

Interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg: een project in Vlaanderen

Ri De Ridder

De auteur geeft een beschrijving van het project Interculturele Bemiddeling in de Gezondheidszorg dat sedert 1 januari 1991 in Vlaanderen loopt. Vanuit de visie dat gezondheidsproblemen bij migranten het gevolg zijn van een aantal verschillen tussen hulpverleners en cliënten, behandelt hij het concept 'interculturele bemiddeling', de antropologische aspecten van de opleiding tot intercultureel bemiddelaar en de eerste ervaringen uit de praktijk.

Op 1 januari 1991 is een opleidings- en tewerkstellingsproject van de Vlaamse regering gestart dat in de aanwerving van vijftig Turkse en Marokkaanse migranten over een termijn van drie jaar voorziet. Zij worden als interculturele bemiddelaars ingeschakeld in de verschillende domeinen van de gezondheidszorg in Vlaanderen. De bemiddelaars volgen binnen het kader van hun tewerkstelling een driejarige opleiding intercultureel werk in het onderwijs met beperkt leerplan. Deze opleiding is op hoger secundair technisch niveau. Het project is gegroeid vanuit de 'basis' van hulpverleners en onderzoekers, die op een intensieve manier bij de gezondheidsproblematiek van migranten betrokken zijn. Reeds geruime tijd ontmoeten artsen, psychologen, epidemiologen, sociologen en antropologen elkaar om in een reflectie op de praktijk van hulpverlening aan migranten een praxistheorie te ontwikkelen. De resultaten hiervan komen op diverse wijzen tot uiting aan verschillende Vlaamse universiteiten en in publikaties (zoals de reeks *Cultuur en Migratie*).

Omstreeks 1988 groeide in deze groep het inzicht dat verbetering van de gezondheidszorg voor migranten niet beperkt kon blijven tot studiewerk. Immers, de maatschappelijke positie van migranten in Vlaanderen kwam onder toenemende druk te staan: zowel overheidsinitiatieven op het vlak van het toelatings- en vestigingsbeleid als de opkomst van extreem-rechtse bewegingen hadden een directe impact op het psychosociaal welbevinden van migranten. Het manifest gebrek aan interesse vanuit de overheid voor de gezondheid van migranten (en voor allerlei andere sociale problemen) werd aangegrepen om van studie naar actie over te gaan. Zo ontstond het Centrum Etnische Minderheden en Gezondheid (CEMG), dat zich expliciet op het beleidsterrein begaf.

Sociologisch bekeken wilde het CEMG met het project Interculturele Bemiddelaars:

- op een structurele en strategische manier ingrijpen in het proces van gezondheidszorgverstrekking, met name in de communicatie tussen hulpverlener en cliënt;

- de doelgroep migranten daarbij reëel betrekken;
- een netwerk tussen de verschillende actoren in de gezondheidszorg rond de hulpverlening aan migranten creëren.

Gezondheidsproblemen van migranten

Het opzetten van een categoriale doelgroepbenadering betekent niet dat voor het CEMG de gezondheidsproblematiek van migranten uitsluitend of in hoofdzaak een etnische problematiek is. De kwaliteit van de gezondheid van en gezondheidszorg aan migranten is het resultaat van een complex samenspel van factoren van klasse, cultuur en gender. Problemen ontstaan niet door intrinsieke eigenschappen van de doelgroep, maar door de grote verschillen in de vermelde drie dimensies tussen hulpverleners en hun cliënten. Dergelijke verschillen bestaan in het algemeen in de gezondheidszorg. Zo is de participatie van cliënten aan het proces van gezondheidszorg in Vlaanderen structureel zo goed als onbestaand en verloopt de communicatie moeilijk. De medische taal en het medisch handelen is voor leken nu eenmaal weinig toegankelijk. In de hulpverlening aan migranten doen deze problemen zich extra sterk gevoelen.

Interculturele bemiddeling

Interculturele bemiddeling moet breed worden opgevat. Ten eerste wordt uitgegaan van een interactie tussen twee culturen: de westerse medisch-professionele door mannen gedomineerde middenklassecultuur en de al dan niet verwesterde, deels 'geprotoprofessionaliseerde' lekencultuur van mensen uit een lagere sociale klasse, waarin vrouwen een centrale rol spelen in de zorg voor de gezondheid.

Ten tweede wordt communicatie niet herleid tot het talig aspect in de hulpverlener-cliëntrelatie. Non-verbaal gedrag, attitudes, geschreven boodschappen, gedragsregels (en verwachtingen omtrent gedrag), rituelen, taboes, lichaamsbeleving, op al deze terreinen is achtergrondkennis belangrijk, spelen de persoonlijke attitudes een rol (bijvoorbeeld openheid voor het anders-zijn van de ander) en vraagt communicatie om vaardigheden die de verschillen kunnen overbruggen.

Hulpverlener noch cliënt kunnen los worden gezien van hun context. Hulpverleners functioneren binnen een organisatorisch geheel, waar bepaalde regels en normen worden gehanteerd, terwijl cliënten voor en na het moment van de hulpverlening deel zijn van een sociale context waarin ervaringen met en opvattingen over gezondheidszorg worden gedeeld.

Interculturele bemiddeling moet dus verder kunnen gaan dan het individuele contact tussen hulpverlener en cliënt. Bij de projectinvulling wordt dan ook uitdrukkelijk onderscheid gemaakt tussen tolken en bemiddelen. Diensten in de gezondheidszorg zien dit onderscheid niet altijd. Voor hen is communicatie louter een 'vertaalprobleem' binnen een als vanzelfsprekend beschouwd eenrichtingsmodel. Interculturele bemiddeling is echter het leggen van een brug tussen waarden en verwachtingen door middel van het decoderen van de semantische uitingen ervan. Vandaar dat interculturele bemiddelaars verschillende vaardigheden moeten beheersen: behalve tolken ook informeren, voorlichten, vormen en overleggen.

Een aanvullend aspect van hun taak is de pleitbezorging. Die past niet helemaal in het vorige rijtje, omdat hier een dimensie wordt toegevoegd aan de brugfunctie: namelijk het inwerken op de principieel ongelijke positie tussen hulpverlener en cliënt en het zich scharen aan de kant van de zwakste partner. Men noemt dit de 'health advocacy' functie. Het gaat hier dus duidelijk om macht, meer bepaald de macht van de hulpverlener om problemen te definiëren en oplossingen aan te reiken tegenover de onmacht van de cliënt om gehoord en begrepen te worden. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat macht en onmacht zowel voor cliënt als hulpverlener ambivalente begrippen zijn. Hulpverleners kunnen zich ten aanzien van migranten zeer onmachtig voelen (en dit bijvoorbeeld compenseren door een meer technische benadering); cliënten kunnen zich eisend opstellen of gaan somatiseren. De verschillende aspecten van hun taak vragen van interculturele bemiddelaars dat zij zich kunnen bewegen op het grensgebied tussen professionele en etnische identiteit. Dat kan tot behoorlijk wat spanning leiden bij de bemiddelaar, wanneer van professionele kant beroep wordt gedaan op zijn/haar verantwoordelijkheid, terwijl de cliënt juist bescherming verwacht tegen professionele bemoeienis.

De functie van intercultureel bemiddelaar is uitsluitend toegankelijk voor migranten afkomstig uit de doelgroep. In eerste instantie is zelfs geopteerd voor uitsluitend vrouwelijke bemiddelaars. Professionele voorwaarden (zoals diplomaveren) worden niet gehanteerd bij de selectie. In de training wordt gelet op de beeldvorming over hun eigen taak, in het bijzonder het vermijden van assimilatie met tolken. Er wordt op allerlei manieren aandacht gegeven aan de identificatie via de keuze van referentiefiguren die een plaats krijgen in de opleiding: migrantenvrouwen die op één of andere manier betrokken zijn bij hulpverlening, migrantenkunstenaars, vrouwen uit de vrouwenbeweging van Vlaanderen en van de landen van herkomst; via teksten en videoprogramma's, via discussies over cultureel gevoelige onderwerpen, via het reconstrueren van de eigen geschiedenis, via creatieve activiteiten, enzovoort. Er wordt ook naar gestreefd om bij de lesgevers in de opleiding migranten te betrekken, hoewel de keuze erg beperkt is. Dit identificatieproces wordt dus wel enigszins gestuurd vanuit de begeleiding (die ook een eigen verborgen agenda heeft), maar is toch in grote mate voorwerp van zelfwerkzaamheid van de bemiddelaars. Het kan er trouwens tussen hen wel eens hard aan toe gaan, met hoogoplopende debatten over het vooruitstrevend dan wel conservatief karakter van het land van herkomst, de positie van de vrouw, het al dan niet dragen van de sluier ...

Enkele antropologische aspecten van de opleiding

Het vak interculturele communicatie en antropologie wordt gedurende drie jaar gegeven. Er wordt gewerkt vanuit de achtergronden, ervaringen en kennis van de bemiddelaars in nauwe samenhang met hun werkervaringen. De lessen beperken zich niet tot kennisoverdracht; vaardigheden om met antropologische inzichten om te gaan, krijgen ruime aandacht.

In het vak gezondheid worden *verschillende visies op gezondheid* als uitgangspunt genomen. Het menselijk lichaam wordt op een heel eigen manier bekeken: eerst vanuit zeer algemene principes: afgrenzing, beweging en energieomzetting. Later worden daar andere principes zoals zuivering, elektrische geleiding, pompwerking, hormonale werking, enzovoort aan toegevoegd. Dus geen klassieke benadering vanuit de verschillende disciplines fysica, fysiologie, anatomie. Bedoeling is dat de bemiddelaars zich de

grondbegrippen van het medisch denken toeëigenen, maar in eigen termen en op een voor hen zinvolle en communiceerbare manier.

De praktijk

De eerste twintig interculturele bemiddelaars zijn sinds 1 september 1991 via stages ingeschakeld in de praktijk van de gezondheidszorg en volgen tevens gedurende een dag per week onderwijs. Enkele opmerkelijke – maar niet noodzakelijk onverwachte – ontwikkelingen zijn vast te stellen.

De enorme motivatie voor het onderwijsluik van het project valt meteen op. De scholen werden overrompeld door hoofdzakelijk vrouwen van Turkse en Marokkaanse nationaliteit die de opleiding wilden volgen. De ijver en de leergierigheid van de cursisten steken schril af bij de matige inzet en de gebrekkige motivatie waarmee de lesgevers in het deeltijd onderwijs meestal geconfronteerd worden. Het onderwijsaanbod dat met het project verbonden is, speelt in op een sterk onderschatte behoefte aan tweedekansonderwijs. De belangrijkste reden om mee te doen met het project blijkt het vooruitzicht op een diploma te zijn, om toegang te krijgen tot hogere studies en om in aanmerking te komen voor een hoger gekwalificeerde baan. Juridische bezwaren maken echter dat deze 'doorstroming' niet zo eenvoudig is. Deze bezwaren getuigen niet alleen van weerstanden bij de overheid, maar ook bij de vakorganisaties, om het zogeheten tweedekansonderwijs tot een volwaardige vorm van onderwijs uit te bouwen. Wie uit de gewone 'onderwijsboot' valt, heeft het later bijzonder moeilijk om weer aan te haken. Het valt daarbij op dat met name de arbeidsorganisaties op dat punt de belangen van de 'gediplomeerden' op de arbeidsmarkt boven de belangen van kansarme groepen plaatsen.

Het uitbouwen van onderwijs in interculturele bemiddeling is voor België een nieuw gegeven. Wat de bemiddelaars moeten leren, is het bemiddelen tussen twee referentiekaders. Het is niet de bedoeling om van de bemiddelaars een soort 'blotevoeten-dokters' te maken. Bij henzelf leeft nochtans een grote vraag naar het verwerven van een basis aan medische kennis. Vanuit de begeleiding wordt dit als een valkuil beschouwd: het gevaar bestaat dat op die wijze de bemiddelaars mini-professionelen van de gezondheidszorg worden, en daarbij de aansluiting met de belangen van de cliënt verliezen. Voor ons is niet de vraag hoe je maagzweer in het Turks uitdrukt van belang, maar wel dat er begrip is tussen arts en cliënt omtrent de beleving van het lijden aan een maagzweer. Om dit nu in het kader van onderwijs waar te maken, moeten de lesgevers zelf over voldoende achtergrond beschikken. Aangezien hiervoor geen voorbereidingstijd mogelijk was, verloopt het proces van didactische vormgeving gelijktijdig met het verstrekken van het onderwijs. Dit vraagt dus heel wat extra inspanning van lesgevers en agogische begeleiding. Bovendien kan men hier van een 'trial and error' procedure spreken, waardoor de bemiddelaars zichzelf als proefkonijnen beschouwen. Een overigens mooie tegenhanger van wat zij in ogen van de projectpromotoren zijn: pioniers. Dit is wellicht de meest fundamentele paradox waarin het project gevangen zit. Aan de ene kant is het project zeer innoverend, niet alleen voor de migranten maar ook voor de gezondheidszorg in haar geheel, door het invoeren van bemiddeling tussen professionele hulpverlener en cliënt. Aan de andere kant gaat het er in essentie om dat leden van een minderheidsgroep opties, genomen door leden van een meerderheidsgroep, uitvoeren in het veld. Daarbij

dient wel opgemerkt dat deze opties vanuit een grondige kritiek op het functioneren van die meerderheid genomen werden.

Het opduiken van racisme bij hulpverleners was te verwachten. Het is zeker geen algemeen verspreid fenomeen, en aan de andere kant van het spectrum vinden we hulpverleners die met enthousiasme en inzet de intrede van interculturele bemiddelaars begeleiden. Wat we echter niet meteen hadden ingeschat is een soort van triangulatie, waarbij de hulpverlener een onderscheid maakt tussen de Marokkaanse/Turkse bemiddelaar en haar etnische groep: "Jij hebt je wel geïntegreerd, maar *de* Turken/Marokkanen zijn anders". Dit komt bijzonder denigrerend over: het wordt ervaren als een poging tot desolidarisering, waarbij iedere etnische identificatie wordt geblokkeerd. Dit fenomeen is in het bijzonder versterkt door het recente verkiezingssucces van het Vlaams Blok (op basis van een racistisch programma). Teneinde hun gevoelens van onmacht en kwaadheid te ventileren, werd door de interculturele bemiddelaars een actie op touw gezet rond een kerstboodschap aan Vlaamse vrouwenverenigingen, waarop een beoedigende respons kwam.

In de mate dat de bemiddelaars in de dienstverlening worden ingeschakeld, ervaren de hulpverleners een duidelijk positief effect in hun relatie tot het doelpubliek van migranten. De geslotenheid van families wordt doorbroken, achterliggende problemen worden duidelijker, de relatie met de cliënten is globaal meer bevredigend. Voor de bemiddelaars is dat echter niet onverdeeld positief. Wat immers jarenlang verborgen bleef, is de emotionele achtergrond van gezondheidsproblemen, die nu plots communiceerbaar wordt. De bemiddelaars worden ondergedompeld in onrechtvaardige of in emotioneel geladen situaties, waar oplossingen niet zomaar voor de hand liggen. Het kennis nemen van problemen is één zaak, ze oplossen een andere. Hoe dit zich verder in de praktijk zal ontwikkelen is nu nog onduidelijk. Het zal alleszins een belangrijk punt van opvolging moeten vormen.

Deze beschrijving van het project is allesbehalve volledig. Onlangs verscheen een brochure, die bij het Vlaams Centrum voor de Integratie van Migrant(en) (VCIM) kan worden besteld. Daar kunnen geïnteresseerden ook terecht voor meer informatie.¹

Noten

Ri De Ridder (1952) behaalde het diploma van doctor in de genees-, heel- en verloskunde. Hij is huisarts in het Wijkgezondheidscentrum De Sleep (Gent) en als lesgever verbonden aan het Centrum Huisartsopleiding Gent en het Interfacultair Centrum voor Huisartsopleiding. Daarnaast is hij coördinator voor het Project Interculturele Bemiddeling in de Gezondheidszorg (Brussel).

1. U kunt de brochure bestellen op volgend adres: VCIM, t.a.v. R. De Ridder, Rogierlaan 58, 1030 Brussel. Telefoon 02/245/69/10, fax 02/245/71/35.