

Beleidsnota

Project Cultuursensitieve zorg voor personen met een handicap en migratieachtergrond (CuSeHa), 2021-2022

1. Situering van het project

1.1. Achtergrond

Het project CuSeHa is in 2021 en 2022 een gezamenlijk project van de Dienst Ondersteuningsplan Vlaams Brabant, Brussel en het Kenniscentrum Welzijn, Wonen, Zorg. Met dit project wilden we Brusselaars op het kruispunt van een (vermoeden van) handicap en een migratieachtergrond bereiken en hun zorg toegankelijker en inclusiever maken.

Eenzijds vertrokken we vanuit de situatieanalyse over personen met een handicap¹, waar evoluties in het aanbod en de zorgnoden voor personen met een handicap in Brussel in kaart werden gebracht. Dit onderzoeksrapport heeft verschillende drempels blootgelegd die bestaan voor personen met een vermoeden van een beperking. Meer specifiek heeft deze studie, maar ook de Staten–Generaal Welzijn en Zorg, 2019² geduid hoe uitdagingen zich voordoen, specifiek in de grootstedelijke, Brusselse context. Zo is Brussel gekenmerkt door een superdiversiteit. Cijfers tonen aan dat inderdaad 71 % van de bevolking in het Brussels Hoofdstedelijk gewest een migratieachtergrond heeft, 57 % een buitenlandse geboortenationaliteit en 35 % een buitenlandse nationaliteit heeft³.

Dit weerspiegelt zich echter niet in de vraag en aanbod naar de zorg. Zo stelt de situatieanalyse dat verschillende bijkomende barrières zich voordoen voor personen met een migratieachtergrond. Vermelde drempels zijn bijvoorbeeld het bureaucratisch kluwen, meertaligheid, angst voor het verlies van autonomie, onwetendheid over het bestaan van diensten, gebrek aan financiële middelen, geen aanbod voor diagnostiek in meertalige context, etc.

Anderzijds hebben verschillende actoren in de sector personen met een handicap de nood aangehaald voor een kader om meer cultuursensitief aan de slag te kunnen gaan. Daarnaast wijzen intercultureel bemiddelaars en medewerkers integratie en inburgering naar de complexiteit om een onzichtbare handicap te detecteren en benoemen.

Volgende ontwikkelingen speelden zich af:

- Vanaf 2015: DOP-VBB en VAPH-RTH-diensten geven signalen rond problemen i.v.m. diagnostiek in Vlaams-Brabant en Brussel.
- Zomer 2019: overleg met VAPH, Kenniscentrum Welzijn, Wonen, Zorg, WVG, VGC.
- Juli 2020: samenbrengen beleidslijnen vanuit Gelijke Kansen en VAPH in het kader van het Horizontaal Integratie- en Gelijke Kansen-beleidsplan 2020-2024.
- November 2020: project ingediend door Kenniscentrum WWZ en DOP-VBB: project met 2 pijlers.
- 01.01.2021: start project CuSeHa.

¹<https://www.kenniscentrumwwz.be/sites/default/files/bijlagen/Personen%20met%20een%20handicap%20in%20Brussel%20Situatieanalyse%202020.pdf>

² https://www.kenniscentrumwwz.be/sites/default/files/bijlagen/Van_mens_tot_mens.pdf

³ https://www.kenniscentrumwwz.be/sites/default/files/bijlagen/Brussel_gezond_en_wel.pdf

1.2. Doelstelling 2021 - 2022

De doelstelling voor projectperiode 2021 – 2022 werd als volgt geformuleerd:

‘Inclusieve en toegankelijke dienstverlening voor mensen van buitenlandse herkomst met een handicap, door middel van:

- Pijler 1: leertraject rond toegankelijke zorg voor Brusselaars op het kruispunt handicap en diversiteit (Kenniscentrum Welzijn, Wonen, Zorg).
- Pijler 2: diagnostiek voor volwassen Brusselaars met een migratieachtergrond die nood hebben aan handicapspecifieke ondersteuning (DOP-VBB).’

I. Doelstelling en aanpak pijler 1

- Ervaringen uitwisselen met een intersectorale werkgroep rond het beter bereiken en ondersteunen van Brusselaars op het kruispunt van een (vermoeden van) handicap en een migratieachtergrond.
- In dit leertraject willen we aan de slag gaan met drie groepen:
 - een groep van personen met een migratieachtergrond en (vermoeden van) handicap, of familie van zo een persoon;
 - een groep VAPH-hulpverleners;
 - een groep hulpverleners die werken met nieuwkomers of personen met een migratieachtergrond zoals intercultureel bemiddelaars, leerkrachten maatschappelijke oriëntatie, trajectbegeleiders.
- Participatief en verkennend leertraject over de knelpunten en hefboomen uit ervaringen van ondersteuners.
- Samengevat omvat het leertraject drie grote fases:
 - behoeftebevraging bij ondersteuners: identificatie van ervaringen en leervragen over bereiken en ondersteunen;
 - vormingen, kennis- en ervaringsuitwisseling aan de hand van vijf leeractiviteiten waarbij theoretische denkkaders worden aangereikt en praktijkervaring wordt uitgewisseld;
 - formuleren van beleidsaanbevelingen: identificatie van signalen uit het veld, geleerde lessen uit de praktijk, aanbevelingen gericht naar organisaties en de overheid.

II. Doelstelling en aanpak pijler II

- Aanbieden van faire diagnostiek bij volwassen Brusselaars met een migratieachtergrond en een vermoeden van een autismespectrumstoornis en/of licht verstandelijke beperking.
- Toeleiden naar ondersteuning op maat (VAPH).
- Toegankelijke diagnostiek aanbieden:
 - bereikbaar= gratis, flexibel en creatief.
 - begrijpelijkheid: inschakeling van tolken/intercultureel bemiddelaars.
 - representatief: met oog voor vertekeningen.

Proces in cultuursensitieve diagnostiek:



2. Toelichting van de termen

2.1. *Handicap*

De term ‘handicap’ wordt gebruikt volgens de criteria die gehanteerd worden door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH): ‘Elk langdurig en belangrijk participatieprobleem van een persoon dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten en persoonlijke en externe factoren.’

2.2. *Migratieachtergrond*

De term ‘migratieachtergrond’ wordt gehanteerd om te verwijzen naar personen van wie het geboorteland of het geboorteland van minstens één van de ouders niet België is. Het kan hierbij gaan over personen die reeds Belg zijn, maar evenzeer over personen die pas in België zijn toegekomen.

Binnen pijler 2 is ervoor gekozen om te focussen op cliënten die in België reeds recht kunnen hebben op handicapspecifieke ondersteuning, maar die omwille van hun migratieachtergrond drempels ervaren in het gebruiken van hun rechten op gepaste zorg en ondersteuning.

Voor meer details over de voorwaarden voor handicapspecifieke ondersteuning verwijzen we naar de website van het VAPH.

3. Beleidsaanbevelingen

3.1. *Nood aan laagdrempelige en meertalige informatie & sensibilisatie die rekening houdt met ‘het onbespreekbare’*

Een belangrijke stap in de toegankelijkheid naar handicapspecifieke zorg ligt in **het herkennen en erkennen** van een vermoeden van handicap en in het zoeken naar gepaste ondersteuning. Hiervoor is er nood aan sensitiviteit over handicap binnen de samenleving. Dit betekent dat er meer kennis nodig is bij ‘signaalfuncties’ zoals eerstelijnsmedewerkers of begeleiders in schoolcontext om uitingen van een vermoeden van een onzichtbare handicap te herkennen. Denk hierbij aan een verstandelijke handicap, autismespectrumstoornis ... Eveneens is er nood aan gepaste vaardigheden om een

vermoeden van een beperking, de ondersteuningsnood en de vraag achter de vraag bespreekbaar te maken. Met 'de vraag achter de vraag' wordt verwezen naar het feit dat veel cliënten eerst een verholde of onheldere hulpvraag stellen waarbij ze zich minimaal kwetsbaar opstellen en dat het pas na het installeren van een werk- en vertrouwensrelatie mogelijk is om tot de eigenlijk hulp- en ondersteuningsvraag te komen.

Doorheen het leertraject en in de literatuur zijn volgende drempels geïdentificeerd in het (h)erkennen van een handicap voor personen op het kruispunt met buitenlandse herkomst, maar ook op andere kruispunten, zoals met taal, sociaaleconomische status, gender.

Ten eerste speelt er voor mensen uit minderheidsgroepen al sneller een **stereotype beeldvorming bij de dienst- en hulpverleners**. Blinde vlekken bestaan enerzijds op gebied van handicap (dé persoon met ASS), maar wordt anderzijds versterkt door stereotypen op andere deelidentiteiten, zoals gender, of taal, migratieachtergrond. Deze blinde vlekken kunnen ervoor zorgen dat bepaald gedrag niet meteen geassocieerd wordt met een vermoeden van een handicap, maar aan andere parameters wordt toegeschreven⁴. Zo bestaat er rond ASS, AD(H)D eerder een mannelijke beeldvorming, wat ervoor kan zorgen dat ASS en AD(H)D minder worden toegeschreven aan vrouwen. Enerzijds omdat vrouwen meer hun gedrag proberen te compenseren in hun sociale interacties. Anderzijds omdat het gedrag (bijvoorbeeld introvert zijn), minder wordt geproblematiseerd bij vrouwen, en dus eerder wordt genormaliseerd. Een ander voorbeeld is hoe bepaald gedrag wordt toegeschreven aan iemands herkomst. Zoals het niet in de ogen kijken toegeschreven kan worden aan de cultuur, kan een onstabiel eetpatroon gelinkt worden aan een verwende eetcultuur en kunnen taalmoeilijkheden gelinkt worden aan de migratieachtergrond. *Deze stereotypen* kunnen ertoe leiden dat bepaald gedrag en bepaalde kenmerken van een cliënt niet worden herkend, dat vragen minder au-serieus worden genomen of dat afwijkend gedrag telkens moeten bewezen en verantwoord worden.⁵

Ten tweede kunnen **taboe en stigma**⁶ rond handicap een factor zijn waardoor informeren en sensibiliseren over handicap moeilijk verloopt. Zo kan het een obstakel zijn om bepaald gedrag bespreekbaar te maken, bijvoorbeeld onder familie of vrienden, en is aankloppen bij een ondersteuningsdienst niet vanzelfsprekend. Eveneens is het in deze context voor 'signaalfuncties', zoals eerstelijnsverkeers medewerkers moeilijk om het gesprek bij een vermoeden van handicap aan te gaan, informatie mee te geven, of door te verwijzen als het concept 'handicap' niet uitgesproken kan worden.

Ten derde spelen ook **referentiekaders, zoals de betekenisgeving aan handicap, een rol in de informatieverstrekking**⁷. Zo bestaan er **verschillende invullingen** van handicap, bijvoorbeeld een religieuze invulling, of een animistische kijk naast het medische kader. Die betekenisgeving kan soms een aanleiding zijn tot taboe en stigma of het niet op zoek gaan naar hulp. Bij het verlenen van informatie is het van belang deze referentiekaders te (h)erkennen, en ze naast elkaar te laten bestaan wanneer een vermoeden van een handicap wordt besproken met een cliënt.

Ten laatste is het zorglandschap voor personen met een handicap bijzonder complex in Brussel. Voor velen betekent het een bureaucratische wirwar waarbij er **geen duidelijke wegwijzer** is over het aanbod en de rechten waarop beroep kan gedaan worden. Deze informatie is vaak versnipperd, niet up-to-date, niet meertalig, en wordt op een schriftelijke manier, met het gebruik van jargon

⁴ (Karima El Boujaddayni, 2020), (Sander Begeer, Autisme en etnische minderheden. Onderdiagnose en diagnostische vertekening, 2009).

⁵ (Alison e. while, 2010).

⁶ Marokkaans-Nederlandse jongeren met een beperking. Kansen op drempels van een (on)zichtbare groep).

⁷ Kleinman, A., 1988, Rethinking Psychiatry www.pharos.nl (verschillende ziektebeelden in verschillende talen op heldere manier beschreven).

meegegeven. Bij het schriftelijk communiceren over handicap is het moeilijk om rekening te houden met belangrijke kenmerken van de ontvanger / lezer, kenmerken die vaak bepalen hoe informatie verwerkt wordt. Hierbij denken we aan kenmerken als sociaaleconomische situatie, opleidingsniveau, (gezondheids-)geletterdheid, taal en het eigen referentiekader rond handicap. Daarbovenop worden personen met een migratieachtergrond in hun leven dikwijls geconfronteerd met racisme en discriminatie. Hierdoor kan het vertrouwen in de maatschappelijke instituties en de informatieverlening laag zijn. Tijd en ruimte voor een persoonlijke, vastklampende aanpak in de communicatie is aangeraden om zo vertrouwen op te bouwen.⁸

In deze context signaleren we de **nood aan het sensibiliseren rond handicap bij verschillende delen van de bevolking**. Hiervoor is er nood aan inclusieve beeldvorming die verder gaat dan de stereotypen rond handicap en die oog heeft voor blinde vlekken. Daarin kunnen radio, televisie en visuele campagnes een rol spelen voor zover ze complementair zijn aan acties en interventies die inzetten op buurtwerking en inclusie. Zo kan een buurtgerichte werking van VAPH-organisaties een positieve beeldvorming, vertrouwen en normalisering in de buurt aanwakkeren en kan het drempels doorbreken op vlak van stereotypen, taboe en stigma. Goede voorbeelden zijn intersectorale buurtwandelingen waarin de gemeenten, VAPH, welzijns- en culturele organisaties deelnemen, kooksessies met een zelforganisatie uit de buurt, inclusieve vrijetijdsbestedingen,.... Door nabijheid te stimuleren en mensen met elkaar in contact te brengen kunnen ook stereotypen en taboe of stigma verminderd worden. VAPH-organisaties stimuleren om in te zetten op projecten binnen het kader van zorgzame buurten kan een meerwaarde betekenen in het ontmoeten en verbinden van buurtbewoners. Hiervoor is er nood aan een kader binnen de VAPH-organisaties om flexibel te werken, waarbij er tijd en ruimte voorzien is om in te zetten op acties zoals een omgevingsanalyse, buddywerkingen, open ontmoetingsruimten die doelgroepen uit de buurt bereiken. Een ander voorbeeld is vindplaatsgericht werken op dagdagelijkse locaties van de doelgroep. We raden aan dat VAPH-organisaties inzetten op bezoeken of op het verspreiden van informatie via initiatieven waar de doelgroepen al komen. Denk hierbij aan crèches, scholen, huisartsen, lokale vrouwenwerkingen, moskeeën ...

We pleiten voor het investeren in brugfiguren, sociaal werkers om zo laagdrempelig mogelijk informatie mee te geven op een vertrouwde manier. Investeren in werkingen met brugfiguren zoals Community Health Workers wordt aangeraden. Er zijn ook mogelijkheden om te werken via zelforganisaties binnen de gemeenschappen. Verder moet er geïnvesteerd worden in werkingen die informatie op een visuele, persoonlijke en meertalige manier brengen. Handicapspecifieke organisaties zoals DOP, BrAP en Magenta hebben een enorme expertise in laagdrempelige methodieken om kennis te delen en thema's rond leven met (een persoon met) een handicap bespreekbaar te maken. Ze spelen een cruciale rol om de beschikbare kennis en inzichten bij de doelgroep en andere sectoren te verspreiden.

De inclusiegedachten - zoals opgenomen in het VN-verdrag van de rechten van personen met een handicap - actief uitdragen via outreach in verschillende sectoren is essentieel om tot een laagdrempelige informatieverlening te komen. Kennis bij 'signaalfuncties' over het herkennen van onzichtbare handicap is nodig om stereotypering, stigma en discriminatie van personen met een mentale beperking, met ASS, met een NAH ... te vermijden. Eveneens is er specifieke kennis en tijd nodig bij 'signaalfuncties' om de vraag achter de vraag en ondersteuningsnood te herkennen. Daarnaast moet er ingezet worden op sensitieve vaardigheden om het vermoeden van een beperking bespreekbaar te maken in een context van diversiteit aan betekenisgeving, taboe en meertaligheid. Hierbij zou het inzetten op hybride vormen, waarbij digitale en fysieke bijeenkomsten elkaar

⁸ <https://www.solentra.be/wp-content/uploads/2019/03/Psychosociale-eerste-hulp-1.pdf>

afwisselen, over het 'herkennen' van een handicap een meerwaarde betekenen. In zo een cursus wordt rekening gehouden met inclusieve beeldvorming en divers-sensitieve communicatie en concrete uitwisseling van ervaringen in de praktijk.

Om deze inclusiegedachten tot stand te brengen is er nood aan investeringen in intersectorale samenwerking. Er is nood aan tijd, financiering en handvaten bij actoren binnen het onderwijs, geïntegreerd breed onthaal, eerstelijnszones. Op die manier kunnen zij inzetten op de doelgroep personen met een handicap. Het structureel reserveren van een plaats voor organisaties vanuit de VAPH-sector binnen netwerken als het Geïntegreerd Breed Onthaal en Eerstelijnszones is een eerste stap naar het leggen van verbindingen voor personen op meerdere kruispunten met handicap.

Samenvattend formuleren we volgende aanbevelingen ten aanzien van de **overheid**:

- Investeer in zorgzame buurten, waarbij een plek is voorzien voor diensten uit de sector voor personen met een handicap om zo buurtgerichte methodieken en acties te implementeren in hun werking.
- Voorzie voor diensten uit de sector voor personen met een handicap structureel een plaats in de netwerken van het Geïntegreerd Breed Onthaal en de Eerstelijnszones.
- Geef de doelgroep personen met een handicap een structurele plek in zorg, welzijn en onderwijs, waardoor er tijd, middelen en expertise is om met deze doelgroep aan de slag te gaan.
- Investeer in middelen en methodieken voor outreach van diensten uit de sector voor personen met een handicap, om zo de inclusiegedachte uit te dragen naar andere sectoren. Vormingen over het herkennen van een handicap en kennis over handicapspecifieke ondersteuning is essentieel.
- Voorzie in een laagdrempelig, meertalig overzicht van de rechten en diensten waar je als burger beroep op kan doen voor ondersteuning. Hier is een belangrijke rol weggelegd voor de lokale besturen.

Aan **diensten voor personen met een handicap** adviseren we om

- in te zetten op acties en organisaties die laagdrempelig sensibiliseren en informeren rond handicap;
- in te zetten op actie waarbij buurtbewoners, cliënten, hun netwerk én zorgverleners met elkaar in contact komen vanuit een buurtgerichte, vindplaatsgerichte aanpak. (Zie voorbeelden en methodieken bij BrAP, MAGENTA, Community Health Workers, SAAMO of begeleide activiteiten voor zelforganisaties en samenwerking met ontmoetingsplekken binnen doelgroepen);
- via outreach te investeren in vormingen, ondersteuning rond kennisopbouw over het herkennen van personen met een onzichtbare handicap bij andere sectoren. Hierbij moet er aandacht zijn voor kennis over de diversiteit aan uitingen van een handicap en blinde vlekken hierin, over het aangaan van een gesprek hierover in een context van meertaligheid, diversiteit aan betekenisgevingen en referentiekaders.

Aan **eerstelijnsorganisaties** adviseren we om ook aandacht te besteden aan de mogelijke aanwezigheid van een handicap bij cliënten en hiermee op een diverssensitieve manier in gesprek te gaan.

3.2. Meertaligheid

Diversiteit brengt meertaligheid met zich mee. Binnen een diverse context gebeurt het vaak dat zorgverlener en cliënt niet dezelfde moedertaal spreken. Ook wanneer zij een andere taal gemeenschappelijk hebben, kunnen er moeilijkheden ontstaan. Aan een taal hangt immers ook een cultuur vast. Naast de woordelijke overdracht omvat die ook lichaamstaal, non-verbaal gedrag en communicatiestijl. Mensen verschillen hierin, deels vanuit hun achtergrond. Bovendien drukken mensen hun emoties vaak gemakkelijker en rijker uit in hun moedertaal. De moedertaal is een bron van veiligheid en vertrouwen. Ook wanneer de zorgverlener en cliënt een gemeenschappelijke taal spreken, kan taalondersteuning nodig zijn om de vertrouwensband tussen hen te helpen sterken of om thema's diepgaander door te spreken. Diensten zijn vanwege de kostprijs van taalondersteuning echter vaak niet in de mogelijkheid om van taalondersteuning gebruik te maken. **Omdat die taalondersteuning zo belangrijk is pleiten we voor middelen voor diensten die specifiek hiervoor ingezet kunnen worden.** Hiervoor verwijzen we graag naar de mogelijkheden die de federale overheid aanbiedt aan organisaties van de gezondheidszorg. Voor ziekenhuizen worden middelen voorzien voor het in dienst nemen van een intercultureel bemiddelaar enerzijds. Anderzijds krijgen zowel ziekenhuizen als huisartsen de mogelijkheid om gratis gebruik te maken van interculturele bemiddeling op afstand (zie interculti-be-app).

Zelfs wanneer diensten de financiële middelen hebben om voor taalondersteuning te opteren, is het aanbod ervan, zowel van sociaal tolken als van intercultureel bemiddelaars, ontoereikend om voor elke taal gemakkelijk een taalondersteuner te vinden. Bovendien laten de reservatieplatformen van het Agentschap Integratie & Inburgering en het Sociaal Vertaalbureau Brussel Onthaal het niet toe om op eenzelfde online reservatieformulier een tolk ter plaatse aan te vragen en een videotolk als tweede keuze. Dit vraagt bijkomende telefoongesprekken of opvolgmiltjes en verhoogt de tijdsinvestering bij meertalige cliënten. De laattijdige bevestiging van Sociaal Vertaalbureau Brussel Onthaal maakt het tevens moeilijk om afspraken te kunnen garanderen aan de cliënt en andere partijen.

Voor alle duidelijkheid geven we graag het verschil in werking mee tussen intercultureel bemiddelaars en sociaal tolken.

Sociaal tolken zijn taalondersteuners specifiek voor de sociale sector (en worden Vlaams gefinancierd). Zij hebben daardoor ervaring met het tolken van emotionele boodschappen en weten dat niet alles letterlijk kan worden vertaald. Intercultureel bemiddelaars (met federale middelen) gaan nog een stapje verder en geven ook inhoudelijke duiding bij wat de cliënt of de hulpverlener vertelt. Ze verbinden de hulpverlener en de cliënt met elkaar en brengen een gevoel van veiligheid in de zorgrelatie. Bovendien leren ze hulpverleners waarop ze moeten letten in hun taalgebruik en hoe ze zich op termijn ook zonder taalondersteuner kunnen behelpen. Sociaal tolken daarentegen behouden een veeleer neutrale afstand tot het gesprek.

De vraag leeft of het niet zinvol is om de opdracht van een sociaal tolk wat te verruimen wanneer gewerkt wordt met kwetsbare cliënten. De eerder letterlijke vertaling en neutrale houding waar zij nu aan vasthouden zou verrijkt kunnen worden met een brugfunctie, waarbij de tolk onduidelijkheden bij de gesprekspartners kan signaleren en hen ook kan aanleren hoe dit te vermijden naar de toekomst toe.

Bij het werken met sociaal tolken als taalondersteuners merken we meer moeilijkheden met het opbouwen van vertrouwen met de cliënt of het gezin. Dit heeft enerzijds te maken met de meer formele houding die aangenomen wordt, maar anderzijds ook met het feit dat er steeds andere tolken aangewezen worden voor de taalondersteuning bij dezelfde cliënt. Hiermee vervalt telkens de vertrouwensband, essentieel voor die brugfunctie.

Wanneer er een kort en eenvoudig administratief gesprek gevoerd moet worden, kan dit gemakkelijk verlopen via een sociaal tolk. Bij het bieden van taalondersteuning tijdens diepgaande gesprekken met personen met een vermoeden van een handicap met impact op het cognitieve functioneren (denk aan verstandelijke handicap, autismespectrumstoornis, hersenletsels ...), is het als hulpverlener vaak moeilijk om in te schatten of de cliënt alles begrijpt of wat de impact van de context is op de manier waarop de cliënt in communicatie treedt. Het is te adviseren dat de sociaal tolk, net als een intercultureel bemiddelaar, vanuit de gedeelde taal en/of achtergrond, die een bepaalde vertrouwensband kan installeren, sensitief kan zijn voor ongemakken of andere belemmerende emoties bij de cliënt. De moedertaal van de cliënt - in inhoud, maar ook in vorm - moet gezien worden als een belangrijke infobron, zeker bij de inschatting van cognitieve mogelijkheden. Voor de werkwijze verwijzen we graag naar de werking van de intercultureel bemiddelaars.

Het aantal beschikbare taalondersteuners en talen ligt veel hoger bij de sociaal tolken dan bij de intercultureel bemiddelaars. Hierdoor wordt geregeld beroep gedaan op sociaal tolken ondanks hoger vermelde bemerkingen en de veel hogere kostprijs.

Ten aanzien van de **overheid** adviseren we

- een verlaging van de kostprijs die aan vzw's doorgerekend wordt voor het inschakelen van taalondersteuners;
- het investeren in de uitbreiding van het aanbod van taalondersteuners, zowel naar hun aantal als naar diversiteit in talen. Zoals opgemerkt binnen het project en zoals reeds jarenlang aangegeven door organisaties binnen de sector voor personen met een handicap is er een tekort aan beschikbare taalondersteuners én in de diversiteit aan talen. Commerciële Nederlandse spelers proberen momenteel het hiaat te dichten;
- een verruiming van de opdracht van de sociaal tolken, meer richting de werkwijze van de intercultureel bemiddelaars, m.n. het bieden van context en het metacommuniceren over de wijze waarop de communicatie met de cliënt verloopt;
- een grondige evaluatie van en het klantvriendelijk en efficiënt maken van de bestaande systemen om tolken aan te vragen.

Voor organisaties die zich willen openstellen voor diverse cliënten en medewerkers zien we heil in een intern taalbeleid, waarbij aandacht wordt gegeven aan zowel de schriftelijke als mondelinge communicatie naar cliënten toe. Cliënten aansporen om Nederlands te leren spreken mag niet ten koste gaan van het wederzijds begrip of de veiligheid van de cliënt. De moedertaal van de cliënt of een gemeenschappelijke taal tussen zorgverlener en cliënt kan mee bouwen aan de voorwaardelijke context om Nederlands te leren.

Het taalbeleid binnen organisaties dient geëxpliciteerd te worden naar werknemers en in samenspraak met hen te worden op- en bijgesteld. Dit taalbeleid dient in functie van de cliënt te staan, maar moet ook waken over de rol van de zorgverlener en dat die niet zomaar overvloedt in de rol van tolk. Cruciaal hierbij is dat organisaties interne richtlijnen opstellen over op welke momenten taalondersteuning gebruikt kan worden en op welke momenten de zorgverlener zich op andere middelen kan beroepen, zoals bijvoorbeeld een gemeenschappelijke taal, vertaalapps of pictogrammen. Aangezien organisaties gewoonlijk een overeenkomst moeten afsluiten met tolkdiensten, is het gebruik van taalondersteuning een keuze op het niveau van de organisatie.

Werken met taalondersteuning vraagt bijkomende vaardigheden van de zorgverlener. Organisaties dienen hun werknemers hierin te ondersteunen. Interne uitwisselingsmomenten tussen collega's of het aanbieden van vormingsmomenten zijn een hulp bij het aanscherpen van de nodige vaardigheden. Bij onderwijsinstellingen zien we de taak om toekomstige zorgverleners voor te bereiden op onze

diverse maatschappij en hen vertrouwd te maken met taalondersteuning. Onderwijsinstellingen spelen een belangrijke rol in het verzekeren van een diverssensitieve toekomst.

We adviseren **organisaties** om

- een intern taalbeleid op te stellen;
- medewerkers te vormen in het communiceren met tussenkomst van taalondersteuners.

Wij adviseren **onderwijsinstellingen** die zich richten op zorg- en dienstverleners om

- diverssensitieve vaardigheden expliciet op te nemen in hun curriculum;
- studenten oefenkansen te bieden in het communiceren met tussenkomst van taalondersteuners.

3.3. *Nood aan cultuur-/ diverssensitieve diagnostiek (pijler 2)*

We weten dat een correcte diagnostiek van een beperking belangrijk is om gepaste, intensieve en handicapspecifieke zorg en ondersteuning te kunnen ontvangen. Algemeen geldt een tekort aan capaciteit om de vraag naar diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in te vullen⁹. Ook een brede toegankelijkheid van de diensten (naar kostprijs, wachttijd, begrijpelijkheid,...) ontbreekt, zodat groepen met kwetsbare posities in de maatschappij geen gebruik kunnen maken van het aanbod¹⁰. Bijkomend richten de bestaande centra zich vaak uitsluitend naar Nederlandstalige of uitsluitend Franstalige cliënten, en werken niet met taalondersteuners (sociaal tolken of intercultureel bemiddelaars). Veel cliënten met een migratieachtergrond spreken wel wat Nederlands of Frans. Maar vaak is dit enkel voldoende om zich te behelpen in het dagelijkse leven. Voor een goed diagnostisch proces is het cruciaal om diepgaande gesprekken te kunnen voeren en ook emotioneel geladen thema's te kunnen bespreken. In veel gevallen zal enkel de moedertaal een ingangspoort zijn tot die emoties. Observaties hierbij zijn ook maar zinvol wanneer cliënten spontaan verbaal gedrag kunnen stellen, zoals in de moedertaal. Doorheen het project, maar ook via jarenlange signalen vanuit de sector voor personen met een handicap is duidelijk dat er voor het werken met deze doelgroep extra financiële investering in taalondersteuning noodzakelijk is. Het is geen optie om dit aanbod door te rekenen aan de cliënt. Meer nog, we pleiten voor een volledig gratis diagnostisch aanbod voor de doelgroep. Dankzij subsidiëring van de diagnostiek en de taalondersteuning is er een lage kostprijs voor de cliënt en kunnen groepen in alle lagen van de maatschappij bereikt worden. We zien in de federale aanpak met de intercultbe-app¹¹ een mooi voorbeeld van hoe het kan. Via deze applicatie kunnen ziekenhuisdiensten gratis beroep doen op intercultureel bemiddelaars via een videogesprek.

Divers-sensitieve diagnostiek vraagt algemene bijkomende investeringen. De eerste projectperiode heeft ons geleerd dat er meer nodig is dan wat reguliere centra vaak doen om een convergent en duidelijk beeld te krijgen van de mogelijkheden van cliënten met een migratieachtergrond. Veelal betekent dit dat er meer methodieken (zoals meerdere testmaterialen en observatie) gebruikt moeten worden (wat meer tijd kost) en meer gesprekken nodig zijn. Bijkomend vraagt de tussenstap van taalondersteuning in een gesprek en de reservatie plus verificatie ervan via vaak onhandige systemen veel extra tijd (voor meer uitleg verwijzen we graag naar het luik rond meertaligheid). Tot slot is er tijd nodig om vertrouwen op te bouwen, aangezien er bij de doelgroep vaak een wantrouwen heerst naar de hulpverlening toe, vanuit eerder opgedane ervaringen. Extra tijd geeft diensten de ruimte om zich

⁹ [2020_09 Rapport 39 EF42 Toegankelijkheid diagnostiek ontwikkelingsstoornissen.pdf \(nimbu.io\)](#)

¹⁰ <https://www.kenniscentrumwwz.be/sites/default/files/bijlagen/Personen%20met%20een%20handicap%20in%20Brussel%20Situatieanalyse%202020.pdf>

¹¹ [Interculturele bemiddeling op afstand \(via videoconferentie\) | FOD Volksgezondheid \(belgium.be\)](#)

flexibel op te stellen naargelang de noden van de cliënt, onder meer het laten doorgaan van afspraken op locatie en na de werkuren. Of het geeft de mogelijkheid om creatief aan de slag te gaan met het materiaal voorhanden. In de reguliere diagnostische dienstverlening hangt de tijd per cliënt samen met de quota die in het licht van de subsidiëring aan diensten worden opgelegd. **We pleiten daarom voor een verlaging van de reguliere quota.** Bijkomend wijzen we ook graag op de tijdsinvestering die de registratie van contactmomenten ter opvolging van quota met zich meebrengen. In de sector voor personen met een handicap leeft de vraag om ook op vlak van quota meer regelruimte te krijgen en sociaal ondernemerschap aan de dag te kunnen leggen. Wanneer geen strikte quota gelden kunnen organisaties hun tijdsbesteding vrijer bepalen en zo rekening houden met de noden van de doelgroep.

Op heden bestaat een tekort aan capaciteit om de vraag naar diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in te vullen. Diensten die reeds kampen met wachtlijsten, maken zelden de keuze om extra inspanningen te leveren voor personen met een migratieachtergrond en de bijhorende complexere onderzoeksprocessen. Hierdoor krijgt deze doelgroep door hun afkomst niet dezelfde rechten als andere Brusselse / Vlaamse / Belgische burgers. Om diensten de ruimte te geven om zich in te spannen voor een diverssensitieve diagnostiek, is een uitbreiding van het aanbod cruciaal. Ook het onderzoeksrapport van de Dia-Land-studie deel II legde deze nood bloot¹². Dit aanbod dient laagdrempelig, betaalbaar en gespecialiseerd te zijn. In het licht hiervan pleiten we voor een structurele verankering van de werking van het diagnostisch team van het CuSeHa-project in Brussel. Naast een bereikbaar, betaalbaar en geschikt aanbod voor een doelgroep met een kwetsbare positie in de maatschappij, biedt het CuSeHa-project ook een plek voor expertise-ontwikkeling die kan worden uitgerold naar andere diensten.

Indien de **overheid** gelijke kansen wil bieden aan cliënten met diverse achtergrond, adviseren we

- het investeren in diensten voor (psycho)diagnostiek die een gratis aanbod hebben en toegankelijk zijn naar o.m. taal;
- een structurele verankering van de werking van het diagnostisch team van het CuSeHa-project in Brussel;
- het loslaten (of verlagen) van de quota die opgelegd worden aan de diagnostische diensten, zowel in Brussel als in het steeds diverser wordende Vlaanderen.

De diagnostische trajecten bij cliënten met een migratieachtergrond zijn vaak complexer vanwege differentiaal-diagnostische overwegingen. Ze zijn ook vaak meer emotioneel belastend vanwege de voorgeschiedenis van de cliënt. Dit vraagt om een sterke multidisciplinaire samenwerking die voldoende ondersteuning kan bieden aan zijn leden, een brede expertise heeft (bijvoorbeeld ook over niet-aangeboren hersenletsels (NAH) en psychiatrie) en waarin de werklast kan worden gedeeld. Een integratie van bestaande expertise in diverssensitieve diagnostiek over diensten heen draagt hieraan bij. Op heden is die expertise versnipperd aanwezig in de sector en ontbreekt een samenwerking, afstemming en gemeenschappelijk communicatiekader tussen diagnostische diensten¹³. Om aan alle burgers gelijke kansen te bieden, is het nodig dat **diensten een bewuste keuze maken om een diverssensitieve diagnostische functie aan te bieden.** Deze praktijk is immers nog niet de norm. **Hier toe dienen ze evenwel de ruimte, het kader en de middelen te krijgen vanuit de overheid.** Om te komen tot een inclusieve hulpverlening, moet ingezet worden op de verschillende schakels, van verwijzende

¹² Taelman, A., Van Dijck, A., Lebeer, J. & Goffart, K. (2021) Onderzoeksrapport Dia-Land studie deel II. Behoeftes aan en impact van een diagnose van ontwikkelingsstoornis en/of niet-aangeboren hersenaandoening (NAH) op volwassen leeftijd.

¹³ [2020_09 Rapport 39 EF42 Toegankelijkheid diagnostiek ontwikkelingsstoornissen.pdf \(nimbu.io\)](#)

diensten naar de diagnostiek, tot de diensten waarnaar wordt verwezen bij afloop. Er mankeert een horizontaal beleid waardoor cliënten op het kruispunt (zoals handicap en migratie of handicap en psychiatrie) worden uitgesloten. We pleiten voor een intense sectorale en intersectorale samenwerking.

Organisaties die al werkzaam zijn als psychodiagnostisch centrum adviseren we om

- sterk in te zetten op een multidisciplinaire werking;
- te investeren in samenwerkingen waarbij diverse expertise en kennis beschikbaar gemaakt wordt;
- bewust te kiezen om de dienstverlening ook open te stellen voor personen met een andere cultuur- en taalachtergrond en hiertoe zo veel mogelijk drempels weg te werken.

3.4. *Nood aan continuïteit in psychosociale ondersteuning na diagnose*

Naar aanleiding van het onderzoek “Communi-Act: praten over ASS in een superdiverse hulpverleningscontext”¹⁴, werd het gebrek aan ondersteuning na de diagnose besproken. Ook het rapport over de toegankelijkheid van multidisciplinaire diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen in Vlaanderen¹⁵ wijst hierop. Het is tijdens het wachten op ondersteuning na diagnostiek dat cliënten en hun netwerk met veel vragen geconfronteerd worden en er weinig tot geen emotionele ondersteuning is die hierop een antwoord biedt.

Ten eerste betekent een diagnose het aangaan van een proces naar een nieuw leven en een nieuwe toekomst. Bepaalde vragen worden beantwoord, zoals het begrijpen van bepaald gedrag of bepaalde gevoelens. Dit proces wordt mede vormgegeven door iemands unieke verhaal, waarbij opvoeding, opleiding, leeftijd, gender, religie, taal een rol spelen. Deze dimensies van iemands identiteit bepalen mee welke betekenis er wordt gegeven aan het concept handicap (vb. vanuit het religieus, sociaal, medisch of cultureel model op handicap) en welke verwachtingen rond zorg en ondersteuning er zijn (vb. de keuze om geen medicatie te nemen). Ze spelen een onzichtbare rol in de communicatie tussen zorgverleners en hun cliënt, maar zijn moeilijk te verkennen en bespreekbaar te maken, en kunnen hierdoor zorgen voor een spanning in de communicatie. Het erkennen van deze verschillende invullingen rond handicap is cruciaal om iemands aanvaardings- of verwerkingsproces rond handicap te begrijpen en te ondersteunen. Op dit moment is er een gebrek aan uitleg, begeleiding en handvaten om de betekenisgeving rond handicap te bespreken bij de cliënt en zijn of haar netwerk. Hierbij moet er aandacht zijn voor taboe en stigma rond handicap, verschillende visies die leven rond handicap en de betekenisgeving die iemand hieraan geeft, het begrijpen vanwaar dit komt en het kunnen bespreekbaar maken. Informatie, communicatie, psychosociale ondersteuning kunnen ertoe bijdragen dat ouders hun kijk op handicap verruimen.

Ten tweede betekent deze periode voor de cliënt en zijn netwerk een heuse zoektocht naar bijvoorbeeld een passende school en studierichting voor jongeren of werkomgeving voor volwassenen, gepaste begeleiding, medicatie, opvoedingstechnieken of zelfzorgmethodieken, het uitleggen van je verhaal aan je familie, vrienden, ... Er is een overvloed aan mogelijkheden, informatie, aspecten waarmee je rekening moet houden bij het nemen van beslissingen. Er is een gebrek aan informatiemateriaal en uitleg die verder gaat dan een medische en theoretische toelichting over de beperkingen en de mogelijke ondersteuning. Uit literatuur en de werksessies werd duidelijk dat er nood is aan voorbereiding van cliënten of ouders om belangrijke beslissingen te nemen.

¹⁴ (Karima El Boujaddayni, 2020)

¹⁵ [2020_09 Rapport 39 EF42 Toegankelijkheid diagnostiek ontwikkelingsstoornissen.pdf \(nimbu.io\)](#)

Goede voorbeelden aangehaald in de literatuur en in het leertraject zijn: extra tijd voorzien om cliënten en hun netwerk voor te bereiden op belangrijke beslissingen, zoals bijvoorbeeld schoolkeuze, het al dan niet nemen van medicatie. Dit kan door genoeg informatie te voorzien om te reflecteren over de consequentie van de beslissing, door actief vragen en onduidelijkheden bij de cliënt op te zoeken, door begeleiding te voorzien bij dergelijke gesprekken (taal en persoonlijke begeleiding). Eveneens is het belangrijk om rekening te houden met vraagverlegenheid die kan spelen; daarbij zijn methodieken zoals doorvraagtechnieken, methodieken rond communicatie en beslissingsvaardigheden bij cliënten en hun netwerk belangrijke tools. Er moet ingezet worden op informatiemateriaal dat verder gaat dan een medische en theoretische toelichting. Het informatiemateriaal moet een vertaalslag maken naar de concrete en persoonlijke leefwereld en de wijze waarop de cliënt of ouders hun naasten en familie kunnen meenemen in het verhaal. Er moet ingezet worden op begeleiding om met al deze informatie om te gaan. Er moet ook ingezet worden op het opbouwen van veerkracht om vragen te durven stellen, om zo tot een gelijkwaardige cliënt-hulpverlenersrelatie te komen.

Ten derde geven zorgverleners aan dat taboe, thema's in taboesfeer, stigma, hoeveelheid kennis rond handicap, of andere invullingen rond handicap en zorg een belangrijke rol spelen in de manier waarop er gezocht wordt naar zorg en ondersteuning en in de manier waarop over een zorg- en ondersteuningstraject wordt beslist. Soms leven er andere opvattingen, maar worden deze niet (h)erkend, waardoor een cliënt of zijn/haar netwerk zich niet veilig voelt in het zorgtraject of niet akkoord gaat met voorgestelde stappen. Op dit moment is er nood aan de gepaste vaardigheden van zorgverleners om een balans te vinden tussen de verschillende verwachtingen, visies, waarden en normen over zorg. Intervisies rond diverssensitieve vaardigheden en over een handelingskader voor afwegingen bij ethische dilemma's¹⁶ kunnen helpen om dit bespreekbaar te maken, en deze naast elkaar te laten bestaan en te zien als kracht in de betekenisgeving van de handicap.

Een valkuil waar doorheen de ondersteuning aandachtig mee moet worden omgegaan is hoe bepaalde oorzaken in het niet aangaan van een zorgtraject of -voorstel, toegeschreven worden aan een persoon zijn achtergrond (overculturaliseren). Hierbij wordt de oorzaak gelegd in de cultuur, religie, en niet gezocht in andere factoren zoals opvoeding, leeftijd, gender, vertrouwen. Net door iemand te benaderen vanuit (perceptie) van cultuur kan er vooringenomenheid bestaan rond visies over zorg. Zo wordt mantelzorg vaak onbewust verwacht bij moslim-clieënten.

Samenvattend formuleren we volgende aanbevelingen ten aanzien van de **overheid**.

- Het inzetten op het aanvaardings- en verwerkingsproces van handicap via het uitbreiden van Rechtstreeks Toegankelijke Hulp na de diagnose. Dit houdt het aanbieden van psychosociale ondersteuning in, waarbij met de cliënt en het netwerk de betekenis en impact van de handicap in het dagelijkse leven besproken wordt met de focus op het vinden van werkbare oplossingen.
- Ten tweede adviseren we om in te zetten op intervisies rond diverssensitieve vaardigheden bij zorgverleners. Vormingen en intervisies moeten gericht zijn op het aanleren van vaardigheden om iemands onderliggende betekenisgeving aan handicap te begrijpen en bespreekbaar te maken. Hierbij is er nood aan het kunnen bespreken van thema's in de taboesfeer, bespreekbaar maken

¹⁶ Kim Lecoyer & Samira Oizaz, Verbindend werken met gezinnen in een migratiecontext; In Dirk Geldof, Kaat Van Acker, Gianni Loosveldt & Kathleen Emmerly (red.) (2022) Gezinnen na migratie. Hulpverlening en gezinsbeleid in een superdiverse samenleving. 171-199.

van referentiekaders en ziektebelevissen en interviews over een handelingskader voor afwegingen bij ethische dilemma's¹⁷.

Samenvattend formuleren we volgende aanbevelingen ten aanzien van de **diensten voor personen met een handicap**.

- We adviseren diensten voor personen met een handicap om in te zetten op de veerkracht en kennis van de cliënt en zijn netwerk om tot gelijkwaardige partnerschap te komen in keuzes rond zorg en ondersteuning.

3.5. *Nood aan structureel inclusiebeleid binnen organisaties voor personen met een handicap*

Doorheen het leertraject kwamen de nood aan een vormingsaanbod rond diverssensitief handelen boven. De vraag naar vormingen leeft voor onderwerpen zoals 'diverssensitief communiceren' of 'kruispuntdenken' om zo bepaalde gesprekstechnieken eigen te maken, die toegepast kunnen worden in de praktijk¹⁸. Meer specifiek is het aan te raden aan zorgverleners om vaardigheden te ontwikkelen die valkuilen zoals *othering*, overculturaliseren, handelingsverlegenheid helpen overbruggen¹⁹. Daarnaast is het van belang om de vaardigheden te hebben om in een gesprek onderliggende en mogelijk gevoelige onderwerpen bespreekbaar te maken. Zo is het (h)erkennen van de betekenisgeving aan handicap essentieel om tot een gedragen zorgtraject te komen. Evenzeer is er nood aan vormingen zoals psychosociale ondersteuning in de context van trauma, handicapsensitiviteit en 'hoe herken ik een handicap'²⁰.

Uit de organisatie van het leertraject hebben we geleerde lessen rond de organisatie van vormingen geïdentificeerd. Ten eerste zijn vormingen tijdsintensief en is het in de huidige context van personeelskrapte soms moeilijk om hier tijd voor vrij te maken.

Ten tweede is de theoretische invalshoek soms 'te ver van mijn bed'. Vormingen brengen een meerwaarde met zich mee indien deze praktijkgericht zijn, met een focus op de concrete vragen en onzekerheden uit de praktijk van de zorgverleners. Het structureel organiseren van interviews biedt de mogelijkheid tot uitwisselen van ervaringen en diepgaande analyses over de praktijksituatie. Dit werkt bemoedigend en versterkend, zeker voor nieuwe werknemers die anders afgeschrikt of overweldigd kunnen worden door de superdiversiteit en multiproblematiek in Brussel. Ook medewerkers die niet in grootsteden wonen of werken, kunnen een meerwaarde vinden in deze handvaten.

Ten derde werd duidelijk dat het landschap rond diverssensitieve kennis enorm versnipperd georganiseerd is doorheen verschillende sectoren. Verschillende welzijns- en zorgorganisaties, universiteiten, hogescholen en kenniscentra hebben hun expertise opgebouwd, maar overleg en

¹⁷ Kim Lecoyer & Samira Oizaz, Verbindend werken met gezinnen in een migratiecontext; in Dirk Geldof, Kaat Van Acker, Gianni Loosveldt & Kathleen Emmery (red.) (2022) Gezinnen na migratie. Hulpverlening en gezinsbeleid in een superdiverse samenleving. 171-199.

¹⁸ (Karima El Boujaddayni, 2020)

¹⁹ Cahier 22: Ondersteuning voor personen met een handicap in een superdiverse context, Kenniscentrum Welzijn, Wonen, Zorg (2022).

²⁰ <https://www.solentra.be/nl/themaspecifieke-opleidingen/>

uitwisseling ontbreekt. Er is voornamelijk nood aan begeleiding in implementatie en toepassen van deze kennis in de praktijk, zodat de geleerde lessen structureel verankerd kunnen worden.

Ten vierde is er nood aan een **structurele omkadering van deze vormen in welzijns- en zorgorganisaties, om zo de randvoorwaarden voor diverssensitieve zorg te garanderen op volgende vier dimensies: personeelsbestand, missie & visie van een organisatie, cliëntenbestand en aanbod.** Diensten voor personen met een handicap kunnen aangemoedigd worden om hieraan te werken via lerende netwerken met coaching van leidinggevenden en eventuele accreditatie voor het ontwikkelen van een inclusief organisatiebeleid. We verwijzen hiervoor graag naar de inspanningen van oa. VIVO, Verso en Agentschap Integratie en Inburgering.

Diensten voor personen met een handicap hebben al te vaak een te wit personeelsbestand dat weinig overeenkomt met de huidige diverse Brusselse demografische realiteit. Er is nood aan ondersteuning in de zoektocht naar een divers personeelsbestand waarbij personen met een migratieachtergrond worden aangeworven, gelijke kansen en doorgroeimogelijkheden krijgen. Er is nood aan diversiteit op alle niveaus van de organisaties en aan een veilige omgeving en cultuur waar diversiteit als meerwaarde wordt beschouwd in de ondersteuning en in het bredere teamverband. In de context van de Brusselse en stijgende Vlaamse superdiversiteit én in de context van personeelstekort is het uitbouwen van een inclusief personeelsbestand essentieel.

Er is een nood aan het omzetten van een inclusieve organisatievisie en -missie in de praktijk en aan het actief uitdragen hiervan. Meer specifiek betreft dit het verankeren van de verworven diverssensitieve attitudes, kennis en ervaring in een organisatie, zodat deze niet verloren gaan bij mogelijke personeelsswissels. Daarnaast houdt dit in dat een organisatie een beleid ontwikkelt en uitdraagt over bijvoorbeeld het omgaan met racisme op de werkvloer of het omgaan met discriminerend gedrag. Een eerste stap hierbij is om het bestaande personeelsbeleid te analyseren (zie inclusiescan Verso²¹) en nadien bij te stellen, gekoppeld aan concrete handvatten voor medewerkers (zie non-discriminatiecode VIVO²²).

In de steeds diversere samenleving zijn organisaties zoekend om hun aanbod meer toegankelijk te maken voor groepen die ze nu niet bereiken. Ondanks deze bereidheid, ervaren organisaties nog veel vraagtekens rond deze groep cliënten. Er is bijvoorbeeld aandacht nodig voor het onderzoeken van het profiel van het cliënteel: wat is het aandeel van mensen met een migratieachtergrond in het cliëntenbestand? Welke verwachtingen leven er bij deze groepen?

Er is nood aan handvaten rond vindplaatsgericht en buurtgericht werken, om zo de organisatie meer bereikbaar te maken. Er leven vraagstukken rond het op een gelijkwaardige en duurzame manier bereiken van lokale actoren en buurtorganisaties.

Daarnaast willen organisaties eveneens hun aanbod meer afstemmen op diverse groepen. Voor personen op het kruispunt van migratieachtergrond en handicap is hierbij een taalbeleid essentieel waarbij duidelijke afspraken zijn rond het aangaan van meertalige gesprekken. Zo moet er rekening gehouden worden met de verwachtingen ten aanzien van collega's die mee in vertalingen kunnen voorzien. Denk hierbij o.m. aan het helder houden van de rol en opdracht van de collega (ben ik 'tolk' of 'maatschappelijk werker' of kan dit gecombineerd worden). Maar bekijk ook of de werkwijze de cliënt afhankelijk maakt van de betrokken hulpverlener. Binnen de organisatie zijn er best afspraken over wanneer en hoe er met taalondersteuners gewerkt kan worden.

²¹ Algemene peiling | Verso (inclusiescan.be)

²² Non-discriminatiecode opmaken | vivo socialprofit

Samenvattend formuleren we volgende aanbevelingen ten aanzien van de **Vlaamse overheid**:

- Het investeren in begeleiding van organisaties in de implementatie van een inclusief organisatiebeleid is noodzakelijk. Het organiseren van coaching en lerende netwerken met leidinggevendenden, bestuursleden, HR-personeel en ondersteunend personeel is aangeraden om diverssensitiviteit in het DNA van diensten voor personen met een handicap te krijgen. De overheid dient organisaties aan te moedigen om te investeren in een inclusief organisatiebeleid via het aanbieden van accreditatie voor het ontwikkelen van een inclusief organisatiebeleid.
- Het verplicht maken van vormingen zoals kruispuntdenken en diverssensitieve communicatie in zorg en welzijnsopleidingen aan hogescholen en universiteiten zodat nieuwe werknemers zich een diverssensitieve attitude eigen kunnen maken.
- Belangrijk is een taalbeleid binnen Vlaamse zorg- en welzijnsorganisaties dat aangepast is aan de meertalige realiteit in Brussel en Vlaanderen. Via het terugbetalen van taalondersteuners kan de dienstverlening in meerdere talen aangeboden worden.

Samenvattend formuleren we volgende aanbevelingen ten aanzien van de **diensten voor personen met een handicap**:

- Het aangaan van een structureel diversiteit en inclusiebeleid via het creëren van een draagvlak bij leidinggevendenden die een diverssensitieve cultuur uitdragen en vastleggen²³, met aandacht voor een divers personeelsbestand, het toegankelijk maken van de dienstverlening en het aanbod diverssensitief maken.
- Levenslang leren stimuleren via hybride vormingen en intervisies gericht op diverssensitieve zorg.

CuSeHa was een gezamenlijk project van



WELZIJN
WONEN
ZORG

Kenniscentrum WWZ vzw

Lakensestraat 76, bus 2, 1000 Brussel

&



Dienst Ondersteuningsplan Vlaams-Brabant en Brussel vzw

Binkomstraat 2, 3210 Lubbeek

Het project kreeg financiële steun van



Vlaanderen
verbeelding werkt



VAPH

VLAAMS AGENTSCHAP VOOR
PERSONEN MET EEN HANDICAP

²³ Steffie Jalhay, K. A. (sd). *Reflectietool Bouwen aan cultuursensitieve zorg voor zorg- en welzijnsorganisaties*. VIVO vzw.