowel in de literatuur als door de experts is gewezen op het feit dat culturele competenties bij de professional een randvoorwaarde zijn voor cultureel competente dienstverlening, maar dat de context van de organisatie waarbinnen de arbeidsdeskundige werkt ook een sleutelrol vervult. Ook daar moet sprake zijn van culturele competenties, bijvoorbeeld in de vorm van diversiteitsbeleid, multidisciplinaire aanpak en intervisie over interculturele situaties.

De focus in dit onderzoek lag op de competenties die professionals nodig hebben voor het omgaan met culturele diversiteit. Pels e.a. (2009) geeft aan dat een interventie staat of valt met de diversiteitscompetentie van de professional. Zoals we in hoofdstuk 1 hebben beschreven, stellen Pels e.a. (2009) echter ook dat diversiteitsgevoeligheid ook op andere niveaus speelt, zoals het overheidsbeleid en de institutionele context (randvoorwaarden) en cultureel competente methoden (interventies).

In deze paragraaf komen de randvoorwaarden aan de orde die we in de literatuur en in de gesprekken met de experts vaker zijn tegengekomen. Met betrekking tot het organisatieniveau wordt door verschillende auteurs gewezen op het belang van multiculturele en multidisciplinaire teams, waardoor leren van elkaar mogelijk is. Door intervisie en casuïstiekbespreking kan een gedeeld 'beleid', aanpak of werkwijze met betrekking tot dienstverlening aan migranten worden ontwikkeld, waarbij gebruik wordt gemaakt van de kennis die in de organisatie aanwezig is (Haterd e.a., 2010; Vink, 2009; Pacemaker in Global Health, 2008; Duijsters e.a., 2005; Scharwächter e.a., 2000).

Onder andere Vink wijst op de mogelijkheid die multiculturele teams bieden voor, indien gewenst, een match tussen een migrant en een professional met dezelfde culturele achtergrond, waardoor communicatie, aansluiting en vertrouwen makkelijker tot stand kunnen komen (Vink, 2009; NJI, 2009).

Een heel praktisch punt dat naar voren is gekomen is, is meer tijd nemen voor afspraken en consulten met migranten (Pacemaker in Global Health, 2008; Beentjes e.a., 2007; Pels e.a. 2009; expertinterviews). Beentjes e.a. (2007) wijst verder op de mogelijkheid de migrant 'op te zoeken' door spreekuren op locaties (bij de werkgever) te houden. Tot slot wijst Beentjes op het nut van het hebben van een sociale kaart voor specifieke hulpverlening aan migranten in de organisatie, zodat migranten eenvoudig kunnen worden doorverwezen.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Literatuuroverzicht

Beentjes, S. en S. van Gaalen (2007) *Allochtone cliënten op het spreekuur bij de bedrijfsarts: wel of niet kleur bekennen?* Amsterdam: Vrije Universiteit.

Bellaart, H. (2009) *Interculturele competenties*, Utrecht: Forum.

Bellaart, H., en F. Azrar (2003) *Jeugdzorg zonder drempels*. Utrecht: Forum.

Duijsters, M.J.G.,K. Belhaj en N. Dahnan (2005) *Sociaal-medische begeleiding van allochtone werknemers. Complex en onbekend*, Medisch Contact.

Groen, S. (2009) *Een nieuwe versie van het culturele interview. Toepassing en evaluatie van een vragenlijst voor cultuursensitieve diagnostiek in de GGZ*, Cultuur, migratie en gezondheid.

Haterd, J., A. van de, Poll, H. Felten, R. Vos en H. Bellaart (2010) *Naar interculturele competentieprofielen in het preventieve en ontwikkelingsgerichte jeugdbeleid*, Utrecht: Movisie.

Hobéon SKO (2009) *Beroeps Competentie Dossier Arbeidsdeskundige*, Den Haag, Hobéon SKO.

Hoffman, E (2007) *Interculturele communicatie in de postmoderne samenleving*,

Kruysbergen, R. van en A. Weel (2011) Wij hebben iets met migranten. Interview met Ine Vink en Vic Höppener. In: *TBV*, nr. 19.

Meide, J.W. van der, M.W.H. Frings-Dresen en J.K. Sluiter (2011) Over re-integratie: ervaringen van professionals en Marokkaanse en Turkse werknemers. in: *Tijdschrift voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*.

Nederlands Jeugdinstituut (2009) *Overzichtsstudie interventies voor migrantenjeugd: ontwikkelingsstimulering, preventie en vroeghulp*, Utrecht: NJI.

NIGZ (2008) *De effecten van voorlichting in de eigen taal en cultuur in beeld. Resultaten van twintig jaar inzet van voorlichters eigen taal en cultuur allochtone zorgconsulenten in de lokale gezondheidsbevordering en zorg*, Woerden: NIGZ.

NIVEL (2004) *Tweede nationale studie naar ziekte en verrichtingen in de huisartsenpraktijk*, Utrecht: NIVEL.

Pacemaker in Global Health (2007) *Gezondheidszorg & Etnische diversiteit in Nederland. Naar een betere zorg voor iedereen*, Amsterdam: Pacemaker in Global Health.

Pacemaker in Global Health (2008) *'Sociaal-medische begeleiding van allochtone werknemers. Een raamwerk voor kwaliteitsverbetering'*, Amsterdam: Pacemaker in Global Health.

Pels, T., M. Distelbrink en S. Tan (2009) *Meetladder diversiteit interventies. Verhoging van bereik en effectiviteit van interventies voor (etnische) doelgroepen*, Utrecht: Verwey-Jonker instituut.

Scharwächter, W.H., en J.F. van Laarhoven (2000) Communiceren met allochtone patiënten, in: *Medisch contact*, 26 mei 2000, p. 784-787.

Seeleman, C., (2008) *Knelpunten in de zorg, culturele competenties*, Amsterdam: Academisch Medisch Centrum Amsterdam, afd. Sociale geneeskunde.

Verstraten, K. en C. van Halen (2006) *Bruggen slaan. Een Gelderse studie naar de aansluiting tussen de vrijwillige jeugdzorg en allochtonen*, Nijmegen: Radboud universiteit.

Vink, I. (2009) *Een zoetwatervis is geen zoutwatervis*, Houten: Bohn, Stafleu en Van Loghum.

Vink, I. en L. Vendrig (2006) *Migratie en reïntegratie. Onderzoek naar resultaten van reïntegratietrajecten allochtonen en autochtonen*, Advisie, maart 2006.

ZonMw (2009) *Etniciteit en gezondheid. Hoofdlijnen ZonMw-programma-voorstel*, Den Haag: ZonMw.

Geraadpleegde websites;

www.Huisarts-Migrant.nl;

www.mikadonet.nl (kenniscentrum interculturele zorg);

www.rohlof.nl (over het culturele interview);

www.e-quality.nl (over kruispuntdenken);

www.movisie.nl (over kruispuntdenken);

www.decascade.nl (over TOPOI-model);

www.ujc.nl (vierjarig project vanuit de provincie Utrecht over diversiteitsbeleid in de jeugdzorg).

BIJLAGE 2

Geïnterviewde deskundigen naar sector

Sector jeugdzorg

Mw. Y. te Poel	lector Fontys Hogeschool
Mw. F. Nasrullah	directeur-bestuurder Trajectum

Sector gezondheidszorg

Mw. M. van den Muijsenbergh	senior onderzoeker en adviseur Pharos
Mw. F. de Graaff	partner Bureau MUTANT

Re-integratie

Mw. I. Vink	GZ-psycholoog Winnock Achmea
Mw. P. Linnenbank	zelfstandig arbeid- en organisatiepsycholoog
Mw. M. Janssen	directeur Macori Consult

Deelnemers focusgroep

Dhr. W. Hoogeveen	arbeidsdeskundige UWV
Mw. I. Beewen	arbeidsdeskundige Facilicom
Mw. Oremus	consulent duurzame inzetbaarheid, NV Schade

Deelnemers expertmeeting

Mw. M. Bernaards	arbeidsdeskundige UWV SZM
Dhr. K. Boomsma	programmamanager UWV
Mw. H. Brouwer	arbeidsdeskundige UWV Werkbedrijf
Mw. M. Poortvliet	arbeidsdeskundige UWV
Mw. M. Meijers	arbeidsdeskundige UWV SMZ, team DWI
Dhr. D. Benmhand	arbeidsdeskundige UWV
Dhr. R. Hendrix	arbeidsdeskundige UWV SZM, team DWI
Dhr. M. Henzen	arbeidsdeskundige UWV
Dhr. P. de Jonge	arbeidsdeskundige UWV SMZ, team DWI
Mw. J. Saarloos	arbeidsdeskundige Wajong, UWV Werkbedrijf
Dhr. B. Tijmensma	arbeidsdeskundige UWV SMZ, team DWI

BIJLAGE 3

Samenstelling begeleidingscommissie

Dhr. Jos Manders	NVAB
Dhr. Hans Bellaart	Forum,
Mw. Ine Vink	Winnock,
Mw. Jantine Schermerhorn	Schermerhorn werkt
Dhr. Wilfred Hoogeveen	UWV
Mw. Francine Pars	UWV
Tjeerd Hulsman	AKC

Naast de leden van de begeleidingscommissie heeft Arend Odé namens Regioplan tijdens de uitvoering van het onderzoek opgetreden als adviseur van het projectteam.

BIJLAGE 4

Methoden cultureel competent handelen

Methode A: TOPOI-model

Het TOPOI- model is ontwikkeld door Dr. Edwin Hoffman (2002) en wordt gebruikt in onder andere de jeugdzorg ter verbetering van interculturele communicatievaardigheden. Het model gaat uit van vijf gebieden in communicatie waar zich culturele verschillen en misverstanden kunnen voordoen en biedt handvatten om met deze misverstanden om te gaan. Het TOPOI-model omvat een analyse- en een interventiekader. In het analysekader is een aantal vragen opgenomen waarmee je mogelijke verschillen en misverstanden op elk van de vijf TOPOI-gebieden kunt opsporen. Deze gebieden zijn:

- Taal: zowel de verbale taal, de gesproken taal, als de non-verbale taal, niet-gesproken taal zoals gezichtsuitdrukkingen en gebaren, is van belang bij de interactie tussen twee personen.
- Ordening: dit omvat de kijk van de gespreksdeelnemers op het onderwerp of de gebeurtenis.
- Personen: hiermee worden de personen die deelnemen aan het gesprek bedoeld. Wie zijn de gespreksdeelnemers en welke rol vervullen zij voor elkaar, hoe zien zij elkaar.
- Organisatie: dit heeft betrekking op de organisatorische omgeving waar de communicatie plaatsvindt.
- Inzet: dit omvat de onderliggende motieven, verlangens en behoeften van de gespreksdeelnemers gedurende de interactie.

Deze vijf gebieden zijn constant verbonden met elkaar en ze komen dan ook allemaal tegelijkertijd aan bod tijdens een gesprek. Wanneer een gesprek niet optimaal verloopt, kan het al voldoende zijn om een verandering op één gebied toe te passen. Dit kan een positieve werking hebben op alle andere gebieden.

Het TOPOI- model heeft drie kernvragen die nodig zijn bij de aanpak van problemen in de interculturele communicatie:

1. Wat is mijn aandeel?
2. Wat is het aandeel van de ander?
3. Wat is de invloed van de ruime sociale omgeving: de waarden, normen, opvattingen en betekenissen op communicatie?

Figuur B4.1 Voorbeeldvragen TOPOI-analyse- en interventiekader

Analysekader: Wat kun je afvragen?	Interventiekader: Wat kun je doen?
<p>Taal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In wiens taal spreekt ieder? - Wat is de betekenis van wat ieder zegt? - Wat betekenen ieders lichaamstaal en andere non-verbale taal? - Wat is ieders interpretatie van de woorden en gedrag van de ander? - Wat is de invloed van de heersende sociale representaties, waarden, normen opvattingen en betekenissen op wat ieder zegt doet en van de ander begrijpt? <p>Ordering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat is ieders zienswijze en logica? - Wat is ieders invalshoek, belang of loyaliteit? - Wat is ieders referentiekader: waarden en normen? - Wat zijn ieders vanzelfsprekendheden? - Wat is er gemeenschappelijk en welke verschillen zijn er? <p>Personen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Is er besef van de uitwisseling van visies die de ander persoonlijk raken? - Welke beelden heeft eenieder van de ander? - Hoe zijn in dit opzicht de wederzijdse verwachtingen? - Hoe ziet en ervaart eenieder de onderlinge relatie? - Welke interactiewijze en welke opstelling neemt eenieder in ten opzichte van elkaar? - Wat is de invloed van de heersende sociale representaties- beelden, waarden, normen, opvattingen en betekenissen- op hoe eenieder zichzelf, de en de onderlinge relatie ziet en ervaart? <p>Organisatie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Binnen welke organisatorische kaders speelt het gesprek zich af: regels, procedures, trajecten, maatregelen, sancties enzovoorts. - Wat is de invloed van 'de organisatie' van de ander: machtsrelaties, tijdorïëntatie, kennis en beeld van de organisatie, procedures en regels? <p>Inzet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat zijn ieders motieven: beweegredenen, behoeften, angsten en wensen? - Wat ziet ieder van de onderlinge motieven van de ander? - Hoe laat ieder de ander merken dat hij/zij ziet dat de ander zijn/ haar best doet? - Voelt ieder zich gezien/ erkend in zijn/haar motieven of beweegredenen? - Ziet ieder het onderscheid tussen bedoelingen en effecten van hoe hij/zij zijn/haar best doet? 	<p>Taal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rekening houden met de taalpositie van de ander. - Voorbereid zijn op verschillen in de verbale taal en het non-verbale gedrag. - Respecteren en toelaten van acceptabele verschillen in (non-) verbale taal. - De woorden en de non- verbale taal waarnemen met alle zintuigen. - Open vragen stellen om betekenissen te verhelderen. - Betekenissen uitleggen. - Feedback geven en vragen - Inzet van tolken. <p>Ordering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vragen naar de zienswijze en logica van de ander. - Inleven in de wijze van kijken van de ander. - Actief luisteren. - Een neutrale positie innemen. - Het gemeenschappelijke voorop zetten. - Verschillen verhelderen en laten rusten. <p>Personen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewustwording/ bewustmaking van de uitwisseling van visies die de ander persoonlijk raken. - Stilstaan bij en/ of open vragen stellen vanuit welke rollen en verwachtingen de ander spreekt. - Stilstaan bij en open vragen stellen welke beelden eenieder van de ander heeft. - Een neutrale positie innemen. - Actief luisteren. - Inleven in de positie van de ander. - Jezelf bewust zijn en/of uitleggen vanuit welke rollen en verwachtingen je zelf spreekt. <p>Organisatie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het organisatorische kader aangeven waarbinnen het gesprek plaatsvindt. - Rekening houden met de machtsrelaties - De eigen 'organisatie' uitleggen - Vragen naar de 'organisatie van de ander. <p>Inzet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Met alle zintuigen de effecten waarnemen van je communicatie. - Vragen naar de onderliggende motieven zijn van de ander. - Erkennen van de onderliggende motieven van de ander. - Laten merken, zeggen (= erkennen) dat je de inzet van de ander ziet. - Open vragen stellen wat de ander als erkenning ervaart. - Uitleggen waarvoor je zelf je best doet.

Methode B: cultureel interview

Het cultureel interview is ontworpen om culturele informatie te verkrijgen van een cliënt. Aan het eind ervan is het mogelijk een 'Cultural Formulation' van de cliënt te schrijven. Het culturele interview is afkomstig uit de GGZ, maar kent inmiddels verschillende versies (langere en kortere) en wordt toegepast in verschillende sectoren. Het interview duurt tussen één en anderhalf uur, en kan uitgevoerd worden door betrekkelijke leken.

Het interview is zes pagina's lang. Een eerste indruk:

A. Culturele identiteit van het individu

- Wat is uw moedertaal?
- Welke taal spreekt u thuis?
- Welke taal/talen spreekt u nog meer?
- Hoe is het voor u om Nederlands te moeten spreken?
- Tot welke etnische groep behoort u officieel?
- Mist u mensen die dezelfde culturele achtergrond als u hebben?
- In hoeverre kunt u in Nederland te leven volgens uit uw eigen cultuur?
- ...

B. Culturele verklaringen betreffende de ziekte van het individu

- Wat zijn uw ernstigste klachten?
- Hoe denkt u dat uw klachten zijn ontstaan?
- Hoe verklaart uw familie en omgeving uw klachten?
- Hoe zou men in uw cultuur uw klachten verklaren?
- Voelt u zich begrepen door uw familie en omgeving?
- ...

C. Culturele factoren in de psychosociale omgeving en in het functioneren

- Wat is uw leefsituatie op dit moment (getrouwd, met familie)
- Wat is uw positie in het gezin/ familie? Is dit veranderd in vergelijking met de situatie in het land van herkomst?
- Als er een gezinssituatie is: Hoe is de relatie met uw gezin? Is dit veranderd in vergelijking met de situatie in het land van herkomst?
- Als u een praktisch probleem heeft; bijvoorbeeld iets dat u niet begrijpt (treinreizen, de vreemdelingendienst, een brief van de advocaat, een procedure): aan wie vraagt u dan raad?
- ...

D. Culturele elementen in de relatie tussen het individu en de hulpverlener

- Tot welke sociale klasse behoorde u in het land van herkomst? Woonde u in een stad of in het platteland?
- Hoe is dat voor u, wat is uw relatie tot hulpverleners? Als hij u een advies geeft of medicijnen voorschrijft vindt u dan dat hij altijd gelijk heeft en dat u zijn advies moet opvolgen?

- Als u zelf uw hulpverlener zou mogen uitkiezen, zou u dan het liefste een mannelijke of een vrouwelijke hulpverlener willen.
- Als u zelf uw hulpverlener zou mogen uitkiezen, zou u dan het liefste een hulpverlener met dezelfde culturele achtergrond willen als u of niet, of maakt het u niets uit? (Zo ja:) Waarom?
- ...

E. Observaties tijdens het interview

Hoe is het gesprek verlopen en hoe is het contact met patiënt, wat maakt hij/zij voor indruk?

F. Samenvatting

Vat de belangrijkste zaken die uit het interview naar voren kwamen samen.

G. Aandachtspunten voor behandeling

Aandachtspunten op het gebied van cultuur die uit het interview naar voren zijn gekomen en die communicatie tussen hulpverlener en patiënt, de diagnose en behandeling kunnen belemmeren.

Methode C: Cognitieve gedragsmatige interventie

CGT: Cognitieve gedragstherapie.
Toegepast in de re-integratiesector.

Cognitieve therapie gaat vooral uit van de invloed van het denken op het gevoelsleven en het doen. In cognitieve therapie onderzoeken therapeut en cliënt of de negatieve wijze van denken wel helemaal klopt. De nadruk ligt op het wijzigen van de manier van denken die mensen met een emotioneel probleem hanteren. Wanneer inderdaad blijkt dat de cliënt geneigd is om te negatief over allerlei zaken te oordelen, zoeken zij samen uit welke geschiktere manier van denken passend is. Depressieve mensen bekijken bijvoorbeeld of zij inderdaad mislukt zijn in het leven en of andere personen hen werkelijk niet mogen of minachten. Bij het uitwerken van meer realistische standpunten en gedachten maakt de therapeut gebruik van specifieke cognitieve oefeningen en huiswerkafspraken.

Het inzetten van cognitieve gedragsmatige interventie: hierbij gaat het erom eerst te achterhalen wat de dysfunctionele ideeën en opvattingen zijn (bijvoorbeeld omtrent ziek zijn en ziektegedrag), deze ter discussie te stellen (waarom denkt u dat u niet kunt werken? Wat kunt u wel doen, wat doet u om de dag door te komen?) en vervolgens bij te stellen tot functionele opvattingen en ideeën (door uw ziekte kunt u uw oude werk niet meer doen, maar wel ander werk...). Deze moeten vervolgens worden aangeleerd en getraind.

De basis van CGT wordt gevormd door het cognitieve model. In dit model wordt beschreven hoe gedachten over een situatie tot gedrag en gevoelens leiden. Dit wordt schematisch weergegeven in een zogenaamd ABC-schema:

- A. Gebeurtenis
- B. Gedachten
- C. Gevoel/Gedrag

De interventies van CGT richten zich primair op het veranderen van de B in het ABC schema, wanneer blijkt dat deze gedachte irrationeel of niet-helpend is. Er bestaan verschillende vormen van CGT.

Methode D: visuele middelen

Toegepast in de gezondheidszorg. Het inzetten van hulpmiddelen voor interculturele communicatie met als doel voorlichting en het vergroten van de toegankelijkheid van zorg en het verbeteren van de dienstverlening. Concrete voorbeelden zijn onder meer het 'Zakboekje communicatie hulpverlening allochtonen' (NIGZ) en 'Elkaar begrijpen helpt' (NIGZ, ZonMw en Meavita) waarin, in vijf talen, een selectie is opgenomen van woorden en zinnen ondersteund met pictogrammen over verschillende onderwerpen (eten en drinken, therapieën, dokter/medicijnen) met als doel dat klanten kunnen aangeven wat zij willen en professionals (in de thuiszorg) kunnen aangeven wat zij willen vragen of zeggen.

Elkaar begrijpen helpt.

Hulpmiddel voor interculturele communicatie bij zorg en dienstverlening

Bestaat uit vijf handzame communicatieboekjes in het Arabisch, Chinees, Hindoestaans (Surinaams), Spaans en Turks ter ondersteuning van de communicatie tussen hulpverleners en allochtone cliënten in verpleeghuizen, woon-zorgcentra en thuiszorg. De boekjes bestaan uit woordenlijsten en pictogrammen van begrippen en situaties die belangrijk zijn in de zorg rondom anderstaligen.

Zakboekje communicatie hulpverlening allochtonen: communiceren met patiënten van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Antilliaanse afkomst

Omgaan met allochtone patiënten is voor de meeste Nederlandse zorgverleners niet gemakkelijk. Cultuur-, taal- en benaderingsverschillen maken de communicatie nogal eens stroef. In dit praktische informatieboekje staan tips, die dat probleem kunnen ondervangen. In het boekje staat informatie over communicatie met patiënten van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse komaf. In het boekje is extra aandacht voor de ramadan. Ook treft u een lijst met Turkse en Arabische woorden aan.

BIJLAGE 5
Schema interculturele competenties
Figuur 5.1 Schema interculturele competenties

Competenties	Basiscompetenties		Vakspecifieke competenties		
			Jeugdzorg	Zorg	Re-integratie
Referentiekader in beeld brengen	Kennis van	<ul style="list-style-type: none"> Eigen cultuur, normen en waarden Cultuur klanten en normen en waarden Klantverwachtingen 	<ul style="list-style-type: none"> Specifieke thema's en hulpvragen Verschillen in opvatting over gedrag Verschil in opvatting wie waarvoor verantwoordelijk is 	<ul style="list-style-type: none"> Ziekten die vaker voorkomen bij migranten Invloed cultuur op ziektegedrag en -beleving 	<ul style="list-style-type: none"> Psychosociale, sociaal-culturele en medische factoren Ziekmakers op de werkvloer Werksituatie migrant
	Houding	<ul style="list-style-type: none"> Open, nieuwsgierig, empatisch Onbevooroordeeld Sensitief 	Als bij basiscompetentie	Als bij basiscompetentie	Als bij basiscompetentie
	Vaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> Bewust van eigen culturele bril Bewerkstelligen van aansluiting Vermijden van generalisatie Betrekken van de sociale omgeving 	<ul style="list-style-type: none"> Verwerken van verschillen in normen, waarden en wereldbeeld in de interventie 	Vermijden van stereotypering	Als bij basiscompetentie
Omgaan met barrières in communicatie	Kennis van	<ul style="list-style-type: none"> Effect van verschillen op communicatie Andere omgangsregels Communicatiestijlen 	Als bij basiscompetentie	Verschil in verwachtingen (symmetrische of asymmetrische relatie)	Effecten van (ervaren van) machtsafstand
	Houding	<ul style="list-style-type: none"> Bewustzijn van communicatie als randvoorwaarde Respectvol, open, aandachtig, betrokken Geduldig en luisterend 	Als bij basiscompetentie	Als bij basiscompetentie	<ul style="list-style-type: none"> Culturele empathie Open-mindedness Sociaal initiatief Emotionele stabiliteit Flexibiliteit
	Vaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> Aanpassen taalgebruik Kunnen inzetten van hulpmiddelen 	Als bij basiscompetentie	Als bij basiscompetenties + voeren van driehoeksgesprek	<ul style="list-style-type: none"> Extra checken op wat wordt gezegd en wat wordt bedoeld

Vervolg figuur b5.1 Schema interculturele competenties

Competenties		Basiscompetenties	Vakspecifieke competenties		
Basiscompetenties			Jeugdzorg	Zorg	Re-integratie
Interculturele vertrouwensrelatie opbouwen	Kennis van	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrouwen = randvoorwaarde • Effect van machtsverschillen 	Als bij basiscompetentie	Als bij basiscompetentie	<ul style="list-style-type: none"> • Belang van aansluiting • Klachtengeschiedenis • Uitleggen systeem van verzuim en re-integratie
	Houding	<ul style="list-style-type: none"> • Open en respectvol • Vermijden van generalisatie en labels • Geduldig 	Als bij basiscompetentie	Als bij basiscompetentie	Als bij basiscompetentie
	Vaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> • Communicatieve vaardigheden • Outreachend werken • Brede benadering 		Als bij basiscompetentie	<ul style="list-style-type: none"> • Luisteren • Geduld • Toelichten (in plaats van mededelen)
Intercultureel samenwerken	Kennis van	<ul style="list-style-type: none"> • Verschillende benaderingswijzen • Rol en effecten van discriminatie 	Opvoedstijlen, socialisatiepatronen	Voorlichting over het 'Nederlandse systeem', verwachtingen en rolverdeling	Belang van aansluiting
	Houding	<ul style="list-style-type: none"> • Open voor verschillen • Accepteren anders zijn 	Expliciteren van doelstellingen	Open voor traditionele hulpverlening	Als bij basiscompetentie
	Vaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> • Brede benadering • Maatwerk 	<ul style="list-style-type: none"> • Outreachend werken • Verbinding aangaan met kind èn ouders 	Als bij basiscompetentie	Als bij basiscompetentie + 'Meebewegen'
Werkzame strategieën voor het omgaan met culturele verschillen			<ul style="list-style-type: none"> • Kruispuntendenken • Gespreksvoering aan de hand van het TOPOI-model • Cultureel interview 	<ul style="list-style-type: none"> • Interculturele gespreksvoering • Inzetten van 'hulpmiddelen' • Aangepaste medisch-inhoudelijke richtlijnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitieve gedragsmatige interventie • Cultureel interview • Brede (divergerende) benadering: betrekken van context en sociale omgeving

Regioplan Beleidsonderzoek

Nieuwezijds Voorburgwal 35

1012 RD Amsterdam

T 020 531 531 5

F 020 626 519 9

E info@regioplan.nl

I www.regioplan.nl