

Interculturele zorg bij Parnassia

Hoe tevreden zijn Turkse en Marokkaanse cliënten over de hulpverlening van het Intercultureel Mobiel Team?



Door Marjolijn Heineken

Den Haag, mei 2005
Hamid Lamdaoir

VOORWOORD	2
SAMENVATTING	3
1. INLEIDING	5
1.1. TOTSTANDKOMING EN AANLEIDING	5
1.2. VERANTWOORDING EN BEGRIPSBEPALINGEN	6
2. MIGRATIE EN MULTICULTUREEL NEDERLAND	7
2.1. ACHTERGRONDEN	8
2.2. COMMUNICATIE	11
2.3. PSYCHISCHE KLACHTEN BIJ TURKSE EN MAROKKAANSE CLIËNTEN	13
3. DEN HAAG: DE BEVOLKINGSSAMENSTELLING	16
4. PARNASSIA, PSYCHOMEDISCH CENTRUM	17
4.1. HET HUISARTSENPROGRAMMA VAN PARNASSIA EN HET INTERCULTUREEL MOBIEL TEAM.....	18
4.2. KORTE INTRODUCTIE VAN HET INTERCULTUREEL MOBIEL TEAM (IMT)	19
4.3. WERKWIJZE VAN HET HUISARTSENPROGRAMMA EN HET IMT	20
4.4. DOELGROEP EN DOELSTELLING VAN HET IMT	20
5. METHODE VAN ONDERZOEK.....	21
5.1. DE RELEVANTIE EN DOELSTELLING VAN HET ONDERZOEK.....	21
5.2. DE VRAAGSTELLING VAN HET ONDERZOEK	22
5.3. DE DEELVRAGEN	22
5.4. DATAVERVERZAMELING	22
5.5. DE VRAGENLIJST	23
5.6. ONDERZOEKSPOPULATIE	24
6. RESULTATEN	25
6.1. ACHTERGRONDGEGEVENS.....	25
6.2. RESULTATEN ONDERDELEN.	26
6.3. DE OPMERKINGEN VAN DE RESPONDENTEN	31
7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN.....	33
7.1 INLEIDING.....	33
7.2 CONCLUSIES	33
7.3 AANBEVELINGEN	34
8. WETENSWAARDIGHEDEN UIT DE LITERATUUR	37
NAWOORD	38
LITERATUURLIJST	39
BIJLAGE 1 (DE VRAGENLIJST VOOR HET IMT TEAM)	41
BIJLAGE 2 (DE VRAGENLIJST VOOR DE CLIËNTEN)	43
BIJLAGE 3 (SCORELIJST VAN DE VRAGENLIJSTEN VOOR DE CLIËNTEN EN HET IMT).....	45
BIJLAGE 4 (VERSCHILLEN IN ANTWOORDENPROCENTUEEL WEERGEGEVEN)	48

Voorwoord

Als een afsluiting van een periode waarin ik veel geleerd heb, wil ik iedereen bedanken die in deze periode een steentje bijgedragen heeft. Allereerst wil ik Mirjam van Orden, mijn begeleidster op het Huisartsenprogramma bedanken voor haar steun en enthousiasme.

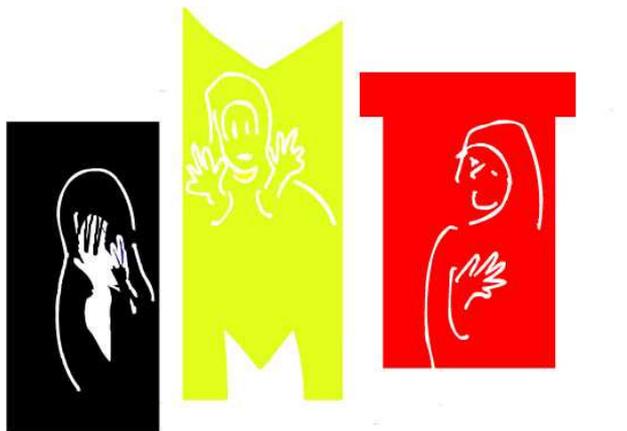
Mede hierdoor is dit onderzoek mijn inziens tot een succesvol einde gebracht.

Ik bedank de IMT-medewerkers, de leiding van het Huisartsenprogramma, Martine de Lange (mijn docentbegeleidster) en de cliënten voor hun medewerking en kritische opmerkingen voor dit afstudeerproject.

Vervolgens gaat mijn dank uit naar Annelies de Sain voor haar hulp bij de opmaak van dit onderzoeksverslag en Marjolijn Heineken voor haar ontwerp (illustratie) van de titelpagina.

Hamid Lamdaoir,

Mei 2005



Afstudeerproject tevredenheidsonderzoek bij Marokkaanse en Turkse cliënten van het Intercultureel Mobiel Team (Parnassia)
Haagse hogeschool, Maatschappelijk werk en Dienstverlening (Deeltijd) 2004-2005

Begeleidster Haagse Hogeschool: Martine de Lange

Begeleidster Parnassia: Mirjam van Orden

Samenvatting

Het onderzoek

Deze afstudeeropdracht bestaat uit een tevredenheidsonderzoek bij het onderdeel van het onderdeel Intercultureel Mobiel Team (IMT), onderdeel van het Huisartsenprogramma van Parnassia, Psycho-medisch centrum. Het gaat hierbij om een effectevaluatieonderzoek met als type tevredenheidsonderzoek. Het is ook geschikt als kwantitatief onderzoek.

Het IMT heeft zich gespecialiseerd in de begeleiding van allochtone patiënten met het vermoeden van GGZ-problematiek die onvoldoende Nederlands spreken, ongeacht hun leeftijd en geslacht.

De algemene vraagstelling van deze afstudeeropdracht is: "Hoe tevreden zijn Turkse en Marokkaanse cliënten over de hulpverlening van het Intercultureel Mobiel Team?" Hiertoe is een vragenlijst ontwikkeld om de mate van die tevredenheid te meten. Tevens stelt deze lijst het IMT in staat een inschatting te geven van de mate van tevredenheid van de cliënten met de hulpverlening.

Onder aspecten die met de tevredenheid van de hulpverlening te maken hebben, vallen:

- de werkwijze van het Intercultureel Mobiel Team
- de culturele aspecten van de IMT-hulpverlening
- de richtlijnen van de IMT-hulpverlening
- de effecten van de IMT-behandeling.

Op basis van een literatuuronderzoek kan de interculturele hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg geoperationaliseerd worden. Er zijn vragenlijsten geconstrueerd met stellingen voor Marokkaanse en Turkse cliënten en Marokkaanse en Turkse IMT-medewerkers. De analyse van de gegevens bestaat uit het berekenen van de mate van tevredenheid van de cliënten, en de vergelijking tussen de antwoorden van de cliënten en het IMT. Hierdoor wordt zicht verkregen op de mate van tevredenheid van de cliënten en de inschatting die het IMT hiervan maakt.

De hoofdstukken van dit verslag zijn als volgt ingedeeld:

In het eerste hoofdstuk worden de gebruikte begrippen uitgelegd, naar aanleiding van de literatuurstudie. Er zal verder ingegaan worden op de aanleiding van dit onderzoek. Ook wordt uitgebreid ingegaan op het aantal allochtonen in Nederland (volgens de laatste cijfers van het CBS) en de etnisch-culturele verschillen van niet westerse allochtonen.

In het tweede hoofdstuk ga ik in op de migratiegeschiedenis van Marokkanen en Turken in Nederland. De achtergronden van hun komst naar Nederland is van belang bij het begrijpen van de problematiek van de eerste generatie Marokkanen en Turken in Nederland. In dit hoofdstuk ga ik ook na hoe de kloof tussen GGZ-hulpverlening en de allochtone cliënten heeft kunnen ontstaan. Ik illustreer dit met een beschrijving van de Franse-Egyptische hoogleraar Nathan over hoe een alternatieve genezer te werk gaat.

De Haagse bevolkingssamenstelling wordt in het derde hoofdstuk besproken. Het vierde hoofdstuk gaat over de stichting Parnassia, de werkwijze van het Huisartsenprogramma en het Intercultureel Mobiel Team.

In het vijfde hoofdstuk zal de methode van het onderzoek beschreven worden. Er zal ingegaan worden op de relevantie van het onderzoek. Vervolgens zal de werkwijze beschreven worden en hoe de vragenlijsten opgebouwd zijn. Als laatste zal ik uitleggen hoe de gegevens zijn geanalyseerd.

In het zevende hoofdstuk zullen de conclusies getrokken worden uit de resultaten, beschreven in hoofdstuk zes. Hierbij zullen ook de opmerkingen van de cliënten en de IMT-medewerkers bij het invullen van de vragenlijsten in beschouwing worden genomen. Tenslotte tracht ik een antwoord te geven op de centrale vraagstelling en doe ik een aantal aanbevelingen die tot een kwaliteitsverbetering van het, door het IMT uitgevoerde, werk kunnen leiden.

1. Inleiding

1.1. Totstandkoming en aanleiding

Verwacht wordt dat binnen enkele jaren de bevolking in de grote steden voor meer dan de helft uit allochtonen zal bestaan. De groepen Turken en Marokkanen behoren tot de drie grootste groepen etnische minderheden in Nederland. Volgens de CBS op 1 januari 2004 wonen op 1 januari 2004 naar schatting bijna 945.000 islamieten in Nederland. In 1990 waren dat er minder dan een half miljoen. Turken en Marokkanen vormen tweederde deel van het totale aantal islamieten in Nederland.

Islamieten maken 5,8% uit van de totale bevolking op 1 januari 2004. Hun aantal zal de komende jaren verder toenemen. Naar verwachting zal de grens van enkele miljoenen islamieten in de loop van 2006 worden gepasseerd (CBS 2004).

Meer dan 95% van de islamieten heeft een niet-westerse herkomst. Maar lang niet alle allochtonen zijn islamiet. 54% van de niet-westerse allochtonen in Nederland is islamiet.

Niet-westerse allochtonen van de eerste generatie zijn minder gelukkig en tevreden met hun leven dan autochtone bevolking. Ook ervaren ze hun gezondheid als minder goed, hebben minder frequent contacten met familie en zijn minder actief in het verenigingsleven (CBS 2004).

Ook op het terrein van de gezondheid verschillen allochtonen en autochtonen van elkaar. Vooral de eerste generatie allochtonen ervaart de gezondheid als minder positief: van de niet westerse eerste generatie omschrijft 63% haar gezondheid als goed tot zeer goed, van de westerse 71%.

De groei van de allochtone bevolking in Nederland brengt met zich mee dat de geestelijke gezondheidszorg populatie ook toenemend uit allochtonen zal bestaan. Helaas is gebleken dat er niet altijd voldoende aansluiting is tussen de hulpvraag van de allochtonen en de geboden hulp. Ook brengt het adequaat diagnosticeren van de (onderliggende) pathologie, problemen met zich mee. Gebleken is dat er bij de diagnostiek van psychopathologie bij allochtonen doorgaans gebruik wordt gemaakt van Westerse meetinstrumenten. Daardoor is er een verhoogd risico op het stellen van een foutieve diagnose. Tevens wordt er in Nederland meestal geen rekening gehouden met de culturele achtergrond van cliënten, hetgeen kan leiden tot een te zware diagnose. Deze slechte aansluiting van vraag en aanbod leidt tot veel drop-outs onder allochtonen wegens ontevredenheid en frustratie, teleurstelling bij hulpverleners, tekorten in zorgaanbod en zorgopleidingen, slechtere gezondheidstoestand van allochtonen, problemen in toegankelijkheid, mindere kwaliteit en effectiviteit van geboden zorg, en mogelijk tot een toename van psychosociale en psychiatrische problematiek op de lange termijn (Sterman, 1996).

1.2. Verantwoording en begripsbepalingen

In dit onderzoeksverslag wordt de CBS-standaarddefinitie voor herkomst gebruikt. Volgens deze definitie wordt tot de allochtone doelgroep gerekend: iedereen die legaal in Nederland woonachtig is en van wie tenminste één van de ouders in het buitenland geboren is. Is iemand zelf ook in het buitenland geboren dan behoort hij of zij tot de eerste generatie allochtonen. Is men zelf in Nederland geboren dan behoort men tot de tweede generatie (CBS, 2001).

De doelgroep van dit onderzoek bestaat uit Turkse en Marokkaanse cliënten van zowel de eerste als tweede generatie. Hieronder worden definities van de begrippen "Marokkaan", "cliënten", "Turk" en "IMT-medewerker (IMT'er)" gegeven, ter voorkoming van misverstanden bij de lezer.

Cliënt: Een cliënt is een persoon van 18 jaar of ouder die in Nederland woonachtig is van Marokkaanse en/of Turkse afkomst (ongeacht de verblijfsstatus en sekse). De cliënt wordt bij Parnassia of diens huisarts behandeld of is met andere instellingen in contact gekomen, waarbij de cliënt minimaal een keer met een IMT'er in gesprek is geweest.

Marokkaan: Een persoon wordt als Marokkaans beschouwt als zij geboren is in Marokko of minstens een van de ouders in Marokko is geboren.

Iemand is een Marokkaanse cliënt wanneer hij/zij aan de bovenstaande definities voldoet.

Turk: Een persoon wordt als Turk beschouwt als zij geboren is in Turkije of minstens een van de ouders in Turkije is geboren.

Iemand is een Turkse cliënt wanneer hij/zij aan de bovenstaande definities voldoet.

IMT-medewerker: De IMT-ers zijn de medewerkers van het Intercultureel Mobiel Team (IMT), die van Marokkaanse of Turkse afkomst zijn (Arabisch, Turkse, Berbers of Koerdische sprekende medewerkers). Voor Turkse en Marokkaanse IMT-ers is gekozen vanwege het feit dat het in dit onderzoek om de doelgroep Marokkaanse en Turkse cliënten gaat en dat deze doelgroep uitsluitend contact heeft met IMT-ers die de Marokkaanse of Turkse afkomst hebben. Op dit moment werken drie medewerkers van Marokkaanse afkomst en twee IMT-medewerkers van Turkse afkomst bij het IMT.

2. Migratie en multicultureel Nederland

Al in 1944 hebben Marokkanen de eerste stap naar Nederland gezet. Onder de vlag van Frankrijk hebben 200.000 Marokkaanse soldaten deelgenomen aan de tweede wereldoorlog, 70.000 van hen kwamen om in deze strijd. De Marokkaanse soldaten zetten zich in voor de bevrijding van Zuid-Europa. Zij vormden de tweede, derde en vierde divisie van geallieerde troepen, die in 1944 er in slaagden de Gostav-Linie te doorbreken bij de beroemde Abdij van Monte Casino (Italië).

12.000 Marokkaanse soldaten rukten op tot aan rand van Rome. De weg naar Midden Europa veroverden zij grotendeels met het mes, dus zonder een schot te lossen¹. De begraafplaats van West Kapelle in Zeeland, waar elk jaar op 4 mei, een herdenkingsbijeenkomst door Fransen wordt gehouden doet aan de oorlogsgeschiedenis herinneren. De Marokkanen hebben sinds 1980 deze bijzondere activiteit ook als traditie ontdekt. Een groep Marokkaanse soldaten kwam samen met de Franse en Belgische troepen de Nederlanders in mei 1944 te hulp. Samen met de Nederlandse troepen vochten zij in Zeeland tegen de nazi's. Ruim 600 Marokkaanse soldaten verloren daarbij hun leven, waarvan een deel in West Kapelle begraven ligt.

Na de oorlog, in de jaren zestig was de groei van de Nederlandse economie zeer groot. De welvaart nam erg toe. Er ontstond een groot tekort aan vooral ongeschoolde arbeidskrachten. Als gevolg van de bloeiende economie, kwamen er voornamelijk mannelijke migranten uit landen rond het mediterrane gebied, waaronder Turkije en Marokko, naar Nederland. De migranten waren vaak analfabeet en kansloos op de arbeidsmarkt in het land van herkomst. Aan deze groep mannen werd op de Nederlandse arbeidsmarkt weinig of geen voorwaarden gesteld. De belangrijkste eisen die aan hen gesteld werden waren: jong, sterk, bereid om lange werkdagen te maken en zwaar werk uit te oefenen. Aangezien het werk voor ongeschoolden was, was een opleiding niet van groot belang. Spreken en/of schrijven van de Nederlandse taal speelde geen enkele rol.

Hoewel deze migranten aanvankelijk niet van plan waren zich permanent in Nederland te vestigen, gebeurde dit uiteindelijk in veel gevallen wel. Achtergebleven familieleden kwamen in het kader van gezinshereniging naar Holland. Hiernaast zocht en vond een groot deel van allochtonen en autochtonen hun partner in het land van herkomst of andere landen. Hierdoor werd het moeilijk om een duidelijke scheidslijn te trekken tussen de eerste en tweede generatie. Immers, ook onder de nieuwkomers bevonden zich veel eerste generatie allochtonen die hun weg moesten vinden in de Nederlandse samenleving, de taal nog niet machtig waren en vooral geen adequate opleiding hadden genoten om te participeren in de arbeidsmarkt (Obdeijn & De Mas, 2001; Sloot-Booter & Houtjes, 2001; de Valk e.a., 2001)

¹ Discovery Channel (maart 2004)

2.1. Achtergronden

2.1.1 Demografische gegevens van Marokkanen

De dubbelidentiteit Arabier/Moslim

De verwevenheid van de Arabische cultuur met de Islam draagt ertoe bij dat de begrippen 'Arabier' en 'Moslim' vaak als onderling verwisselbare aanduidingen gebruikt worden. Op deze gelijkstelling is heel wat aan te merken. Historisch gezien is er het feit dat de Arabieren aanvankelijk geen Moslims waren. Voorts bestaan er nog steeds restanten van de preïslamitische cultuur en tenslotte moet niet uit het oog worden verloren dat er in de huidige Arabische wereld vele niet-moslims wonen. 'Arabier' is dus niet automatisch gelijk te stellen met 'moslim'.

Men kan zich afvragen wat het effect van deze gelijkschakeling is op andere bevolkingsgroepen, met name de Berbers, die in de loop der geschiedenis geïslamiseerd werden door de Arabieren (van der Meer, 1984).

De Marokkaanse bevolking: Berbers en Arabieren

Arabisch wordt door hoogstens 3/5 van de Marokkaanse bevolking als moedertaal gesproken. Arabieren vormen een nog minder goed omliggende categorie. Zij kunnen ontwikkelde of analfabete stedelingen zijn met een echte stadse traditie, boeren uit de vlakten en zelfs bergbewoners. Stedelingen zien Berbers als een zichtbaar "ander soort mens", met hun 'boerse voorkomen' en 'onverstaanbare taal'.

Marokkanen spreken doorgaans bij voorkeur niet te luid. Stedelingen hebben een manier van converseren die levendiger is en ingewikkelder aandoet dan die van Berbers. De inhoud is niet noodzakelijk complexer, maar ze brengen het met meer verbeeldingskracht, uitweidingen, en herhalingen onder woorden. Bovendien vergezellen ze hun spraak met een meer gevarieerde mimiek, gesticulatie en intonatie dan Berbers (van der Meer, 1984).

Huwelijken tussen Arabieren en Berbers komen nog niet veel voor. Als redenen geven Marokkanen dat Berbers hun dochters niet graag aan Arabieren uithuwen, omdat die hun vrouwen in huis houden, terwijl Berber vrouwen veel meer vrijheid gewend zijn. Arabieren vrezen op hun beurt de vrijheid van Berber vrouwen uit de Midden-Atlas. Arabische vrouwen hebben niet graag een meisje in de familie dat een andere taal spreekt.

Ongeveer 2/5 deel van de Marokkaanse bevolking is Berber en deze bewonen heel grote gebieden van het land (van der Meer, 1984). De Berbers hebben een heel eigen gesprekstijl die te onderscheiden is van die van de stedelingen. Zij onderscheiden zich ook wat leefstijl betreft.

Taal

De algemene voertaal in Marokko is het Marokkaans-Arabisch. Dit is één van de gesproken vormen van het Arabisch; deze vormen wijken veel van elkaar af. In de vaak slecht toegankelijke bergen leven in hoofdzaak Berber sprekende stammen, terwijl in de kustvlakten vooral Marokkaans-Arabisch wordt gesproken. Berbers worden gestereotypeerd als nobele wilden en trotse krijgers; Arabieren als onbetrouwbaar en decadent (Burke III, 1973 in van der

Meer, 1984). Belangrijk is dat de Berbertalen onderling verschillen, er zijn vier grote taalgebieden: het Rifi in het Noorden, het Tamazight van het midden, centrale en Oost Hoge-Atlas, het Tashelhit van de West Hoge-Atlas, de Anti-Atlas en de Sous Vallei en het Zayan gebied in Centraal Marokko. De twee talen voor officiële stukken zijn klassiek Arabisch en Frans. De meeste Marokkaanse migranten in Nederland zijn Berbers² (Amazighs³). Zij spreken als moedertaal een Berbertaal. De taal van de Amazighs heet Tamazight. De Amazighs wonen verspreid over Marokko en leven ver uit elkaar. Hierdoor zijn er in feite veel verschillende soorten talen en kan het voorkomen dat Amazighs uit het noorden Amazighs uit het zuiden niet verstaan. Ook komt het voor dat Amazighs en Arabisch sprekende Marokkanen elkaar niet verstaan.

De Rifstammen zijn sedentair en bedrijven landbouw en veeteelt. Dit gebied is één van de dichtst bevolkte streken van Marokko (hieruit komen veel van de migranten die in Nederland wonen). Doordat de grond onvruchtbaar is, is de Rif een armoedig en overbevolkt gebied. Migratie uit de Rif kwam al rond 1900 voor (Hart, 1976 van der Meer, 1984).

2.1.2. Demografische gegevens van Turken

De meerderheid van de in Nederland wonende migranten uit Turkije is Turks. 15% heeft een Koerdische achtergrond. Sommige Koerdische vrouwen spreken alleen Koerdisch. Koerdische mannen spreken meestal ook Turks. Verder wonen er in Nederland ook leden van minderheidsgroepen uit Turkije zoals Armeniërs en Syriërs.

Onder Turken verstaat men doorgaans mensen die in Turkije geboren zijn, of die voorouders hebben die in dit land geboren zijn. In ruimere (etnische) zin bedoelt men er ook vaak mensen uit andere Turkse volkeren of stammen uit Centraal-Azië onder. Vaak worden deze laatste onderverdeeld in Oghuz Turken en Seltsjoek Turken. Het land Turkestan betekent letterlijk het land van de Turken, en namen als Turkmenistan en Oost-Turkestan bevatten het woord Turk ook. In deze ruimere zin vindt men etnische Turken van de Balkan in Turkije tot aan Xinjiang in China. Het woord Turk is ontstaan in de vijfde eeuw voor Christus en staat voor "machtig, sterk". Het is een titel die de stammen van destijds zichzelf hebben gegeven. De vele stammen vormden een zogenaamde confederatie met afgevaardigden van elke stam. Zo sloten de verschillende stammen die op vele gebieden verwantschap met elkaar hadden zich als bondgenoten bij elkaar.

Veel Turken uit Turkije zijn geëmigreerd naar andere landen, zoals landen in West-Europa.

Turkije heeft 60,77 miljoen inwoners. De bevolking bestond in 1983 voor 85,7% uit Turken en 10,6% uit Koerden. Minderheidsgroepen zijn die van de Arabieren, Bulgaren, Tsjerkessen, Armeniërs en Grieken. Voor de Eerste Wereldoorlog leefden er grote aantallen Armeniërs en Grieken in Turkije. Maar na de oorlog is hun aantal sterk verminderd. 37% van de totale bevolking is jonger dan 15 jaar. De godsdienst van de Turken is de Islam. 96% van de bevolking is islamiet. De andere vier procent is: Grieks of Armeens Orthodox en Christen.

² Het woord Berber is afgeleid van het Grieks 'Barbaroi' d.w.z. brabbelaar. Het is dus een scheldwoord.

³ Dat betekent 'onafhankelijken' en dat is kenmerkend voor deze bevolkingsgroep die de oorspronkelijke bewoners van Marokko zijn.

Taal

Tot 1923 voerde Turkije nog het Arabisch schrift. Eén van de veranderingen die Atatürk⁴ invoerde, was het omzetten van Turkse taal, namelijk van het Arabisch alfabet naar het Latijnse alfabet. Het Turks heeft een groot aantal dialecten, maar over het algemeen kunnen Turken elkaar, ongeacht de plaats waar zij vandaan komen, goed verstaan. Wel komen in Turkije andere talen voor, omdat Turkije een gemêleerde bevolking heeft. Zo wordt in Turkije door de Koerden onderling Koerdisch gesproken en ook Joden en Armeniërs spreken onderling hun eigen taal, maar de algemene voertaal is het Turks.

Turks wordt door ongeveer 90% van de bevolking gesproken. Het Turks stamt af van het steppegebied van Mongolië. Het is oorspronkelijk een Nomadentaal. De Turkse taal is meegenomen door rondtrekkende Nomaden in de tiende eeuw. Het Turks nu heeft veel leenwoorden uit het Arabisch en het Perzisch. Tot in het Westen van China wordt op de Kaukasus en in Centraal Azië Turks gesproken. Het Koerdisch dialect wordt in Turks Koerdistan gesproken (<http://zoekinturkije.nl>).

4 Mustafa Kemal Atatürk is geboren in 1881, in het stadje Selanik. Mustafa Kemal neemt deel aan vele oorlogen, waarbij hij tijdens de eerste Balkanoorlog promoveert tot generaal en wordt ook met de betiteling (Pasja) verveert. Tijdens de eerste wereldoorlog behaalt Mustafa Kemal vele overwinningen. Ondanks deze overwinningen verliezen de Osmanen in 1918 de 1e Wereldoorlog. Twee jaar later wordt Mustafa Kemal voorzitter van de nationale vergadering in Ankara. De laatste Osmaanse Sultan Mehmet VI, die na het verlies van de 1e Wereldoorlog als pion diende van de Engelsen betitelde Mustafa Kemal als rebel. Na de oorlog neemt Atatürk de macht over en wordt in 1923 de republiek Turkije opgericht en wordt Ankara de hoofdstad. Atatürk wordt de eerste president van de republiek Turkije. Onder invloed van Atatürk werd in 1928 de hervorming in Turkije ingezet naar de Westers voorbeeld. Het Latijns alfabet wordt ingevoerd, de Gregoriaanse kalender en het monogame huwelijk. De zondag werd erkend als rustdag, vrouwenkiesrecht werd ingevoerd. In 1934 kreeg Mustafa Kemal bij wet de achternaam "Atatürk", vertaald betekent dat "vader der Turken". Atatürk is in 1938 tijdens zijn 2e ambtstermijn overleden.

2.1.3 Islamitische achtergrond

Het geloof van het merendeel van de allochtone gemeenschap in Nederland is de Islam. Samenvattend kan gezegd worden dat het geloof Islam een referentiekader is dat het leven van Turkse en Marokkaanse migranten diepgaande beïnvloed. Men mag ervan uitgaan dat ook bij degenen die zeggen 'er niet zoveel aan te doen' de invloed van de Islam in hun socialisatie altijd aanwezig is. Dit geldt dus niet alleen voor de kinderen die in Turkije of Marokko nog koranonderwijs hebben gehad vóór de gezinshereniging (Sterman, D 1996 een olijfbom op de ijsberg).

De professionals in de GGZ worden dagelijks geconfronteerd met de vraagstukken en dilemma's van Moslimcliënten. De Islam is voor veel moslims een richtsnoer voor beslissingen en handelingen in het dagelijkse leven. Vaak weten sommige moslims zelf weinig van wat er in de Koran staat. Hierdoor laten zij zich vaak leiden door eenzijdige interpretaties van degenen die zich imams noemen.

Veel Marokkaanse cliënten schrijven hun psychische klachten toe aan een bovennatuurlijke oorzaak: demon, djin en dergelijke. De verwaarlozing van religieuze voorschriften en traditionele rituelen kan als een van de bovennatuurlijke oorzaken van ziekten gezien worden. Men vreest niet voldoende beschermt te zijn tegen allerlei gevaarlijke invloeden. Mensen gaan vaak hulp zoeken bij een imam, die zal trachten een vorm van duiveluitdrijving en bescherming met amuletten te realiseren. Wanneer men bang is getroffen te worden door een geest, zal men zich in eerste instantie tot een alternatieve genezer wenden. Deze wordt gevonden op grond van de goede reputatie die ze hebben bij kennissen, familie en vrienden. Vaak geven de traditionele genezers als verklaring dat er sprake is van zwarte kunst (magie). Dit betekent dat een vijand of een jaloers iemand de hulp van een tovenaars of tovenaars kan invoeren om schade aan te richten. De betovering kan per ongeluk iemand anders van de familie treffen.

2.2. Communicatie

"Wanneer je als allochtoon het gevoel hebt dat je in twee culturen leeft, ontstaan er vele vragen en begint een lange weg. Enerzijds moet je voorkomen dat je jezelf ontkent, anderzijds moet je zorgen dat niet alleen de gemeenschap waartoe je behoort je blijft accepteren, maar ook de wereld waarin je dagelijks verkeert, zoals werk en school" Heijl, 1993)

Veel wederzijds onbegrip ontstaat op basis van het feit dat het moeilijk is om zich te verplaatsen in de waarden en normen van de ander en de behoefte om zich vast te houden aan de eigen waarden en normen omdat deze veiligheid, geborgenheid en zekerheid geven. Men gaat zich er een identiteit aan ontlenen.

Zich in de waarden en normen van de ander verplaatsen betekent zijn veiligheid, geborgenheid en zekerheid loslaten in ruil voor een onbekend avontuur. Door dit loslaten komt ook de eigen identiteit in een ander daglicht te staan.

Loslaten wordt bemoeilijkt of is zelf onmogelijk, wanneer men ervan uitgaat dat alleen zijn eigen waarden en normen door God gegeven zijn en dat alleen hij zelf op Gods zegen en bescherming kan rekenen. Hierdoor ontstaat een

religieus afweermechanisme, dat elke effectieve communicatie onmogelijk maakt. Er ontstaat dan een situatie van een 'gewapende vrede', waarin wederzijds respect en begrip zich niet kunnen ontwikkelen. Men verdedigt de eigen waarden en normen om God trouw te blijven, zodat Gods zegen en bescherming niet worden ontnomen. Die ander is in zijn/haar ogen dan een ongelovige of heeft in elk geval niet het ware geloof.

"Door oppervlakkig met elkaar te communiceren kan de verkeerde indruk ontstaan dat de onderlinge communicatie effectief is. Deze wijze van communiceren betekent dat er op 'safe' gespeeld wordt en dat je over en weer geen kleur hoeft te bekennen, ook niet tegenover jezelf. Bij oppervlakkige communicatie hoeven geen vragen gesteld te worden als: wat zijn mijn wensen, beperkingen en grenzen in de communicatie? Op deze wijze blijven mensen onbekenden voor elkaar en kunnen zij verstoppertje blijven spelen, en gaat alles 'goed'. Niemand hoeft zich 'bedreigd' te voelen en men kan zichzelf wijs maken dat er sprake is van wederzijds respect en waardering" (D. Kal, Mikado 2004).

2.2.1 Mondelinge communicatie

Bij de behandelingen en de begeleidingen in de GGZ neemt verbale communicatie een centrale plaats in. Naast letterlijke taalproblemen zijn er ook communicatieproblemen die het gevolg zijn van cultuurverschillen. Het gaat om problemen die te maken hebben met de vorm van communicatie. Iedere cultuur beschikt over specifieke verbale en non-verbale communicatiemiddelen, communicatiestijlen, waarden, gewoonten en regels voor gepast en ongepast gedrag in de communicatie. Dit heeft tot logisch gevolg dat interculturele ontmoetingen doorgaans minder vlot verlopen dan ontmoetingen tussen leden van eenzelfde groep geloof of samenleving. Veel Marokkaanse cliënten verwachten bijvoorbeeld van een hulpverlener dat hij een boodschap die echt belangrijk is wel zal herhalen. Van Daal (1988) raadt hulpverleners aan om extra aandacht aan de communicatie te besteden en te controleren of een boodschap goed begrepen is, voornamelijk wanneer een boodschap echt belangrijk is. De meningen over de kwestie of de therapeut er al dan niet goed aan doet zich te verdiepen in de cultuur van de cliënt lopen echter uiteen.

Sommigen beroepen zich op het motto "ik werk beter omdat ik er niets van weet". Het argument is juist door niet op de hoogte te zijn, een meer open houding te hebben en beter beschermd te zijn tegen stereotypie. Daarnaast voert men aan dat het onmogelijk is op de hoogte te zijn van alle culturen van de verschillende landen waar cliënten vandaan komen. Anderen zijn van mening dat kennis van de achtergrondcultuur, mits niet op stereotype wijze gebruikt, juist bijdraagt aan een beter begrip van het gedrag van de cliënt en helpt om een betere werkrelatie op te bouwen.

Behalve het verkrijgen van informatie zijn er andere argumenten voor het feit dat migrantencliënten van de GGZ de ruimte geboden moet worden zich in de eigen taal te uiten. Eén van de argumenten betreft het uiten van gevoelens, een ander vloeit voort uit het behandelprincipe. De meeste psychosociale hulpverleners onderschrijven de waarde van het uiten van gevoelens als een belangrijke specifieke therapeutische factor. Nu is er bij de meerderheid van Turkse en Marokkaanse GGZ-cliënten sprake van een zeer gebrekkige beheersing van het Nederlands. Voor zover de taal van het immigratieland al beheerst wordt, blijft het bij deze subgroepen meestal beperkt tot een zogenaamde 'instrumentele' taal. Deze voorziet in de behoefte om praktische en eenvoudige kwesties met Nederlanders te bespreken. Gevoelens, met al hun nuances, kunnen er niet in geuit worden. De vrijheid om zich in de taal van keuze te kunnen uiten, wordt in de transculturele psychologie en psychiatrie als

een belangrijk voorwaarde gezien om iets te kunnen doen aan psychische problemen van migranten. (Sterman, 1996).

Taalproblemen

Wanneer een Nederlandse hulpverlener geconfronteerd wordt met een Marokkaanse of Turkse cliënt die de Nederlandse taal niet beheerst, is er veelal sprake van een communicatieprobleem als gevolg van een letterlijk taalprobleem. Weinig Nederlandse hulpverleners beheersen Turkse, het klassiek of modern standaard-Arabisch, een Berberdialect of het Marokkaans- Arabisch dialect dat de Marokkaanse cliënt spreekt.

Een oplossing die voor de hand ligt, is dat de hulpverlener het initiatief neemt tot het inschakelen van een tolk, of dat hij de cliënt wijst op de mogelijkheid ervan. Het inschakelen van een tolk kan echter verschillende nieuwe problemen geven. Zo kan het onduidelijk zijn voor de cliënt of de hulpverlener of de tolk de regie in handen heeft. Ook kan het voorkomen dat de cliënt een "onderonsje" lijkt aan te gaan met de tolk waar de hulpverlener buiten staat. Het is van belang dat de tolk onafhankelijk is. In sommige gesprekken tussen de Nederlandse hulpverleners en Turkse of Marokkaanse cliënten wordt er vertaald door de familieleden of vrienden van de cliënten. Dit kan voor- en nadelen hebben. Het voordeel is dat zij de problematiek van de cliënt kennen. Deze mensen kunnen echter ook een reden hebben om de informatie te vervormen. Dit kan gebeuren vanwege schaamte, censuur, eigenbelang of verschil van mening (Sterman, 1996). Wanneer één of beide interactiepartners niet de moedertaal in het gesprek gebruiken, maar zich in een tweede taal verstaanbaar maken, (bijvoorbeeld beiden spreken Nederlands), kunnen zij zich onzeker voelen over hun mogelijkheden om eigen bedoelingen en wensen duidelijk te maken en die van de ander juist te begrijpen.

2.3. Psychische klachten bij Turkse en Marokkaanse cliënten

2.3.1. Allochtone ouderen en GGZ

Het aantal Turkse en Marokkaanse ouderen in de Nederlandse samenleving neemt toe en zal de komende jaren alleen maar groeien. Ze zijn uit hun geboorteland vertrokken om er beter van te worden, een nieuwe toekomst of een nieuwe uitdaging te vinden. Het vaderland dat ze verlieten bestaat niet meer, alleen nog in hun herinnering. De leuke herinneringen staan op gespannen voet met de noodzaak van het levensonderhoud en de ambities van de achtergebleven familieleden. Het gastland waar ze aangekomen zijn bestaat ook nog niet, omdat zij de sociale codes van de nieuwe samenleving nog niet hebben verinnerlijkt. Oudere Turken en Marokkanen weten de weg naar de GGZ slecht te vinden. Het aanbod van de GGZ lijkt niet goed aan te sluiten bij de hulpbehoefte van deze ouderen. Dat blijkt uit het onderzoek van het Trimbos-instituut (Psychische problemen van oudere Turken en Marokkanen, 2004). De psychosociale problemen zijn complex en langdurig. De ouderen zien zelf verbanden met relationele problemen (gezin, sociale isolatie), financiële zorgen, ouder worden, migratie en lichamelijke klachten. Marokkanen, en in mindere mate ook Turken, zien hun problemen bovendien in een religieuze context. Beide groepen allochtonen zijn slecht bekend met de GGZ. Taalproblemen en schaamte voor psychische problemen bemoeilijken de gang naar de GGZ.

Volgens het onderzoek van het Trimbos-instituut, krijgt momenteel slechts een fractie van de ouderen met (ernstige) psychische problemen professionele hulp. Het aantal ouderen in de hulpverlening groeit echter en zal in de toekomst nog sneller toenemen. Bovendien komen nieuwe groepen ouderen in zicht: oudere werknemers, verwaarloosde ouderen, oudere dak- en thuislozen, en verslaafden aan drugs en alcohol. Ondanks bovenstaande worden ouderen (en de mensen in hun omgeving en hulpverleners) worden zich steeds meer bewust van psychische problemen en van mogelijke oplossingen.

De GGZ is nog niet goed voorbereid (kwantitatief en kwalitatief) op de groeiende groep allochtone ouderen die goede zorg wil. Beleidsplannen op dit terrein zijn nog niet voldoende uitgewerkt, aldus het Trimbos-instituut.

2.3.2. Eigen oplossing

Turken en Marokkanen gaan vaak hulp zoeken in de reguliere psychiatrie in Turkije of Marokko. Soms wordt er een hersenscan gemaakt en vooral medicijnen voorgeschreven. Maar als men denkt men bezeten is door een geest (Djinn), gaat men in eerste instantie naar een imam. Voor veel Moslims is "gekte" een bevestiging dat de Djinn's bestaan. Men gaat dus naar de imam, gaat kruiden gebruiken of een bepaald ritueel uitvoeren. Pas wanneer dat allemaal niet helpt, gaat men naar de regulier zorg. Imams sturen overigens niet meteen door naar de reguliere zorg, zij vervullen zelf de rol van alternatieve genezers. Als men dan uiteindelijk bij de psychiatrie aankomt, is de communicatie tussen hulpverlener en cliënt een groot obstakel. Dit komt onder andere omdat de cliënt vaak blijft denken dat hij bezeten is, maar dat niet direct uitspreekt. Veelal blijven cliënten het toch proberen in het alternatieve circuit, ook al levert dat niets op (D.Kal, 2005). De Frans-Egyptische hoogleraar klinische psychologie Nathan (1988) omschrijft en analyseert het werk van alternatieve genezers. *"De alternatieve genezer stelt zijn diagnose vaak door middel van het opwekken van een trance-toestand waarin hij een visioen krijgt; hij oriënteert zich op de inhoud van dromen van de hulpvrager maar ook op de kennis van dorpsgenoten van de hulpvrager over bestaande sociale conflicten. Hij manipuleert met het lichaam om een vervuiling of gif aan te tonen"*.

Nathan geeft als voorbeeld dat een genezer een patiënt een draadje met een propje laat inslikken. Bij het omhooghalen zit er slijm aan vast, de genezer roept triomfantelijk: "je was vergiftigd!"

De analyse van Nathan is dat een gevoel wordt omgezet in de waarneming van een voorwerp (geel slijm) en dat deze waarneming wordt omgezet in een idee, een concept ('ik ben vergiftigd, ik heb een vijand'). Hij stelt dat dit een essentieel transformatieproces betekent dat overigens vergelijkbaar is met westerse psychotherapieën. Daarin worden eveneens gevoelens (bijvoorbeeld depressiviteit) vertaald naar waarneming (bijvoorbeeld observatie van het gedrag van de partner of ouder) en dat leidt tot een nieuwe betekenis, een nieuw concept zoals onbewuste jaloezie, agressie of een bepaald rolgedrag. (Sterman, 1996).

Volgens Nathan (1988) beginnen traditionele c.q. alternatieve, genezers therapieën niet anders dan hun Westerse tegenhangers. Ze starten met de diagnose en de uitleg van de ziekte. De genezer vertelt de patiënt en zijn familie een verhaal waarin de samenhang tussen oorzaak en gevolg wordt uitgelegd. Na de diagnose volgen de voorschriften over wat men moet doen om te genezen. Vaak worden zware offers van de patiënt en familie gevraagd. Sommige voorschriften leiden tot een omvangrijk geheel van acties en een minutieuze dagindeling, die een verzuim of het schenden van een taboe moeten goedmaken. Er zijn intensieve lichamelijke interventies zoals wassingen en het wiegen met behulp van muziek. Dieren worden geofferd; het bloed moet de boze geesten meenemen.

3. Den Haag: de bevolkingssamenstelling

Zoals men in de bevolkingsgroei van andere grote steden kan zien, telt ook de Haagse regio steeds meer allochtone inwoners. Daarmee neemt ook de etnisch-culturele diversiteit toe. De bevolking van Den Haag bestond op 1 januari 2004 uit 469.586 personen, waarvan 55,40% Nederlanders en 44,60% allochtonen (Minderheden Monitor Gemeente Den Haag 2004; www.multimedia-denhaag.nl).

De verdeling van de verschillende allochtone bevolkingsgroepen in percentages was als volgt: Surinamers 9,61%, Antillianen 2,36%, Turken 6,61%, Marokkanen 5%, Zuid-Europeanen 1,55%, migranten uit geïndustrialiseerde landen 9,27% en overige arme landen 10,15%. De categorie 'overig arm' is inmiddels de grootste allochtone groepering in Den Haag. Het is een heterogene groep, samengesteld uit mensen uit ongeveer 150 herkomstlanden waaronder Afghanistan, China, Pakistan, Irak, Ethiopië. Een deel van deze groep behoort tot asielzoekers en vluchtelingen.

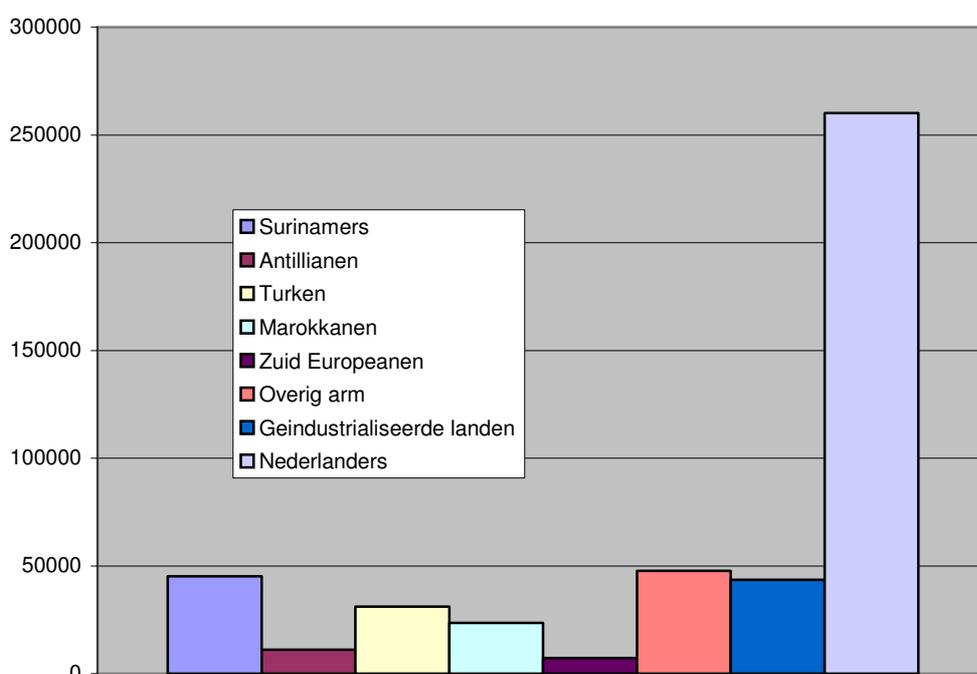


Fig 1. De bevolking van Den Haag 1/1/2004

Bron: Minderheden Monitor gemeente Den Haag

4. Parnassia, psychomedisch Centrum

Het verzorgingsgebied van Parnassia, omvat naast Den Haag ook de omliggende steden; Voorburg, Wassenaar, Leidschendam, Rijswijk en Zoetermeer. Daarnaast biedt Parnassia ook verslavingszorg in Delft, Leiden, Gouda en Katwijk. In de meeste van deze gemeenten is een grote Turkse en Marokkaanse gemeenschap aanwezig.

Het aantal volwassenen uit de regio dat in het jaar 2003 contact heeft gehad met de GGZ-instelling Parnassia neemt in 2004 toe met 14,5% van ruim 20007 tot 23412. Het aantal Turkse cliënten stijgt met 31,2% van 1963 tot 2855. Het aantal Marokkaanse cliënten is gelijk gebleven, 1489 in 2003 en 1479 in 2004 (Registratiegegevens van Parnassia).

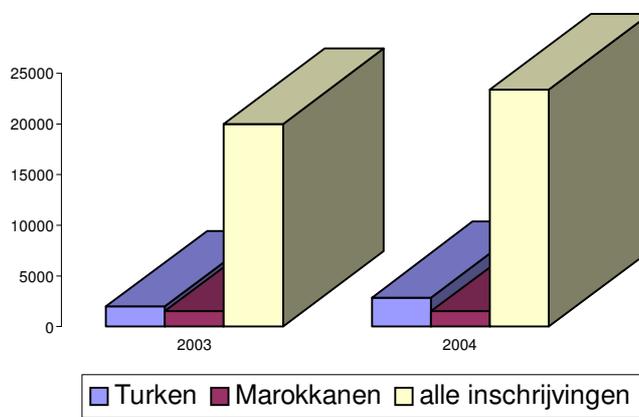


Fig2. Inschrijvingen Parnassia 2003 en 2004

Uit figuur 2 blijkt, dat in 2004 sprake is geweest van een groei van de inschrijvingen bij Parnassia. Het aantal Turkse en Marokkaanse cliënten is ook gegroeid: 17,25% van het totale aantal inschrijvingen in 2003 en 18,50% in 2004.

Parnassia, Psychomedisch centrum bestaat nu ruim 5 jaar. Na de fusie is Parnassia één van de grootste geestelijke gezondheidszorgorganisaties van Nederland geworden. Parnassia wil een bijdrage leveren aan de kwaliteit van het leven van haar cliënten (autochtoon en allochtoon) en aan de kwaliteit van de Haagse samenleving. Onder het motto 'Uw vraag is onze zorg' wil zij op menselijke manier psycho-medische zorg leveren. Parnassia wil dat op een open, respectvolle en deskundige wijze doen. Parnassia wil flexibel en met maatschappelijk verantwoord ondernemerschap inspelen op de snel veranderende vragen en wensen van cliënten, verwijzers, financiers en haar omgeving.

De vraag wat een organisatie moet doen om de hulpverlening toegankelijk te maken voor mensen met een buitenlandse achtergrond wordt door Parnassia beantwoord door middel van het operationaliseren van een aantal actiepunten. Met als doelstelling 'Het inbedden van het intercultureel beleid in het personeelsbeleid van Parnassia', wordt multiculturalisatie als één van de speerpunten van het Parnassia-beleid genoemd in het 'Bedrijfsplan Parnassia 2000-2001'.

Dit houdt een betere toegankelijkheid en geschiktheid van het zorgaanbod voor allochtonen in door gericht aandacht te schenken aan dit onderwerp in de zorgprogramma's . Ook door gerichte werving van allochtoon en autochtoon personeel wordt dit bereikt. Het resultaat hiervan moet zijn dat de instroom van allochtone medewerkers elk jaar 3% toeneemt. Parnassia heeft allochtone medewerkers in dienst; in het ene circuit of bedrijf meer dan in het andere. In 1999 bleek uit een inventarisatie dat 10% van het personeelsbestand van Parnassia van allochtone komaf was, te weten 278 medewerkers. Echter, ongeveer 20% van alle medewerkers heeft niet meegewerkt aan deze inventarisatie⁵.

In de notitie 'Zonder personeel géén zorg' (januari 2000) wordt geschetst op welke wijze Parnassia dit voor de jaren 2000 en 2001 ging aanpakken. In een actiepunten-schema worden de volgende doelen genoemd:

- Behoud van allochtone medewerkers; zij worden op respectvolle wijze bejegend, voelen zich geaccepteerd bij Parnassia en zijn op plezierige wijze werkzaam.
- Parnassia op de arbeidsmarkt als een aantrekkelijke werkgever, zeker voor allochtonen, neerzetten.
- Voldoen aan de wettelijke verplichtingen inzake allochtonen.

Parnassia streeft ernaar het hulpaanbod beter af te stemmen op de hulpbehoefte van allochtone cliënten. Op dit moment is het inzetten van het intercultureel Mobiel Team het omvangrijkste initiatief op dit terrein.

4.1. Het Huisartsenprogramma van Parnassia en het Intercultureel Mobiel Team

In het Huisartsenprogramma (HAP) werken Parnassia hulpverleners⁶ in de praktijken van huisartsen. Het HAP blijkt succesvol en is door GGZ-Nederland gekozen tot één van de vijf good-practice voorbeelden J.de Theije & V.Huijbregts, Oemoemenoe, Mikado 2004)

De missie van het HAP is psycho-medische zorg bieden zo dicht mogelijk bij de cliënt, in een zo efficiënt mogelijk vorm.

Teneinde de zorg aan allochtone patiënten met psychische problemen te verbeteren en te optimaliseren heeft Parnassia, als onderdeel van het HAP, een Intercultureel Mobiel Team (IMT) opgericht.

⁵ www.Parnassia.nl

⁶ Dit soort werk is bij uitstek geschikt voor SPV-en en GZ –psychologen en psychotherapeuten met attitude, kennis en vaardigheden op het terrein van kortdurend behandelen in de context van de eerstelijns GGZ.

Het is de bedoeling dat huisartsen worden ondersteund zonder dat hun werkbelasting toeneemt, zelfs afname kan als haalbaar worden gezien.

Dit betekent:

- verbeterde serviceverlening aan cliënten
- succesvollere (en korter durende) begeleiding en behandeling
- vermindering van mensen die afhaken (zogenaamde "drop-outs")
- verbeterde signalering en herkenning door huisartsen van problemen op het gebied van Geestelijke Gezondheidszorg
- tijdsbesparing voor de huisartsen
- verhoging van de doelmatigheid van het zorgaanbod van Parnassia.
- drempelverlaging voor cliënt en huisarts

Begin december 2003 telt het HAP 197 deelnemende huisartsen, waaronder 16 huisartsen in de randgemeenten (exclusief Zoetermeer).

Kern van het project is het op verzoek van de huisarts ondersteunen van cliënten die psychische problemen en/of psychiatrische stoornissen hebben. Hiertoe werkt een medewerker van Parnassia tenminste één ochtend of middag per week bij een huisarts in diens praktijk.

4.2. Korte introductie van het Intercultureel Mobiel Team (IMT)

Het IMT bestaat momenteel uit vijf allochtone therapeutisch medewerkers die zijn geboren in verschillende landen en jaren geleden naar Nederland kwamen.

Parnassia heeft deze medewerkers aangetrokken vanwege hun kennis van de Haagse, Marokkaanse, Turkse en Hindoestaans-Surinaamse gemeenschap, en de gewoonten en problemen die zich daar afspelen. Voor Parnassia, waar autochtone hulpverleners nog altijd domineren, is dit een manier om het GGZ-aanbod aantrekkelijker te maken voor een groep patiënten waarvan bekend is dat ze de geestelijke gezondheidszorg niet zelf opzoeken maar wel nodig hebben.

Voordat de IMT-medewerkers aan het werk gaan, krijgen zij een interne opleiding van een jaar binnen Parnassia⁷. Zo wordt hun bestaande ervaring in het betaald of onbetaald welzijnswerk of sociaal cultureel werk aangevuld met kennis en vaardigheden die ze nodig hebben in de GGZ. Drie van de vier IMT-medewerkers zijn gezondheidsvoorlichter eigen taal en cultuur (VETC)⁸, waarvan één tevens afgestudeerd is in 2004 als SPH op de Haagse hogeschool.

7 De opleiding zijn gericht op o.a. psychopathologie, psychofarmaca, psychiatrie, , psychodiagnostiek, capita selecta en professionele gespreksvoering.

8 Deze gezondheidsvoorlichters zijn in dienst van de GGD Den Haag, op freelance basis, ze kunnen ingezet worden bij de instellingen en organisaties van en/of voor onder andere migranten en vluchtelingen in Den Haag, bijvoorbeeld gezondheidscentra, moskeeën, thuiszorg, scholen, vluchtelingenwerk en diverse welzijns- en migrantenorganisaties

4.3. Werkwijze van het Huisartsenprogramma en het IMT

Begin 2000 start het HAP en beginnen de Parnassia-hulpverleners met hun werkzaamheden bij de huisartsen. Zij bieden in de huisartsenpraktijk diverse diensten aan: consultatieve gesprekken aan de cliënten, veelal gevolgd door een kortdurende behandeling. Vijf zittingen is het uitgangspunt.

De huisarts verwijst zijn cliënt naar de hulpverlener, waarna een intake gesprek volgt. Als blijkt dat de klachten 'passen' binnen de uitgangspunten van het programma, volgt de behandeling in de huisartsenpraktijk. Mocht de problematiek te zwaar zijn voor het beoogde aantal zittingen, dan volgt een verwijzing naar een andere afdeling van Parnassia, andere GGZ-instelling of een eerstelijns hulpverlener. Tijdens de behandeling kan de medewerker terugvallen op de huisarts en collega's van Parnassia.

Medewerkers van het IMT kunnen door de huisartsen of hulpverleners van Parnassia ingeschakeld worden met het oog op ondersteuning van de zorgverlening aan cliënten die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen.

De werkzaamheden van de IMT-medewerkers zijn tweedelig:
De primaire taak van de IMT-medewerkers is de ondersteuning van huisartsen, hulpverleners en cliënten van het HAP.
Ten tweede kunnen de IMT-medewerkers ook intern (binnen Parnassia) worden ingezet.

4.4. Doelgroep en doelstelling van het IMT

Tot de doelgroep van het IMT behoren cliënten van de huisartsen die participeren in het HAP en cliënten van Parnassia met GGZ- problematiek. Cliënten die naar het IMT worden verwezen, zijn meestal van allochtone afkomst.

Het hoofddoel van het IMT is verbeteren van kwaliteit van zorg voor allochtone cliënten. De kerntaken van het team zijn; de begeleiding van allochtone cliënten en hun systeem in de vorm van diagnostiek, onderdelen van de hulpverlening, begeleiding, behandeling, consultatie, dienstverlening en/of voorlichting.

5. Methode van onderzoek

5.1. De relevantie en doelstelling van het onderzoek

Om te beginnen met de maatschappelijke relevantie, is de onderzoeksvraag geformuleerd op basis van de bevindingen uit het onderzoek 'Eindelijk gaan ze me begrijpen' van Van der Venne (2002). In dit onderzoek naar kwaliteit van de zorg voor allochtone cliënten zijn de algemene ervaringen alsmede communicatie met patiënten onderzocht. Hiertoe zijn huisartsen en medewerkers van het IMT geïnterviewd. Uit de interviews kwam naar voren dat het IMT bijdraagt aan laagdrempeligheid ten aanzien van hulp in de GGZ, dat doorverwijzingen sneller verlopen en dat huisartsen na doorverwijzing een beter zicht op de patiënt houden. Voorts dragen medewerkers van het IMT bij tot betere en sneller gestelde diagnoses, betere behandelingen en betere verwijzingen (Van der Venne, 2002). Door middel van mijn onderzoek zal meer inzicht worden verkregen in de beleving van de cliënten van het IMT en hoe zij de benadering, die het IMT toepast, ervaren. Door het invullen van een vragenlijst krijgen deelnemende cliënten de kans om (desgewenst anoniem) hun beleving te uiten, zonder dat daar voor hen consequenties aan verbonden zijn. Medewerkers van het IMT krijgen op deze manier feedback op hun handelen, zonder dit direct aan cliënten te hoeven vragen. Voor de organisatie (Parnassia) is het van belang dat er regelmatig wordt stilgestaan bij de kwaliteit van de zorg.

Door het uitvoeren van diverse onderzoeken, waar dit onderzoek er één van is, kunnen de aspecten die met kwaliteit van zorg te maken hebben getoetst worden. Op deze manier werkt men voortdurend aan verbetering van de geleverde zorg.

Met het oog op kwaliteitsverbetering en in het kader van certificering van de organisatie Parnassia, wil men met het hier te beschrijven onderzoek achterhalen hoe cliënten de benadering ervaren die IMT-medewerkers toepassen.

Het onderzoek heeft een aantal doelstellingen: allereerst fungeert het als afstudeerproject voor de auteur van dit verslag. Verder wordt dit onderzoek uitgevoerd om te achterhalen in hoeverre Turkse en Marokkaanse cliënten tevreden zijn met de hulpverlening van de medewerkers van het IMT. Voorts is dit onderzoek bedoeld als vooronderzoek en/of referentie voor effectenonderzoek/ tevredenheidsonderzoek naar andere doelgroepen van het IMT of naar de totale bijdrage van het IMT aan het dichten van de kloof tussen GGZ-hulpverlening van Parnassia en de hulpvraag van allochtone cliënten. Tenslotte is dit onderzoek bedoeld om meer aandacht te vestigen op interculturele hulpverlening binnen de GGZ.

5.2. De vraagstelling van het onderzoek

Zoals gezegd wil ik in mijn onderzoek een antwoord geven op de vraag of Parnassia erin geslaagd is, met het opzetten van het IMT, de kloof tussen allochtone patiënten en de geestelijke gezondheidszorg te dichten.

De vraag is in hoeverre het IMT een effectieve bijdrage levert aan de GGZ-hulpverlening aan allochtone cliënten in de regio Haaglanden.

De effectiviteit van het IMT wordt mede bepaald door de mate van tevredenheid van cliënten over de hulpverlening. De vraag die met behulp van het hier te beschrijven onderzoek moet worden beantwoordt luidt:

Zijn Turkse en Marokkaanse cliënten tevreden over de hulpverlening van het IMT?

5.3. De deelvragen

1. Hoe tevreden zijn cliënten over de werkwijze van IMT-medewerkers?
2. Hoe tevreden zijn cliënten over cultuurgebonden aspecten van het intercultureel Mobiel Team?
3. Hoe tevreden zijn cliënten over de IMT-richtlijnen?
4. Hoe tevreden zijn cliënten over het effect van de IMT-behandeling?
5. In welke mate komt de tevredenheid van cliënten overeen met de tevredenheid van de IMT-medewerkers?
6. Hoe tevreden zijn IMT-medewerkers over het effect van hun begeleiding?

5.4. Dataverzameling

Voorafgaande aan het onderzoek werden korte interviews gehouden met de medewerkers van Parnassia en het IMT om een inventarisatie te doen over de behoefte aan, interesse in en mogelijkheid tot het uitvoeren van dit onderzoek. Ook werd advies gevraagd over de mogelijke richting van het onderzoek en de geschikte literatuur.

Om de vraagstelling en de deelvragen te kunnen beantwoorden worden data verzameld door middel van de afname van een vragenlijst bij cliënten en de IMT-medewerkers. De IMT-medewerkers krijgen setjes van 20 vragenlijsten waarvan 10 door de cliënten werden ingevuld en 10 door de IMT-medewerkers zelf. De keuze van dit aantal is gebaseerd op het aantal cliënten dat per anderhalve maand gemiddeld per IMT-medewerkers wordt ontslagen of doorverwezen. Anderhalve maand duurt de periode waarin de afname van de vragenlijsten plaats zal vinden. Het is de bedoeling om ingevulde vragenlijsten van tenminste 20 cliënten te verkrijgen. Om de objectiviteit en betrouwbaarheid van de vragenlijsten te bewaken wordt het cliëntenbestand van cliënten van de auteur niet meegeteld.

5.5. De vragenlijst

De vragenlijst bestaat uit 16 stellingen. Iedere stelling heeft een antwoordschaal van 1 tot 6, waarbij 1 staat voor "helemaal oneens" of "zeer ontevreden" en 5 staat voor "helemaal mee eens" of "zeer tevreden". 6 staat voor geen mening. Antwoordmogelijkheid 6 wordt vóór de analyse omgezet in waarde 0.

Onderdeel A: stellingen met betrekking tot de werkwijze van de IMT-medewerkers (vragen 1 t/m 6)

Onderdeel B: stellingen met betrekking tot cultuurgebonden aspecten van IMT-hulpverlening. (vragen 7 t/m 10)

Onderdeel C: stellingen met betrekking tot de richtlijnen van de IMT-hulpverlening. (vragen 11 en 12).

Onderdeel D: stellingen met betrekking tot de effecten van de IMT-behandeling (vragen 13 t/m 16)

De tevredenheid van de cliënten:

Per vraag kan een maximum score behaald worden van vijf (helemaal mee eens) en een minimum van één (helemaal mee oneens). De score 0 (geen mening) wordt niet meegerekend. Per onderdeel is de maximale score als volgt:

Onderdeel A: 600 (6 vragen x 20 cliënten x 5 punten maximaal)

Onderdeel B: 400 (4 vragen x 20 cliënten x 5 punten maximaal)

Onderdeel C: 200 (2 vragen x 20 cliënten x 5 punten maximaal)

Onderdeel D: 400 (4 vragen x 20 cliënten x 5 punten maximaal)

Het resultaat wordt in percentage berekend, bijvoorbeeld het resultaat van onderdeel A is 350 hetgeen neerkomt op een percentage van 58,33% van 600. Dit cijfer betekent dat de cliënt tevreden is over onderdeel A.

De tevredenheidsschaal uitgedrukt in percentages ziet er als volgt uit :

Score tussen 0% en 25%: zeer ontevreden

Score tussen 25% en 50%: ontevreden

Score tussen 50% en 75%: tevreden

Score tussen 75% en 100%: zeer tevreden

De tevredenheid van het IMT

De inhoud van de stellingen voor de IMT-medewerkers zijn vergelijkbaar met die voor de cliënten. Echter de vragen van het IMT zijn verdeeld in twee groepen; een groep waarbij de IMT-medewerker gevraagd wordt na te denken over hoe tevreden de cliënt is (vragen 1,2,3,5,7,8,10,13); een groep waarbij de IMT-medewerker gevraagd wordt zijn/haar eigen tevredenheid of mening te geven (vragen 4, 6, 9, 11, 12, 14, 15, 16).

De vergelijking tussen de beleving van de cliënten, de tevredenheid van de IMT-medewerkers en de inschatting die het IMT maakt van de tevredenheid van de cliënt wordt berekend aan de hand van de verschillen in antwoorden van de cliënten en de IMT-medewerkers. Hierbij wordt per onderdeel berekend bij welke vraag de cliënten hoger dan, lager dan, of gelijk aan het IMT scoren. Er wordt niet ingegaan op de grootte van het verschil.

Doel van deze analyse is niet om aan te tonen waarom er verschillen in beleving zijn, maar slechts om aan te tonen dat deze aanwezig zijn.

Per vraag wordt 20 keer een vergelijking gemaakt tussen de antwoorden van de 20 deelnemende cliënten en IMT-medewerkers. Per vraag kan dus 20 keer een verschil of overeenkomst aangetoond worden.

Per onderdeel wordt het volgende aantal vergelijkingen getrokken:

Onderdeel A: 120 (6 vragen x 20 vergelijkingen)

Onderdeel B: 60 (3 vragen x 20 vergelijkingen)

Onderdeel C: 40 (2 vragen x 20 vergelijkingen)

Onderdeel D: 80 (4 vragen x 20 vergelijkingen)

Het resultaat wordt procentueel berekend. Er zullen drie uitkomsten worden weergegeven:

Het percentage vergelijkingen waarbij de patiënten hoger scoren dan het IMT.

Het percentage vergelijkingen waarbij de patiënten lager scoren dan het IMT.

Het percentage vergelijkingen waarbij de patiënten en het IMT een gelijke score behalen.

5.6. Onderzoekspopulatie

De gekozen doelgroep voor de interviews bestaat uit Turkse en Marokkaanse cliënten die in behandeling zijn geweest bij het IMT en van wie de behandeling afgesloten is in de periode van 01 november 2004 tot en met 10 januari 2005. Vier IMT-medewerkers deden mee aan het onderzoek: twee van Marokkaanse afkomst en twee van Turkse afkomst.

6. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten uit het onderzoek worden besproken. De resultaten zullen per onderdeel behandeld worden. Tevens wordt er onderscheid gemaakt tussen de resultaten van de meting van de tevredenheid van de cliënten en de resultaten van de vergelijking tussen de antwoorden van het IMT en de cliënten. Hiermee zullen de centrale probleemstelling⁹ en de deelvragen¹⁰ beantwoord worden.

6.1. Achtergrondgegevens

Aan het onderzoek hebben 20 personen deelgenomen. De verdeling tussen mannen en vrouwen is 13 vrouwen en 7 mannen. In de Marokkaanse groep zitten 3 mannen en 7 vrouwen en in de Turkse groep zitten 4 mannen en 6 vrouwen. Naar verwachting is deze groep cliënten representatief voor de populatie Turkse en Marokkaanse cliënten van het IMT. Zoals bekend komen Turkse en Marokkaanse vrouwen eerder en meer in de GGZ terecht dan mannen. Van de onderzoeksgroep zijn 4 vrouwen al eerder in behandeling bij een IMT-medewerker geweest. Gemiddeld hebben de vrouwen uit de onderzoeksgroep 6 gesprekken gehad. Twee vrouwen zijn eerder bij Parnassia in behandeling geweest. 10 vrouwen hebben de vragenlijst niet zelf ingevuld. Broer, zus, kind of kennis heeft geholpen met het invullen van de vragenlijst. 4 vrouwen zijn via de CAT¹¹ naar een van de zorgprogramma's van Parnassia doorverwezen. 5 vrouwen zijn door de IMT-medewerker ná de gesprekken naar het maatschappelijke werk en/of andere eerstelijnsinstelling verwezen. Bij 4 vrouwen is de behandeling afgesloten en/of zijn zij terugverwezen naar de huisarts.

Het gemiddelde aantal gesprekken bij de mannen is 7 gesprekken. 4 mannelijke cliënten zijn na de IMT-hulpverlening terugverwezen naar de huisarts vanwege de lichamelijke klachten, 2 zijn doorverwezen naar een zorgprogramma van Parnassia en 1 is bij de afdeling schuldhulpverlening van Parnassia aangemeld. 2 van de 7 mannen zijn al eerder in behandeling bij Parnassia geweest. 2 mannen hebben de vragenlijst zelf ingevuld, de overigen hebben hulp gekregen van een vriend of familielid.

9 Zijn allochtone cliënten tevreden over de hulpverlening van het IMT?

10 Hoe tevreden zijn cliënten over de werkwijze van IMT-medewerkers?

Hoe tevreden zijn cliënten over cultuurgebonden aspecten van het intercultureel Mobiel Team?

Hoe tevreden zijn cliënten over IMT-richtlijnen?

Hoe tevreden zijn cliënten over het effect van de IMT-behandeling?

In welke mate komt de tevredenheid van cliënten overeen met de tevredenheid van de IMT-medewerkers?

Hoe tevreden zijn IMT-medewerkers over het effect van hun begeleiding?

11 Centrale aanmelding en toeleiding van Parnassia

6.2. Resultaten onderdelen.

Onderdeel A: werkwijze van IMT-medewerkers

Tevredenheid van de cliënten

		Totaal cliënt		Totaal IMT		
Onderdeel A Werkwijze van IMT-medewerkers	Vraag 1	86	Verskil 9=1,5%	81	100% = 600	
	Vraag 2	81		78		
	Vraag 3	82		87		
	Vraag 4	82		79		
	Vraag 5	73		62		
	Vraag 6	67		75		
	totaal	471= 78,5%				462=77%

Het maximale aantal te behalen punten bij dit onderdeel is 600 (100%).

De cliënten scoorden hier 471 punten. Dit is 78,5% van het totale aantal punten dat gescoord had kunnen worden. Als we dit onderdeel per vraag gaan bekijken zien we dat vraag 1 (Ik ben tevreden over bereikbaarheid van de IMT-medewerker) het hoogst scoort.

Het laagst scoorde de stelling 4 (ik kon alles bespreken met de IMT-medewerker). Het onderdeel A scoorde in vergelijking met de andere onderdelen het hoogst. De score van 78,5% op onderdeel A betekent dat de cliënten zeer tevreden zijn.

Vergelijking tussen de antwoorden van het IMT en de cliënten.

Bij dit onderdeel kan 120 keer een vergelijking worden getrokken. 100% is hier dus 120. De cliënten scoorden bij dit onderdeel 43 keer hoger dan het IMT (35,83%) en 28 keer lager (23,33%). 49 keer was de score van de cliënten en het IMT gelijk, dit is 40,83%.

Onderdeel B: Cultuurgebonden aspecten van het IMT.

Tevredenheid van de cliënten

		Totaal cliënt		Totaal IMT	
Onderdeel B Culturele gebonden aspecten van het IMT	Vraag 7	67	Verskil 15=3,75%	80	100% = 400
	Vraag 8	80		85	
	Vraag 9	88		82	
	Vraag 10	50		53	
	Totaal	285=71,25%		300=75%	

Het maximale aantal te behalen punten bij dit onderdeel is 400 (100%).

De cliënten scoorden hier 285 Punten. Dit is 71,25% van het totaal te behalen punten. Deze score toont aan dat de cliënten tevreden zijn. De IMT-medewerkers scoorden bij dit onderdeel 300 punten (75%).

Vergelijking tussen de antwoorden van het IMT en de cliënten.

Bij dit onderdeel kan 80 keer een vergelijking worden getrokken. 100% is hier dus 80. De cliënten scoorden bij dit onderdeel 26 keer hoger dan het IMT (32,5%) en 27 keer lager (33,75%). 27 keer was de score van de cliënten en het IMT gelijk, dit is 33,75%

Onderdeel C: richtlijnen van de IMT-hulpverlening.

Tevredenheid van de cliënten

		Totaal cliënt		Totaal IMT	
Onderdeel C Richtlijnen van het IMT	Vraag 11	56	Vershil 10=5%	61	100% = 200
	Vraag 12	58		63	
	Totaal	114=57%		124=62%	

Het maximale aantal te behalen punten is bij dit onderdeel 200 (100%). De cliënten scoorden hier 114 punten, dat is 57% van het totale aantal punten dat gescoord had kunnen worden. In vergelijking met andere onderdelen scoorde dit onderdeel het laagst. Een score van 57% houdt in dat de cliëntentevreden zijn met de richtlijnen van het IMT.

Vergelijking tussen de antwoorden van het IMT en de cliënten.

Bij dit onderdeel kon 40 keer een vergelijking gemaakt worden. 9 keer scoorden de cliënten hoger dan het IMT (22,5%) en 20 keer lager (50%) de score was 11 keer gelijk (27,5%)

Bij de helft van het aantal vergelijkingen dat getrokken werd scoorden de cliënten lager dan het IMT. Het IMT team schat de tevredenheid van de cliënten met de richtlijnen van de van IMT-hulpverlening blijkbaar nog hoger in dan deze in de praktijk blijkt te zijn.

Onderdeel D: de effecten van de IMT-behandeling

Tevredenheid van de cliënten

Onderdeel D Effecten van de IMT-behandeling	Vraag 13	73	Vershil 18=4,5%	71	100% = 400
	Vraag 14	80		73	
	Vraag 15	72		74	
	Vraag 16	82		71	
	Totaal	307=76,75%		289=72,25%	

Het maximale aantal te behalen punten is bij dit onderdeel 400 (100%). De cliënten scoorden 307 punten, dat is 76,75 % van het totaal te behalen punten.

Een score van 76,75 % betekent dat de cliënten zeer tevreden zijn. Het IMT scoorde 289 punten (72,25%)

Met name vraag 16 (de gesprekken met de IMT-medewerker hebben een duidelijke meerwaarde gehad in mijn algehele behandeling) kreeg veel punten (82 in totaal).

Vergelijking tussen de antwoorden van het IMT en de cliënten.

Bij dit onderdeel kon 80 keer een vergelijking getrokken worden. De cliënten scoorden 31 keer hoger (38,75%) en 17 keer lager (21,25%) dan het IMT. De score van de cliënten en het intercultureel Mobiel Team was 32 keer gelijk (40%)

Tevredenheid van de IMT-medewerkers

Op de vragen naar de tevredenheid van de cliënten over de aangeboden hulpverlening van het IMT, scoorde het team 525 (65,62%) punten van het maximale aantal te behalen punten (800 punten is dus 100%). Dit houdt in dat de IMT-medewerkers denken dat hun cliënten tevreden zijn over de aangeboden hulpverlening.

Op de vragen hoe tevreden het team zelf is over de verschillende aangeboden hulpverleningsonderdelen scoorde het team 578 punten van het maximale te behalen punten (800).

Hoe tevreden de cliënt is volgens de IMT-medewerker?	Vraag 1	81	100% -= 800
	Vraag 2	78	
	Vraag 3	87	
	Vraag 5	62	
	Vraag 7	80	
	Vraag 8	85	
	Vraag 10	53	
	Vraag 13	71	
totaal		525	65,62%
De tevredenheid van de IMT-medewerker zelf	Vraag 4	79	100% = 800
	Vraag 6	75	
	Vraag 9	82	
	Vraag 11	61	
	Vraag 12	63	
	Vraag 14	73	
	Vraag 15	74	
Vraag 16	71		
totaal		578	72,25%

Tabel 2. Tevredenheid IMT-medewerker procentueel weergegeven

6.3. De opmerkingen van de respondenten

De respondenten hebben weinig gebruik gemaakt van de gelegenheid die werd geboden om de antwoorden op de stellingen toe te lichten. De samenvatting van de opmerkingen die zijn gegeven zullen hieronder worden beschreven.

6.3.1 de cliënten

Wat mij is opgevallen is dat de geïnterviewden allen aangeven dat zij het als zeer prettig hebben ervaren om door iemand geholpen te worden van dezelfde culturele achtergrond. Echter wanneer zij privé problemen (bijvoorbeeld echtscheiding, abortus, lichamelijk onderzoek) hebben, zouden zij liever met een hulpverlener praten, die niet dezelfde culturele achtergrond heeft.

Een ander aandachtspunt is dat meer dan 50% van de geïnterviewden vijf gesprekken als "te weinig" heeft ervaren.

Verder geven zeven van de twintig geïnterviewden aan dat ze liever na de vijf gesprekken nog contact zouden kunnen blijven houden met hun IMT-hulpverlener.

Vier van de 20 respondenten zijn eerder in behandeling geweest bij een GGZ-instelling. Zij geven aan, dat het hulpaanbod niet aansluit, vooral omdat ze de Nederlandse taal slecht beheersen. Twee respondenten geven aan, dat zij in de reguliere hulpverlening respect en begrip missen voor hun eigen achtergrond en geloof.

6.3.2 de IMT-medewerkers

De IMT-medewerkers geven aan dat er extra aandacht zou moeten zijn voor het ingewikkelde karakter van hun taak. Zij zijn geen duizendpoten die tegelijkertijd èn cultuurdeskundigen èn hulpverleners van alle allochtone cliënten kunnen zijn. Er zou tevens aandacht moeten komen voor de dilemma's die het werken tussen meerdere culturen opleveren.

Een ander probleem ligt in het feit dat allochtone cliënten, omdat ze een hulpverlener hebben van hun eigen achtergrond, te hoge verwachtingen krijgen ten aanzien van het oplossen van hun hulpvraag.

Omdat, zeker in de startfase, de problemen die ontstonden op het gebied van communicatie, samenwerking en deskundigheid, vrij eenzijdig werden benoemd als taalprobleem, ontstond bij de IMT-ers het gevoel dat zij van die startproblemen "de schuld" kregen. Dat had tot gevolg dat de integratie van de collega's moeizaam liep. ("Oemoemenoe?", J. de Theije - V. Huijbregts)

Doordat de IMTers aan Parnassia-collega's hun eigen cultuur uitleggen, worden ze zich bewust van hun eigen cultuurkennis. Dit heeft een belangrijk positief effect op hun gevoel van eigenwaarde.

6.3.3 Toekomstig onderzoek

Uit mijn onderzoek blijkt dat Marokkaanse en Turkse vrouwen meer gebruik maken van de GGZ dan de mannen. Er lijkt ook een verschil te bestaan tussen de groepen vrouwen onderling.

Het is de vraag of ze met meer psychiatrische problemen te kampen hebben dan mannen. Om welke hulpvragen het precies gaat en in hoeverre deze overeenkomen met die van autochtone vrouwen, is niet duidelijk.

Het lijkt de moeite waard dit uit te zoeken: spelen hier seksespecifieke aspecten in de twee culturen een rol? Bijvoorbeeld, in welk opzicht verschilt de leefwereld van Marokkaanse vrouwen met die van Turkse vrouwen?

7. Conclusies en aanbevelingen

7.1 Inleiding

Dit laatste hoofdstuk bevat mijn conclusies en aanbevelingen, die ik gaandeweg mijn (literatuur)- onderzoek en al schrijvende aan dit verslag heb gemaakt. Met het trekken van mijn conclusies wil ik bereiken dat de hulpverlening door allochtone hulpverleners dé aandacht krijgt die deze verdient. Ik wil bereiken dat het hulpaanbod van de allochtone hulpverleners in de reguliere zorg van Parnassia verder wordt geïntegreerd. Dit zal een rechtstreeks positief effect hebben op de kwaliteit van de hulpverlening aan de allochtone hulpvragers.

Mijn aanbevelingen kunnen door Parnassia als leidraad dienen en als hulpmiddel fungeren om bovengenoemde integratie en kwaliteitsverhoging tot stand te brengen. Tevens kunnen ze gebruikt worden om het interculturele hulpverleningsaanbod binnen Parnassia te bestendigen en kwalitatief te vergroten.

7.2 Conclusies

Naar aanleiding van dit onderzoek concludeer ik dat kennis van de cultuur en de culturele achtergronden van de hulpvrager in de GGZ vooral een soepele aansluiting bij de Turkse en Marokkaanse cliënt tot gevolg heeft. Het intercultureel Mobiel Team draagt dus bij aan een effectievere hulpverlening binnen Parnassia aan Turkse en Marokkaanse cliënten. De algemene conclusie die ik getrokken heb is, dat de Turkse en Marokkaanse cliënten tevreden tot zeer tevreden zijn met de IMT-hulpverlening van Parnassia.

Uit de resultaten die beschreven zijn in hoofdstuk 6, heb ik deelconclusies getrokken.

Werkwijze

Doordat de IMT-ers, volgens het principe van het Huisartsenprogramma bij de huisarts in de praktijk werken, profiteren de hulpvragers van de laagdrempeligheid. Omdat de cliënt en de huisarts vaak een vertrouwensband hebben, zullen zij makkelijker ingaan op diens aanbod met een IMTer te spreken. Het is erg belangrijk voor Turkse en Marokkaanse cliënten dat degene met wie ze hun problemen moeten gaan bespreken, aanbevolen wordt door een medicus.

Opmerkelijk is dat wanneer cliënten hulp nodig hebben bij problemen in hun privé-leven, ze liever geholpen worden door Hollandse hulpverleners. De schaamte om dit soort problemen te delen met landgenoten, speelt hierbij kennelijk een rol.

Cultuurgebonden aspecten

Doordat de IMT-er in het voorportaal van de tweede lijn al een gesprek heeft gehad met de cliënt, wordt het aantal onterechte verwijzingen naar de tweede lijn verminderd. De informatie over Parnassia en diens hulpaanbod kan in een vroeg stadium duidelijk gemaakt worden. Dit zou het aantal drop-outs in de tweede lijn drastisch kunnen verminderen. Hier is echter (nog) geen onderzoek naar gedaan.

Geconcludeerd kan worden dat de hulpvrager zich op zijn gemak voelt doordat hij zijn hulpvraag in zijn eigen taal heeft kunnen stellen en beantwoord heeft gekregen. Blijkbaar zijn de cliënten erg tevreden met de gemeenschappelijke culturele achtergrond van de hulpverlener en hemzelf. Dit in tegenstelling tot dat wat de IMT-er concludeerde. Ook deze tevredenheid zou kunnen leiden tot verminderen van het aantal drop-outs.

IMT richtlijnen

Uit de lage score op dit onderdeel concludeer ik dat de cliënten blijkbaar het minst tevreden zijn met de richtlijnen van de IMT-hulpverlening (het aantal gesprekken en de vastgestelde tijd voor de gesprekken). De IMTers schatten de tevredenheid van de cliënten op dit punt hoger in. Kennelijk hebben cliënten behoefte aan meer dan vijf gesprekken en aan meer tijd tijdens de gesprekken.

Effecten van de IMT-behandeling

In dit onderdeel is het grootste verschil in antwoorden van cliënten en de IMT-ers te zien. Ik concludeer naar aanleiding van deze resultatenvergelijking dat de IMT-er het resultaat van zijn behandeling op de klachten van de cliënt, onderschat. Hieraan zou ten grondslag kunnen liggen, dat de hulpverlener meer resultaten wil zien dan de hulpvrager. Ook meen ik te herkennen dat allochtone hulpverleners opkijken tegen hun Hollandse collega's omdat zij hun eigen opleidingsniveau diskwalificeren.

7.3 Aanbevelingen

De belangrijkste aanbeveling van dit onderzoek is de noodzaak tot het continueren van het IMT.

De volgende aanbevelingen zijn geformuleerd op basis van hoofdstuk 6.

Beleidsaanbevelingen

Het bestaande hulpaanbod van het intercultureel Mobiel Team moet ondersteund worden en de IMT-medewerkers dienen hierbij zowel inhoudelijk als facilitair ondersteund en gewaardeerd te worden.

De problemen van de allochtone cliënten zijn niet opgelost als er allochtone hulpverleners worden aangenomen bij Parnassia. Er zullen kaders neergezet moeten worden zodat de hulpverlener ruimte krijgt voor toepassen van verschillende methodieken. Daarmee wordt het gevoel dat hierover "strijd geleverd moet worden" weggenomen. Tevens wordt daarmee bereikt dat de professionele diversiteit optimaal benut wordt.

Vervolgens beveel ik aan om meer allochtone hulpverleners in dienst te nemen zodat de al in dienst zijnde hulpverleners geen geïsoleerde positie meer innemen en er meer cliënten geholpen kunnen worden.

In een multidisciplinair en multicultureel team zijn discussies over de rol van etniciteit, de eigen ervaringen en de persoon van de therapeut belangrijk. Allochtone hulpverleners zijn niet alleen van belang bij therapeutische interventies maar ook bij "interventies" waarmee de team- en instellingstructuur wordt veranderd in de richting van een grotere openheid en diversiteit. Derhalve zal geregeld moeten worden dat zowel allochtone als autochtone collega's, binnen en buiten de eigen instelling gezamenlijk kunnen praten over de soms pijnlijke ervaringen en dilemma's van het werken tussen twee of meer culturen (interview).

Wil Parnassia haar interculturalisatieproces voldoende aandacht blijven geven, dan beveel ik aan dat dit proces actief gecoördineerd blijft worden vanuit een vastgestelde projectstructuur. Om tijdelijkheid en vrijblijvendheid bij het opzetten van een beleid gericht op interculturalisatie te voorkomen, moet worden aangesloten bij bestaande initiatieven, zoals het intercultureel Mobiel Team. Het team zal blijvend bestaan uit deskundigen (allochtoon en autochtoon), die collega's in- en extern kunnen ondersteunen en adviseren bij het begeleiden van allochtone cliënten. Met andere woorden; de mogelijkheid van IMTers om hun expertise over te dragen zal meer dan nu benut moeten worden.

IMT-medewerkers kunnen, wanneer bewust ingezet, een dubbel voordeel opleveren voor Parnassia. Juist de combinatie van persoonlijke ervaring, kennis van twee culturen en professionaliteit leidt tot kwalitatief goede hulpverlening. De rol van de cultuur-/ervaringsdeskundige kan dus erg nuttig zijn als deze evenwichtig wordt gecombineerd met die van behandelaar/therapeut.

Allochtone hulpverleners kunnen Parnassia toegankelijker maken voor allochtone cliënt zodat die zich beter kan herkennen in het zorgaanbod. Ook zorgen zij voor het kunnen plaatsvinden van de dialoog tussen culturen en tussen professionals, in plaats van alleen tussen professionals en cliënten. Dit kan een enorme impuls geven aan de interculturalisatie doordat op deze manier vanzelfsprekende de "witte" normen en waarden ter discussie komen te staan.

Inhoudelijke aanbevelingen

In essentie gaat het er om dat hulpverleners cliënten als unieke personen zien. Problemen van allochtone cliënten zijn niet altijd exclusief voor een bepaalde cultuur of geloof.

De allochtone hulpverlener dient aan het begin van zijn contacten ook stil te staan bij de achtergronden van de hulpvraag van de cliënt en er niet meteen vanuit te gaan dat deze cultuurgerelateerd zijn.

Een aanbeveling is het aantal gesprekken bij hulpverlening aan allochtone cliënten niet strikt op vijf te houden. Vooral de onderzoeksfase van de hulpverlening vergt tijd, omdat goed uitgezocht moet worden of de hulpvraag een GGZ-hulpvraag is en of het Parnassia-aanbod hierbij aansluit. Daarnaast pleit ik voor een uitbreiding van de tijd per gesprek. Gebleken is dat het van belang is in gesprekken met allochtone cliënten, naast de daadwerkelijke hulpverlening, ook voorlichting te geven over de Nederlandse hulpverlening en diens mogelijkheden.

De diskwalificatie van de eigen deskundigheid van de IMTer verdient aandacht omdat dit kwaliteitsverlies van de hulpverlening tot gevolg kan hebben. Derhalve beveel ik aan dat IMT-ers op regelmatige basis deelnemen aan opleidingen in de richting van gesprekstechnieken en persoonlijke effectiviteit zodat zij hun eigen kwaliteiten kunnen herkennen en erkennen. Het management zou dit vast kunnen leggen in haar opleidingsplannen. Dit zal zeker ook effect hebben op de intercollegiale samenwerking en deskundigheidsbevordering.

Het feit dat één van de uitkomsten laat zien dat bij bepaalde problemen de allochtone cliënt liever een Hollandse hulpverlener heeft, vraagt naar mijn mening onderzoek. Ik beveel aan dat onderzocht wordt bij welke problemen dat nu precies het geval is, zodat met die resultaten bekeken kan worden of en zo ja hoe daar beslissingen over genomen moeten worden.

8. Wetenswaardigheden uit de literatuur

Interculturalisatie is niet alleen van belang om allochtonen te helpen. Allochtonen van nu worstelen met de toekomstige problemen van autochtonen. Ook Nederlanders krijgen steeds meer te maken met groeiende mobiliteit, ingrijpende veranderingen in de leefwereld, wegvallen van vertrouwde grenzen en zekerheden, maatschappelijke en culturele desoriëntatie en identiteitsvragen (Van Dijk, 2000)

De risicofactoren voor psychische problemen bij allochtonen hangen samen met hun kwetsbare positie in de maatschappij. Er zijn ook aanwijzingen voor een verhoogde prevalentie van psychosociale problematiek in vergelijking met autochtonen (Trimbos-instituut & RVZ, 2000, blz.49-51). Antropologische onderzoeken naar psychiatrische stoornissen (zoals bijv. naar depressies) leert echter dat men een ziektebeeld zoals depressie en de symptomen daarvan niet los mag zien van de culturele context (Kleinman & Good, 1985, Richters, 1991, Borra, 19998, Kortmann, 1999). Iedere cultuur blijkt zijn eigen uitingsvormen te hebben om lijden en gevoelens van "ziek zijn" en/of "ongelukkig" uit te drukken (Richters, 1996). De hulpverlener dient uit te gaan van een dynamisch cultuurbegrip met het oog op de algemene hulpverleningsregels, zonder overdrijving tussen de allochtone en de autochtone cliënten. Kennis van etnische achtergronden van de cliënten betekent niet, dat de kwaliteit van de hulpverlening is gewaarborgd. Analfabetisme en taalproblemen belemmeren vaak een effectieve communicatie, waardoor de valkuil bestaat dat de hulpverlener de oplossing voor de hulpvraag te snel zoekt in cultuurverschillen. Hierdoor ontstaan misverstanden over de inhoud van de hulpverlening. Derhalve kost het veel tijd om elkaar goed te kunnen begrijpen.

Van Dijk e.a (2000) bepleit daarom de interculturalisatie van de GGZ (een proces waarin organisatiestructuur, personeelsbeleid en de zorg afgestemd worden op de multi-culturalisatie van Nederland) (De Jong, 1994). Hiervoor is het belangrijk een cultureel divers personeelsbestand op te bouwen (Weldring, 1996). Dit laatste lukt maar zelden. Er moet wel bij gezegd worden dat er in de praktijk altijd groepen zijn die wel bediend, en andere groepen die in de praktijk niet specifiek bediend kunnen worden. Duidelijk is de toename van het aantal allochtone cliënten, terwijl het aantal allochtone hulpverleners achterblijft. Uitgezocht moet worden waarom het aantal allochtone hulpverleners nog altijd zo klein is? Welke problemen komen ze tegen en hoe zijn deze op te lossen? (Van Hugte, 2000).

Nawoord

Door het grote aantal positieve en opbouwende reacties op mijn werkstuk en met name de conclusies en aanbevelingen, merk ik dat de aandacht die aan dit onderwerp binnen Parnassia wordt besteed, nu al aan het toenemen is.

Eigenlijk is daarmee al mijn hoofddoel, namelijk het vermeerderen van de aandacht voor multiculturele hulpverlening in al zijn aspecten, bereikt. Ik heb goede hoop dat mijn aanbevelingen zullen bijdragen aan het bestendigen van de beleidsvoornemens die Parnassia al heeft op het gebied van de multiculturele hulpverlening. De aandacht die binnen Parnassia uitgaat naar de allochtone cliënt is broodnodig en kan hiermee alleen maar omhoog.

Recent kwam mij de oprichting ter ore van NOAGG, een GGZ-instelling in Den Haag die zich richt op de allochtone bevolkingsgroep van Den Haag. Gezien de marktwerking zijn zij een concurrent van Parnassia. Hiermee neemt het belang om zelf blijvend de aandacht op de allochtone cliënt en het hulpaanbod te blijven vestigen alleen maar toe.

Ik wil besluiten met het signaleren van het feit dat ik in mijn werkstuk een aantal mogelijke onderzoeken aanbeveel.

Zelf zou ik het als een uitdaging zien betrokken te worden bij het uitvoeren van het onderzoeken van het feit dat allochtone cliënten voor bepaalde hulpvragen liever een Hollandse hulpverlener wordt geraadpleegd.

Marokkaanse en Turkse vrouwen maken meer gebruik van de GGZ dan de mannen. Er lijkt ook een verschil te bestaan tussen de groepen vrouwen onderling. Ook de vraag of ze met meer psychiatrische problemen te kampen hebben dan mannen en om welke hulpvragen het dan precies gaat zou ik graag onderzoeken.

Literatuurlijst

Banning, H. (1992), In gesprek met migranten: leer-en werkboek interculturele communicatie, Baarn: H.Nelissen B.V.

Colijn, S. (1996), Klinische behandeling en cultuurverschillen, in: de Jong J.& M. van den Berg (Red) transculturele psychiatrie en psychotherapie: handboek voor hulpverlening en beleid, Lisse: Swets&Zeitlinger, 203-212.

Es, van D. (1995), De migrant als patiënt, een oriëntatie voor hulpverleners in de gezondheidszorg, Utrecht: de Tijdsboom.

Joke de Theije & Veronique Huijbregts. (juni 2004), Oemoemenoe? Het intercultureel Mobiel Team van Parnassia aan het werk, Rotterdam: Mikado en GGZ Nederland

Gemeente Den Haag (2002), Gezondheidsmonitor 2002, Den Haag: gemeente Den Haag. Dienst onderwijs, cultuur en Welzijn.

Gruppelaar, J.&Wils, J.P. (1998), Multiculturalisme(uitgever?)

Hoffer, C.B.M. (1996). Samenwerking tussen artsen en hulpverleners enerzijds en islamitische genezers anderzijds, in: de jong J.&M. van de Berg (Red), Transculturele psychiatrie en psychotherapie; handboek voor hulpverlening en beleid, Lisse: Swets&Zeitlinger, 255-270.

Hoffman, E.M.(1999), Het topoimodel; een pluralistische systeemtheoretische benadering van interculturele communicatie, Proefschrift

Kraetzer, S., Erp, van R. (1997), Rapport dialoog tussen huisartsen & migranten; verslag van dertien discussiebijeenkomsten, Den Haag: GGD/afdeling GVO

Orden, van M.L. (2001), Samenvatting onderzoek naar samenwerking huisartsen – GGZ Den Haag . Den Haag Multimedia

Shadid, W.A. (1998), Grondslagen van interculturele communicatie; Sudieveld en werkterrein, Houten / Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum

Verhulst J.C.R.M. (1992), In therapie; theoretische achtergronden en hun toepassing in de praktijk, Amsterdam / Lisse: Sweets&Zeitlinger.

Sterman, D. (1996) Een olijfboom op de ijsberg, een transcultureel-psychiatrische visie op en behandeling van de problemen van jonge Noord-Afrikanen en hun families.
Amsterdam/Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders

C.G.J.M. van der Venne (2002), Eindelijk gaan ze me begrijpen. Evaluatie van inzet van migrantenhulpverleners in de huisartsenpraktijk teneinde de zorg aan allochtone patiënten met psychische problemen te verbeteren. Parnassia, Psycho-medisch centrum, Den Haag

Hoffman Edwin (2002), Interculturele gespreksvoering, Bohn Stafleu Van Loghum. Houten/ Diegem 2002

Forum, Wankele Waarden (levenskwetsies van moslims belicht door professionals/ Utrecht 2003

Rinus Penninx, Etnische minderheden en de multiculturele samenleving/
Wolters-Noordhoff Groningen 2002

Huub Angenent, Criminaliteit van allochtone jongeren, Baarn 1997

Trees Pels, Opvoeding in Marokkaanse gezinnen in Nederland, Assen
1998

W.J.M. de Haan, Jeugd & geweld; zicht op jeugd, Groningen 1999
Shadid W.A.R., P.S van Koningsveld (1997), Moslims in Nederland
Minderheden en religie in een multiculturele samenleving
Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Nelissen Henny (1997) Zonder pioniers geen volgers, Utrecht: NIZW
Uitgeverij

Werf, S. van der. (2000), Allochtonen .een inleiding in de multiculturele
samenleving Coutinho

Drs.G.Olthuis (2000), Colourful care.Multiculturele zorg: tussen beleid en
mentaliteit
Nijmegen: Wetenschapswinkel

J. Staarman (1996), Kleurrijk verplegen en verzorgen Houten/Diegem:
bohn Stafleu van Logum

D. Pinto (1994) Interculturele communicatie, dubbelperspectief door 3
stappenmethode voor het doeltreffend overbruggen van
cultuurverschillen.Houten, Uitgeverij Bohn Stafleu van Lochum

Gebruikte internetsites.

<http://www.denhaag.nl/>

<http://www.trimbos.nl/default2.html>

<http://www.mikado-ggz.nl/>

<http://www.scp.nl/boeken/cahiers/cah153/nl/acrobat/cah153h8.pdf>>

<http://www.census.gov/cgi-bin/ipc/idbsum?cty=MO>>

<http://www.cbs.nl/>>

<http://www.ggz nederland.nl/>

<http://www.parnassia.nl/publiek>

Bijlage 1 (De vragenlijst voor het IMT team)

Geachte collega,

In het kader van mijn afstudeerproject voor de studie Maatschappelijk werk en dienstverlening, houd ik een tevredenheidsonderzoek onder de cliënten van het IMT team. Hiervoor heb ik twee vragenlijsten gemaakt, een voor de cliënten en een voor het IMT. De lijsten bestaan uit een aantal stellingen.

De stellingen in de lijsten voor de cliënten en voor het IMT komen nagenoeg overeen, alleen de formulering van de stellingen is verschillend.

Het is de bedoeling dat de lijsten bij het ontslag van de cliënten worden ingevuld. Per cliënt vult het IMT een lijst in, terwijl de cliënt zelf ook een lijst invult. Dit gebeurt afzonderlijk van elkaar.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking,

Hamid Lamdaoir

Naam IMT-medewerkers:.....

Datum eerste gesprek:.....

Totaal gesprekken:.....

Reden ontslag: doorverwijzing anders.....

Vragenlijst hulpverleners

Hoe tevreden denk je dat je cliënt is	Zeer ontevreden	Ontevreden	Noch tevreden/ Noch ontevreden	Tevreden	Zeer tevreden	Weet niet n.v.t
1. de informatie die jij hebt verstrekt over zijn/haar klachten?	1	2	3	4	5	6
In welke mate ben je het eens met de volgende stellingen?	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee eens /noch mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens	Weet niet n.v.t
3. Ik denk dat de cliënt zich serieus genomen voelt door mij.	1	2	3	4	5	6
4. Ik denk dat de cliënt alles met mij kon bespreken.	1	2	3	4	5	6
5. De cliënt had reële verwachtingen van wat hij/zij van mij kon verwachten.	1	2	3	4	5	6
6. Ik heb de cliënt ingelicht over de richtlijnen van het IMT.	1	2	3	4	5	6
Hoe tevreden denk je dat je cliënt is over...	Zeer ontevreden	Ontevreden	Noch tevreden/ Noch ontevreden	Tevreden	Zeer tevreden	Weet niet n.v.t
7. het feit dat de uitleg en het begeleidingsproces in zijn/haar eigen taal gebeurde?	1	2	3	4	5	6
8. het feit dat jij zijn/haar culturele achtergrond hebt?	1	2	3	4	5	6
In welke mate ben je het eens met de volgende stellingen?	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee eens /noch mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens	Weet niet n.v.t
9. Het feit dat ik dezelfde taal spreek en zijn/haar cultuur ken, heeft de cliënt op zijn/haar gemak gesteld tijdens de gesprekken	1	2	3	4	5	6
10. Ik denk dat de cliënt liever geholpen zou willen zijn door een hulpverlener die niet dezelfde culturele achtergrond heeft.	1	2	3	4	5	6
11. Er was voor de cliënt voldoende tijd voor gesprekken.	1	2	3	4	5	6
12. Ik ben tevreden over het aantal gesprekken dat ik kon voeren met de cliënt.	1	2	3	4	5	6
13. Ik denk dat de gesprekken met mij de cliënt hebben geholpen beter met zijn/haar problemen om te gaan.	1	2	3	4	5	6
14. Ik ben tevreden over het resultaat van de begeleiding van de cliënt.	1	2	3			

Bijlage 2 (de vragenlijst voor de cliënten)

Geachte Heer / Mevrouw,

In het kader van mijn afstudeerproject voor de studie Maatschappelijk werk en dienstverlening, houd ik een tevredenheidsonderzoek onder de cliënten van het IMT. Het is voor het team erg belangrijk te weten hoe u de hulpverlening bij het intercultureel mobiel team heeft ervaren. Door uw op- en aanmerkingen kan de zorg, waar nodig, verbeterd worden. Deze informatie wordt strikt vertrouwelijk behandeld.

Voor dit onderzoek heb ik een vragenlijst gemaakt. Deze vragenlijst bestaat uit een aantal stellingen die u kunt beantwoorden met cijfers, variërend van 1 (helemaal mee oneens) tot 5 (helemaal mee eens). U hoeft alleen het cijfer van uw keuze te omcirkelen. Per vraag is slechts een antwoord mogelijk.

Heeft u nog op- of aanmerkingen dan bestaat bij elke vraag de mogelijkheid om deze op te schrijven

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking,
Hamid Lamdaoir

Naam cliënt:.....

Naam IMT-medewerker:.....

Totaal gesprekken.....

Heeft iemand u geholpen met het invullen van de vragenlijst? Nee ja

Zo ja wie (bijvoorbeeld broer, ouder of kennis).

Vragenlijst cliënten

In welke mate bent u het eens met de volgende stellingen?	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee eens/ noch mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens	Weet niet n.v.t
1. Ik ben tevreden over de bereikbaarheid van de IMT'er.	1	2	3	4	5	6
2. Ik ben tevreden over de informatie die ik van de IMT'er heb gekregen over mijn klachten.	1	2	3	4	5	6
3. Ik heb het gevoel dat de IMT'er mij serieus nam.	1	2	3	4	5	6
4. Ik kon alles bespreken met de IMT'er.	1	2	3	4	5	6
5. Het was duidelijk voor mij wat ik van de IMT'er kon verwachten.	1	2	3	4	5	6
6. Ik ben op de hoogte van de richtlijnen van het IMT.	1	2	3	4	5	6
7. Ik ben tevreden over het feit dat de uitleg en het begeleidingsproces in mijn eigen taal gebeurde.	1	2	3	4	5	6
8. Ik ben tevreden over het feit dat de IMT'er mijn culturele achtergrond heeft.	1	2	3	4	5	6
9. Het feit dat de IMT'er dezelfde taal spreekt en mijn cultuur kent, heeft mij op mijn gemak gesteld tijdens de gesprekken.	1	2	3	4	5	6
10. Ik zou liever geholpen willen zijn door een hulpverlener die <u>niet</u> mijn culturele achtergrond heeft	1	2	3	4	5	6
11. Er was voldoende tijd voor gesprekken met de IMT'er.	1	2	3	4	5	6
12. Ik ben tevreden over het aantal gesprekken met de IMT'er.	1	2	3	4	5	6
13. De gesprekken met de IMT'er hebben mij geholpen beter met mijn problemen om te gaan..	1	2	3	4	5	6
14. Ik ben tevreden over het resultaat van de begeleiding door de IMT'er.	1	2	3	4	5	6
15. Ik heb het doel, dat ik aan het begin van de begeleiding door de IMT'er heb gesteld, behaald.	1	2	3	4	5	6
16. De gesprekken met de IMT'er hebben een duidelijke meerwaarde gehad in mijn algehele behandeling	1	2	3	4	5	6

Opmerkingen/suggesties-----

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst

Bijlage 3 (scorelijst van de vragenlijsten voor de cliënten en het IMT)

Puntenverdeling	
Helemaal mee oneens	1
Mee eens	2
Noch mee eens/nog mee oneens	3
Mee eens	4
Helemaal mee eens	5
Weet niet n.v.t	0

Vergelijking kolommen	
Cl. x = Cliënt1 t/m cliënt20	Score van de cliënt
IMT	Score van de IMT-medewerker
V+ = Verschil +	Indien de cliënt hoger scoorde dan de IMT-medewerker
V- = Verschil -	Indien de IMT-medewerker hoger scoorde dan de cliënt
G = gelijk	Indien de cliënt en de IMT-medewerker gelijk score halen
Tot	Onderdeel totaal

scorelijst van de vragenlijsten voor de cliënten en het IMT

Onderdeel vraagnr.	A						tot	B				tot	C		tot	D				tot		
	1	2	3	4	5	6		7	8	9	10		11	12		13	14	15	16			
1	Ct1	3	3	3	2	2	2	15	2	3	4	4	13	3	4	7	2	2	2	2	8	
	IMT	4	4	3	2	2	3	18	3	3	0	4	10	4	3	7	2	2	3	2	9	
	V+							0			x		1		x	1					0	
	V-	x	x					x	3	x				1	x		1			x		1
	G			x	x	x		3		x		x	2			0	x	x		x		3
2	Ct2	4	4	4	5	4	4	25	5	5	5	2	17	3	2	5	4	4	4	4	16	
	IMT	4	4	5	5	3	4	25	4	4	5	2	15	3	2	5	4	4	4	4	16	
	V+					x		1	x	x			2			0					0	
	V-			x				1					0			0					0	
	G	x	x		x		x	4			x	x	2	x	x	2	x	x	x	x		4
3	Ct3	5	5	5	5	4	4	28	5	5	5	1	16	2	4	6	4	4	5	5	18	
	IMT	4	5	5	5	5	5	29	5	5	5	2	17	5	5	10	5	5	5	5	20	
	V+	x						1					0			0					0	
	V-					x	x	2				x	1	x	x	2	x	x			2	
	G		x	x	x			3	x	x	x		3			0			x	x		2
4	Ct4	3	3	5	5	3	3	22	4	5	5	2	16	3	2	5	3	3	3	4	13	
	IMT	4	3	5	5	3	3	23	4	4	4	2	14	3	3	6	2	3	2	4	11	
	V+							0		x	x		2			0	x		x		2	
	V-	x						1					0		x	1					0	
	G		x	x	x	x	x	5	x			x	2	x		1		x		x		2
5	Ct5	4	4	4	5	4	3	24	3	3	5	5	16	2	4	6	4	5	4	5	18	
	IMT	4	4	5	5	3	3	24	4	4	4	3	15	3	3	6	4	4	4	4	16	
	V+					x		1			x	x	2		x	1		x		x	2	
	V-			x				1	x	x			2	x		1					0	
	G	x	x		x		x	4					0			0	x		x		2	
6	Ct6	5	5	5	5	5	5	30	5	5	5	1	16	1	1	2	3	5	3	5	16	
	IMT	4	4	4	3	2	4	21	4	4	4	2	14	4	3	7	2	2	2	3	9	
	V+	x	x	x	x	x	x	6	x	x	x		3			0	x	x	x	x	4	
	V-							0				x	1	x	x	2					0	
	G							0					0			0					0	
7	Ct7	5	5	5	2	5	5	27	5	5	5	1	16	3	4	7	0	5	5	5	15	
	IMT	4	4	5	3	3	4	23	5	5	4	1	15	3	4	7	4	4	4	4	16	
	V+	x	x			x	x	4			x		1			0		x	x	x	3	
	V-				x			1					0			0	x				1	
	G			x				1	x	x		x	3	x	x	2					0	
8	Ct8	5	4	5	3	3	2	22	0	5	4	1	10	3	1	4	4	4	4	4	16	
	IMT	4	4	5	5	3	3	24	0	5	4	2	11	3	2	5	4	4	5	3	16	
	V+	x	x			x		3				x	1			0		x			1	
	V-				x		x	2	x		x		2		x	1					0	
	G			x				1		x			1	x		1	x		x	x	3	
9	Ct9	4	5	5	5	4	4	27	5	5	5	3	18	4	3	7	5	5	5	5	20	
	IMT	4	4	4	4	4	4	24	4	4	5	4	17	4	4	8	4	4	3	4	15	
	V+		x	x	x			3	x	x			2			0	x	x	x	x	4	
	V-							0				x	1		x	1					0	
	G	x				x	x	3			x		1	x		1					0	
10	Ct10	4	3	3	3	4	0	17	3	4	4	3	14	3	3	6	4	3	3	3	13	
	IMT	4	4	4	4	4	4	24	4	4	5	4	17	4	4	8	4	4	3	4	15	
	V+							0					0			0					0	
	V-		x	x	x		x	4	x		x	x	3	x	x	2		x		x	2	
	G	x				x		2		x			1			0	x		x		2	

Onderdeel	Vraagnr.	A					tot	B				tot	C		tot	D				tot	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16				
11	Ct11	4	3	4	4	3	3	21	5	5	5	1	16	2	2	4	4	4	3	3	14
	IMT	3	3	4	4	2	3	19	4	4	3	2	13	3	3	6	3	3	4	4	14
	V+	x				x		2	x	x	x		3			0	x	x			2
	V-							0				x	1	x	x	2			x	x	2
	G		x	x	x		x	4					0			0					0
12	Ct12	4	2	4	3	2	2	17	5	5	5	1	16	4	2	6	3	3	2	4	12
	IMT	4	2	3	3	2	4	18	4	4	4	2	14	2	2	4	2	3	4	3	12
	V+			x				1	x	x	x		3	x		1	x			x	2
	V-						x	1				x	1			0			x		1
	G	x	x		x	x		4					0		x	1		x			1
13	Ct13	5	4	4	4	5	5	27	5	5	5	4	19	4	5	9	4	4	3	4	15
	IMT	4	3	3	3	0	3	16	4	4	4	0	12	2	4	6	4	4	3	0	11
	V+	x	x	x	x	x	x	6	x	x	x	x	4	x	x	2				x	1
	V-							0					0			0					0
	G							0					0			0	x	x	x		3
14	Ct14	4	5	5	5	4	4	27	4	4	5	2	15	4	4	8	4	4	3	5	16
	IMT	3	4	4	4	3	4	22	4	4	4	1	13	2	3	5	4	3	4	3	14
	V+	x	x	x	x	x		5			x	x	2	x	x	2		x		x	2
	V-							0					0			0			x		1
	G						x	1	x	x			2			0	x				1
15	Ct15	5	5	4	5	4	4	27	4	4	5	2	15	2	3	5	4	3	4	3	14
	IMT	4	4	5	5	3	4	25	5	5	5	5	20	3	4	7	3	3	3	4	13
	V+	x	x			x		3					0			0	x		x		2
	V-			x				1	x	x		x	3	x	x	2					0
	G				x		x	2			x		1			0		x		x	2
16	Ct16	4	4	4	0	4	5	21	4	4	4	3	15	2	3	5	5	4	4	4	17
	IMT	5	4	5	4	5	5	28	5	4	4	3	16	1	1	2	4	5	5	5	19
	V+							0					0	x	x	2	x				1
	V-	x		x	x	x		4	x				1			0		x	x	x	3
	G		x				x	2		x	x	x	3			0					0
17	Ct17	4	4	4	4	4	3	23	3	3	3	2	11	3	3	6	4	4	4	4	16
	IMT	3	4	5	3	3	3	21	3	3	3	4	13	2	3	5	4	4	4	3	15
	V+	x			x	x		3					0			0				x	1
	V-			x				1				x	1	x		1					0
	G		x				x	2	x	x	x		3		x	1	x	x	x		3
18	Ct18	5	5	5	0	5	0	20	4	4	5	4	17	3	3	6	4	5	5	4	18
	IMT	5	5	5	5	4	5	29	5	5	5	1	16	3	3	6	5	5	5	5	20
	V+					x		1				x	1			0					0
	V-				x		x	2	x	x			2			0	x			x	2
	G	x	x	x				3			x		1	x	x	2		x	x		2
19	Ct19	4	4	0	4	4	4	20	5	5	4	5	19	2	2	4	4	4	4	4	16
	IMT	5	5	4	4	5	4	27	4	5	5	4	18	3	3	6	3	3	3	3	12
	V+							0	x			x	2			0	x	x	x	x	4
	V-	x	x	x		x		4			x		1	x	x	2					0
	G				x		x	2		x			1			0					0
20	Ct20	5	4	4	4	5	5	27	4	4	4	3	15	1	2	3	4	4	3	3	14
	IMT	5	4	4	3	3	3	22	5	5	5	5	20	4	4	8	4	4	4	4	16
	V+				x	x	x	3					0			0					0
	V-							0	x	x	x	x	4	x	x	2			x	x	2
	G	x	x	x				3					0			0	x	x			2

Bijlage 4 (Verschillen in antwoordenprocentueel weergegeven)

		Verschil +	Verschil -	gelijk	
Onderdeel A	Vraag 1	9	4	7	100% = 120
	Vraag 2	7	3	10	
	Vraag 3	5	7	8	
	Vraag 4	6	5	9	
	Vraag 5	12	3	5	
	Vraag 6	4	6	10	
	Totaal A	43 = 35,83%	28 = 23,33%	49 = 40,83%	
Onderdeel B	Vraag 7	7	8	5	100% = 80
	Vraag 8	7	4	9	
	Vraag 9	6	6	8	
	Vraag 10	6	9	5	
	Totaal B	26= 32,5%	27=33,75%	27=33,75	
Onderdeel C	Vraag 11	4	10	6	100% = 40
	Vraag 12	5	10	5	
	Totaal C	9=22,5%	20=50%	11=27,5	
Onderdeel D	Vraag 13	8	3	9	100% = 80
	Vraag 14	8	3	9	
	Vraag 15	6	6	8	
	Vraag 16	9	5	6	
	Totaal D	31=38,75%	17=21,25%	32=40%	