

Culturen binnen GGZ Leiden

Vergelijkend tevredenheidonderzoek onder autochtone cliënten en cliënten met een Marokkaanse achtergrond

Studente: Hanane El Akili



Universiteit Utrecht
Faculteit Sociale Wetenschappen, sociologie
Master Vraagstukken van beleid en organisatie

Docent: Frank van Tubergen

Begeleiding vanuit GGZ Leiden: Sjoerd Colijn

30 juli 2008

Voorwoord

In het kader van de opleiding Beleid en Organisatie, Faculteit Sociale Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht, heb ik een onderzoek verricht bij GGZ Leiden e.o. Kortdurende zorg. Sjoerd Colijn heb ik gevraagd, en bereid gevonden, mij te begeleiden gedurende mijn onderzoek. Sjoerd Colijn is werkzaam bij GGZ Leiden e.o. Kortdurende zorg, een heeft de nevenfunctie aandachtsfunctionaris interculturalisatie voor Rivierduinen.

Sinds juli '07 ben ik werkzaam als maatschappelijk werker bij GGZ Leiden e.o. Langerdurende zorg. Daarvóór heb ik enkele jaren zowel secretariële als maatschappelijk werk functies vervuld bij Centrum Autisme en Centrum Specialistische Psychotherapie.

Zelf heb ik een Marokkaans/Nederlandse achtergrond en vind ik het interessant om mij in andere culturen te verdiepen. Voor mijn masterthesis heb ik mij dan ook gericht op de interculturalisatie in de geestelijke gezondheidszorg. Bij de centra van Rivierduinen waar ik zelf totnogtoe heb gewerkt is het mij opgevallen dat er weinig tot geen hulpverleners werkzaam zijn met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse. En ook de bij de cliëntenpopulatie van die centra viel het mij op dat er uitzonderlijk weinig cliënten van allochtone afkomst in behandeling waren. Dit maakte mij nieuwsgierig naar hoe andere medewerkers hier over denken. Tijdens mijn kennismaking met Sjoerd Colijn werd mij duidelijk dat er bij GGZ Leiden e.o. Kortdurende zorg wel een cliëntenpopulatie is met een Marokkaanse achtergrond. Hoe de Marokkaanse cliëntenpopulatie de behandeling ervaart? Daar is weinig over bekend. In dit onderzoek heb ik mij dan ook met name op de ervaringen met de behandeling van cliënten gericht. Daar zal in de inleiding dieper op in gegaan worden.

Zonder verschillende mensen zou het mij niet gelukt zijn deze scriptie te schrijven. Ik wil dan ook graag alle medewerkers van GGZ Leiden e.o. Kortdurende zorg bedanken voor hun medewerking. In het bijzonder wil ik Sjoerd Colijn en Marianne Doeven bedanken. Sjoerd Colijn voor de goede begeleiding die hij heeft gegeven. En Marianne Doeven voor al haar hulp bij het benaderen van respondenten. Daarnaast wil ik ook alle medewerkers die bereid zijn geweest mee te werken aan mijn interviews, bedanken. En uiteraard ook alle respondenten. Ook wil ik graag Frank van Tubergen bedanken voor zijn feedback, nuttige adviezen en tips bij het schrijven van deze scriptie. Tot slot wil ik Roos Blommaert bedanken voor haar blik op deze scriptie. Ook zij heeft mij nuttige feedback gegeven.

Leiden, juli 2008
Hanane El Akili

Samenvatting

In 2003 is in opdracht van Rijngeestgroep Leiden e.o. (*voormalige benaming van GGZ Leiden e.o.*) een verkennend onderzoek uitgevoerd naar Marokkanen in Leiden met betrekking tot een aantal aspecten van hulpbehoefte, hulpzoekgedrag, verwijsgedrag en eventuele belemmeringen. Dit onderzoek in 2003 heeft zich dus vooral gericht op de ervaringen en behoeften van Marokkanen in Leiden, aan de 'voordeur' van de GGZ. Nu, vijf jaar later, vraag ik me af hoe het gesteld is met de ervaringen van Marokkaanse cliënten als zij de weg naar de GGZ wel hebben weten te vinden. In dit onderzoek wordt niet gekeken of cliënten bij de GGZ terecht zijn gekomen want het is duidelijk dat zij in behandeling zijn geweest. Dat zij bij GGZ Leiden terecht zijn gekomen wil echter nog niet zeggen dat alles soepel is verlopen. Er blijven nog vragen rijzen omtrent de toegankelijkheid als: Hoe hebben cliënten de toegankelijkheid van GGZ Leiden ervaren? Hebben zij moeilijkheden ondervonden bij hun aanmelding? Wisten zij bij hun aanmelding wat GGZ Leiden te bieden had? Omtrent hoe de behandeling bij GGZ Leiden ervaren wordt door cliënten vallen ook allerlei vragen te stellen: Heeft de werkwijze van medewerkers van GGZ Leiden invloed op hoe cliënten hun behandeling (hebben) ervaren? En verschillen de behandelervaringen van cliënten met een Marokkaanse achtergrond van de behandelervaringen van autochtone Nederlandse cliënten? Om een antwoord te krijgen op deze vragen zijn interviews afgenomen bij ex-clieënten van GGZ Leiden.

Vraagstelling van dit onderzoek:

Beschrijvende vraag

In hoeverre verschilt (de kwaliteit van) de zorg van GGZ Leiden ambulante volwassenenzorg, aan autochtone ex-clieënten van allochtone ex-clieënten (met een Marokkaanse achtergrond)?

Verklarende vraag

Hoe kunnen de verschillen/overeenkomsten in (kwaliteit van) zorg verklaard worden?

Beleidsvraag

Welke wijzigingen kunnen er in beleid gemaakt worden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren?

Vergelijkingsvraag

In dit onderzoek wordt een kleine uitstap gedaan naar twee andere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. De twee instellingen waar mee wordt vergeleken zijn

Altrecht en I-psy.

De vraag die daarbij gesteld wordt, luidt als volgt:

Hoe is het gesteld met de toegankelijkheid en behandeling van andere GGZ instellingen, I-psy en Altrecht?

Voor dit onderzoek is een literatuurstudie gedaan gericht op de volgende aspecten:

- toegankelijkheid van huisartsen

- toegankelijkheid van de GGZ
- behandeling
- interculturalisatie van instellingen

De uit de literatuurstudie voortvloeiende hypothesen luiden als volgt:

- Marokkaanse ex-clënten weten minder goed dan autochtone ex-clënten wat GGZ Leiden hen te bieden heeft.
- Marokkaanse ex-clënten wenden zich vaker dan autochtone ex-clënten tot alternatieve genezers en/of familieleden als de GGZ hen niet biedt wat zij verwachten.
- Cliënten met een slechte beheersing van de Nederlandse taal ondervinden problemen in de toegankelijkheid van GGZ Leiden.
- Hulpverleners ervaren behandeling aan cliënten met een Marokkaanse achtergrond als meer belastend dan behandeling aan autochtone cliënten. Een hulpverlener is opgeleid en gewend om vraaggerichte zorg te verlenen. Zij vinden het lastig dat allochtonen hun hulpvraag niet goed kunnen formuleren.
- Cliënten met een Marokkaanse achtergrond zijn minder goed in staat om aan te geven wat zij willen in hun behandeling, dan autochtone cliënten.
- Cliënten met een Marokkaanse achtergrond, en uit de eerste generatie, hebben moeite met het Nederlandse taalgebruik waardoor er moeilijkheden optreden in het contact met de hulpverlener. Cliënten met een Marokkaanse achtergrond hebben om die reden voorkeur voor een Marokkaanse hulpverlener.
- Altrecht en I-psy zijn beter toegespitst op de zorg aan allochtonen dan Rivierduinen.

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen (en de hierboven genoemde hypothesen) is onderzoek verricht bij 9 medewerkers van GGZ Leiden, 8 Marokkaanse ex-clënten, 8 autochtone ex-clënten, 1 medewerker van I-psy en een medewerker van Altrecht.

Conclusies die voortvloeien uit de resultaten van dit onderzoek:

Er zijn verschillen maar ook overeenkomsten te noemen in hoe (de kwaliteit van de) zorg door autochtone ex-clënten en allochtone ex-clënten ervaren wordt.

Hieronder volgt een opsomming van verschillen en overeenkomsten:

- Wat de medewerkers over het contact met de huisarts zeggen komt niet overeen met de ervaringen van de geïnterviewde cliënten. Medewerkers geven aan dat zij denken dat cliënten problemen ondervinden in het contact met de huisarts. In het onderzoek onder de cliënten komt niet naar voren dat er problemen zijn geweest in het contact met de huisarts.

- Niet alleen de Marokkaanse cliënten maar ook de autochtone cliënten hadden niet allemaal een goed beeld van wat GGZ Leiden hen te bieden had.

- Medewerkers geven aan dat er aspecten zijn van de behandeling aan Marokkaanse cliënten die verschillen van de behandeling aan autochtone cliënten. Opvallend is dat dit iets is wat niet alle medewerkers op dezelfde manier doen.
- Zowel Marokkaanse- als autochtone cliënten geven aan dat de hulp die hen geboden werd niet altijd aansluit bij hun verwachtingen.
- In de afsluiting van de behandeling zijn duidelijke verschillen tussen de geïnterviewden. Bij zes van de acht geïnterviewde Marokkaanse cliënten liep de afsluiting niet naar tevredenheid, ten opzichte van een van de acht autochtone cliënten.

In de discussie worden de tekortkomingen van dit onderzoek besproken en enkele aanbevelingen tot vervolgonderzoek gedaan. Tot slot worden er aanbevelingen aan GGZ Leiden gedaan. GGZ Leiden zou zichzelf meer bekend kunnen maken door bijvoorbeeld folders, in het Nederlands en in andere talen, te versturen naar andere zorg instellingen en stichtingen. Er zou een medewerker aangetrokken kunnen worden voor het aanpassen van protocollen en vragenlijsten en het geven van cursussen aan medewerkers met betrekking tot andere culturen en geloven. Bij het doorverwijzen van cliënten naar andere instellingen meer uitleg geven waarom de cliënt doorverwezen wordt. Wellicht zou het voor sommige cliënten prettig zijn om te zorgen voor een 'warme overdracht'. En tot slot zou GGZ Leiden medewerkers samen kunnen laten brainstormen hoe de afsluiting van de behandeling anders vormgegeven kan worden.

Inhoudsopgave	
Voorwoord	2
Samenvatting	3
1. Introductie	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Probleemstelling	8
1.3 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie	10
2. Theoretisch kader	11
2.1 Toegankelijkheid	11
2.1.1 Toegankelijkheid van huisartsen	11
2.1.2 Toegankelijkheid van de GGZ	13
2.2 Behandeling	14
2.3 Interculturalisatie van instellingen	15
3. Data en methoden	17
3.1 Context	17
3.2 Opzet onderzoek	18
4. Resultaten	22
4.1 Toegankelijkheid van GGZ Leiden	22
4.1.1 Huidige toegankelijkheid GGZ Leiden volgens de medewerkers van GGZ Leiden	22
4.1.2 Toegankelijkheid volgens de Marokkaanse- en Nederlandse cliënten	24
4.2. Hypotheses toegankelijkheid GGZ Leiden	26
4.3 Behandeling bij GGZ Leiden	27
4.3.1 De behandeling bij GGZ Leiden vanuit het oogpunt van de hulpverleners	27
4.3.2 De behandeling bij GGZ Leiden vanuit het oogpunt van de Marokkaanse en Nederlandse cliënten	31
4.4 Hypotheses behandeling bij GGZ Leiden	37
5. Verkenning van de toegankelijkheid en behandeling van andere GGZ instellingen	39
5.1 Toegankelijkheid en behandeling van I-psy	39
5.2 Toegankelijkheid en behandeling van Altrecht	41
5.3 Vergelijking I-psy en Altrecht met Rivierduinen	43
6. Conclusie, discussie en aanbevelingen	45
6.1 Conclusie	45
6.2 Discussie	47
6.3 Aanbevelingen	48
Informatiebronnen	49
Bijlagen	50

Hoofdstuk 1 Introductie

In dit hoofdstuk is allereerst de aanleiding tot deze scriptie beschreven. Vervolgens komt de probleemstelling aan bod waarna tot slot de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van deze scriptie uiteen is gezet.

1.1 Aanleiding

In 2003 is in opdracht van Rijngeestgroep Leiden e.o. (*voormalige benaming van GGZ Leiden e.o.*) een verkennend onderzoek uitgevoerd naar Marokkanen in Leiden met betrekking tot een aantal aspecten van hulpbehoefte, hulpzoekgedrag, verwijsgedrag en eventuele belemmeringen. Het onderzoek is te kleinschalig (kwalitatief: 10 interviews onder sleutelinformanten en 10 interviews onder Marokkanen in Leiden) om te generaliseren naar alle Marokkanen in Leiden maar laat wel het scala aan problemen zien en geeft aan hoe de geïnterviewden daar voor aan willen kloppen bij de hulpverlening. De voornaamste conclusie uit dit onderzoek is: ' De problemen van Marokkanen in Leiden worden vooral veroorzaakt door acculturationsstress en sociaal-economische achterstand. Vooral vrouwen en ouderen blijven, ondanks de aanwezige problemen, buiten beeld van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Men schaamt zich voor het onderkennen van emotionele problemen en het zoeken van hulp daarvoor.' (de Jong e.a., 2003)

Dit onderzoek in 2003 heeft zich dus vooral gericht op de ervaringen en behoeften van Marokkanen in Leiden, aan de 'voordeur' van de GGZ. Nu, vijf jaar later, vraag ik me af hoe het gesteld is met de ervaringen van Marokkaanse cliënten als zij de weg naar de GGZ wel hebben weten te vinden. Het hierboven beschreven onderzoek schept de verwachting dat maar weinig Marokkanen in Leiden de weg naar de GGZ weten te vinden. Het is moeilijk om in cijfers uit te drukken hoeveel Marokkanen de weg naar GGZ Leiden weten te vinden. In 2007 waren 112 cliënten in behandeling die als geboorteland Marokko aangegeven hebben bij hun inschrijving bij GGZ Leiden. Dit is 3,5% van het totaal aantal ingeschreven cliënten in 2007. Er wordt echter bij zo'n 1/3^e van de cliënten niet aangegeven wat hun geboorteland is. Het zou dus kunnen dat het percentage Marokkaanse cliënten hoger is.¹

De voor dit onderzoek geïnterviewde personen zijn ex-clieënten en hebben dus wel de weg naar de GGZ weten te vinden. In dit onderzoek wordt dus niet gekeken of cliënten bij de GGZ terecht zijn gekomen want het is duidelijk dat zij in behandeling zijn geweest. Dat zij bij GGZ Leiden terecht zijn gekomen wil echter nog niet zeggen dat alles soepel is verlopen. Er blijven nog vragen rijzen omtrent de toegankelijkheid als: Hoe hebben cliënten de toegankelijkheid van GGZ Leiden ervaren? Hebben zij moeilijkheden ondervonden bij hun aanmelding? Wisten zij bij hun aanmelding wat GGZ Leiden te bieden had?

Omtrent hoe de behandeling bij GGZ Leiden ervaren wordt door cliënten vallen ook allerlei vragen te stellen: Heeft de werkwijze van medewerkers van GGZ Leiden

¹ Gegevens afkomstig uit (intern) onderzoek van Annelies Hogesteeger, projectadviseur P&O Diensten bij Rivierduinen en stagiaire Hanane El Akili.

invloed op hoe cliënten hun behandeling (hebben) ervaren? En verschillen de behandelervaringen van cliënten met een Marokkaanse achtergrond van de behandelervaringen van autochtone Nederlandse cliënten? Om een antwoord te krijgen op deze vragen zijn interviews afgenomen bij ex-clieënten van GGZ Leiden. In dit onderzoek wordt een vergelijking met autochtone (ex-)clieënten gemaakt omdat anders niet te zien is of de ervaringen van Marokkaanse cliënten verschillen van die van autochtone cliënten. In hoofdstuk drie wordt beschreven hoe de ex-clieënten benaderd zijn en welke ex-clieënten bereid zijn geweest mee te werken aan de interviews.

Hieronder volgt de verdere vraagstelling en doelstelling van dit onderzoek.

1.2 Probleemstelling

Doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen hoe de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg van autochtone ex-clieënten en allochtone ex-clieënten, met een Marokkaanse achtergrond, ervaren wordt. Met deze informatie als basis kunnen er aanbevelingen worden gedaan om zo het beleid en/of de behandeling te verbeteren of wijzigen.

Met het oog op de kwaliteit van de zorg wil ik me richten op hoe ex-clieënten en medewerkers een aantal aspecten van de zorg ervaren. Voorbeelden van aspecten zijn: verloop van de aanmelding/intake, duur en inhoud behandeling, communicatie.

Beschrijvende vraag

In hoeverre verschilt (de kwaliteit van) de zorg van GGZ Leiden ambulant volwassenenzorg, aan autochtone ex-clieënten van allochtone ex-clieënten (met een Marokkaanse achtergrond)?

Verklarende vraag

Hoe kunnen de verschillen/overeenkomsten in (kwaliteit van) zorg verklaard worden?

Beleidsvraag

Welke wijzigingen kunnen er in beleid gemaakt worden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren?

Vergelijkingsvraag

In dit onderzoek wordt een kleine uitstap gedaan naar twee andere instelling voor geestelijke gezondheidszorg. De twee instellingen waar mee wordt vergeleken zijn

Altrecht en I-psy.

De vraag die daarbij gesteld wordt, luidt als volgt:

Hoe is het gesteld met de toegankelijkheid en behandeling van andere GGZ instellingen, I-psy en Altrecht?

Altrecht is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in Utrecht. Qua grootte en afdelingen is Altrecht te vergelijken met Rivierduinen. Ook Altrecht heeft zowel klinische-, deeltijd- als ambulante behandelingen. Altrecht voert, in tegenstelling tot Rivierduinen, al jaren een actief beleid om allochtonen goede klantgerichte zorg te bieden.

I-psy is een instelling voor specialistische interculturele geestelijke gezondheidszorg. Bij I-psy werken vrijwel uitsluitend allochtone hulpverleners. De cliënten die door I-psy ontvangen worden zijn van niet-westerse afkomst. I-psy staat voor interculturele psychiatrie. I-psy heette voorheen Noagg. Het is een stichting die door een Turkse psychiater en een aantal Nederlandse beleidsmedewerkers is opgericht. Er waren vestigingen in Utrecht, Rotterdam en Den Haag. Op een gegeven moment was er sprake van dat Noagg failliet zou gaan. Drie grote GGZ instellingen uit Utrecht, Rotterdam en Den Haag kwamen toen bij elkaar om de instelling over te nemen. Sinds anderhalf jaar is besloten dat Noagg doorgaat als Noagg Altrecht. Dit staat los van het huidige I-psy.

I-psy heeft bij de nieuwe start een nieuwe visie en mentaliteit samengesteld. En ging verder onder een nieuwe naam: I-psy. I-psy heeft vier vestigingen in de steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. En vanaf januari heeft I-psy een vestiging gericht op kinderen, I-psy de Jutters.²

Verder heeft I-psy een samenwerkingsverband met Parnassia Bavo Groep.

Altrecht en I-psy zijn, in tegenstelling tot Rivierduinen, beide instellingen met een duidelijk beleid met betrekking tot allochtonen/interculturalisatie.

Deze vergelijking wordt gemaakt om een indruk te krijgen van wat er anders wordt gedaan bij deze instellingen dan bij Rivierduinen. Wat is er goed aan het hanteren van een “allochtonenbeleid”? En wat zou Rivierduinen hiervan kunnen leren? De uitkomsten hieruit worden meegenomen in de aanbevelingen van deze scriptie.

Aan de hand van onderstaande deelvragen kunnen de verklarende en beschrijvende vraag worden beantwoordt.

Deelvragen

- In hoeverre zijn ex cliënten en hulpverleners tevreden over de huidige aanmelding en intake (O&I) bij en toegankelijkheid van GGZ Leiden?
- Zijn er verschillen in de duur en inhoud van de behandeling van autochtone cliënten en die van cliënten met een Marokkaanse achtergrond?
- Hoe wordt de communicatie tussen hulpverleners en cliënten met een Marokkaanse achtergrond ervaren?
- Hoe verhouden de gegevens van dit kwalitatieve onderzoek zich tot de gegevens van de cliëntenthermometer³?

² Informatie verkregen uit interview met dhr. Çengel, werkzaam als directeur zorg, GZ-&klinisch psycholoog/psychotherapeut bij I-psy in Den Haag.

³ Uitleg van dit begrip in Hoofdstuk 3 Data en Methoden

1.3 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

maatschappelijke relevantie

Om maatschappelijke redenen is het wenselijk dat iedere cliënt, autochtoon of allochtoon, een goede behandeling krijgt. Leiden had in 2007 117.485 inwoners, 14,3 % daarvan is van niet-westerse⁴ afkomst. De grootste herkomstgroepering⁵ daarvan is van Marokkaanse komaf, 4,3%. Naast de vestigingsplaats Leiden bedient GGZ Leiden ook omringende gemeenten⁶, de totale bevolking van deze gemeenten bedraagt 114.292 inwoners. In de omringende gemeenten is 6,2% van de totale bevolking van niet-westerse afkomst. De Marokkaanse gemeenschap is in de omringende gemeenten de op een na grootste herkomstgroepering, 0,7%, ten opzichte van 0,8% van Turkse afkomst.

Het zou ook wenselijk zijn dat het cliëntenbestand en personeelsbestand van een GGZ instelling een afspiegeling is van de multiculturele samenleving.

Dit onderzoek zou een bijdrage kunnen leveren in het bereiken van deze 'wensen'.

wetenschappelijke relevantie

Vanuit de sociale wetenschappen bestaat er een algemene interesse in sociale ongelijkheid, waaronder sociale verschillen in levenskansen en gezondheid.

Er is nog weinig bekend over het etnische verschillen in kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg. Dit onderzoek kan een bijdrage leveren in het naar voren brengen van mogelijke oorzaken en eventuele aanbevelingen tot verbetering van behandeling van Marokkanen in de geestelijke gezondheidszorg.

⁴ Allochtoon met als herkomstgroepering een van de landen in Afrika, Latijns-Amerika en Azië (exclusief Indonesië en Japan) of Turkije, definitie zoals vermeld op website Centraal Bureau voor statistiek (CBS)

⁵ kenmerk dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is op basis van het geboorteland van de ouders of van zichzelf, definitie zoals vermeld op website CBS.

⁶ Leiderdorp, Oegstgeest, Teylingen, Voorschoten, Zoeterwoude. Op www.rivierduinen.nl wordt vermeld welke gemeenten de centra van Rivierduinen bedienen.

Hoofdstuk 2 Theoretisch Kader

2.1 Toegankelijkheid

In deze paragraaf zal literatuurstudie met betrekking tot toegankelijkheid van zorg beschreven worden. Eerst wordt er gekeken naar de toegankelijkheid van huisartsen. Het is van belang om de toegankelijkheid van huisartsen te beschrijven omdat huisartsen voor een groot deel van de verwijzingen naar de GGZ zorgen. Vervolgens zal de toegankelijkheid van de GGZ aan bod komen.

2.1.1 Toegankelijkheid van huisartsen

De mate van toegankelijkheid van de GGZ is min of meer afhankelijk van de mate van de toegankelijkheid van de huisarts. Huisartsen zorgen in de meeste gevallen voor verwijzing van cliënten naar de GGZ. Het is dan ook van belang om inzicht te krijgen in het zorggebruik van huisartsenzorg. Er zal met name naar het gebruik van huisartsenzorg bij etnische minderheden worden gekeken.

Het aantal allochtonen is in de afgelopen jaren gestegen door gezinshereniging en gezinsvorming. Vaak belanden zij in een minderheidspositie, gekarakteriseerd door sociale achterstand. Hun gezondheidstoestand is vaak minder dan die van de autochtone bevolking. Uitzonderingen daargelaten, zo hebben Marokkaanse mannen bijvoorbeeld een hogere levensverwachting en hebben minder vaak hart en vaatklachten dan autochtone mannen. Volgens Uiters (2007) wordt een adequaat gebruik van gezondheidszorg vergemakkelijkt door toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorgdiensten.

Voor het onderzoek van Uiters zijn gegevens van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk gebruikt. Aan deze nationale studie hebben 104 huisartsenpraktijken, verdeeld over heel Nederland, deelgenomen. De totale populatie van de 104 huisartspraktijken bedroeg 399.068 personen. Voor het onderzoek zijn gegevens beschikbaar gesteld van contactregistratie in het elektronisch patiënten dossier. De onderzoeksgegevens betreffen alle contacten met patiënten in het jaar 2001. In het jaar 2001 zijn er door de participerende huisartsen 1,5 miljoen contacten geregistreerd in elektronisch patiëntendossiers. Naast de beschikbare gegevens in elektronische patiëntendossiers zijn interviews met patiënten afgenomen. In totaal zijn er 12699 interviews afgenomen met Nederlandssprekende respondenten. Daarnaast zijn 1339 interviews afgenomen bij mensen met een Turkse-, Marokkaanse-, Surinaamse- en Antiliaanse achtergrond. Alle respondenten waren 18 jaar of ouder.

Uit het onderzoek is gebleken dat de vier etnische minderheden hun eigen gezondheid slechter ervaren dan de autochtone patiënten. Bij Turken en Marokkanen waren het vaak vrouwen en/of getrouwde respondenten die aangaven dat zij hun eigen gezondheid als slecht ervaren. Door de slechtere gezondheidsstatus bij allochtone Nederlanders, is te verwachten dat zij meer gebruik maken van gezondheidszorg dan autochtone Nederlanders.

Echter zelfs na correctie op gezondheidsstatus, blijkt dat Turken, Marokkanen en Surinamers vaker een bezoek brengen aan de huisarts dan autochtone Nederlanders. Turkse en Marokkaanse patiënten hebben significant vaker dan autochtone Nederlanders, op zijn minst een contact met de huisarts gehad in het jaar 2001. Mensen die hun eigen gezondheidstoestand slecht noemden hadden meer contacten per jaar met de huisarts dan mensen die hun eigen gezondheidstoestand goed vonden.

Wat betreft de klachten waarmee patiënten zich bij de huisarts presenteren, laten alleen de Marokkaanse patiënten een kleiner aantal verschillende diagnoses en klachten zien. Het is niet duidelijk of Marokkanen moeite hebben bepaalde klachten te tonen, dat zou onderzocht moeten worden.

Uit bovenstaand stuk blijkt dat allochtonen vaker hun huisarts bezoeken dan autochtonen. Dat wil echter nog niet zeggen dat zij daardoor ook meer kans hebben dan autochtonen om doorverwezen te worden door hun huisarts naar de GGZ. In een publicatie van Noordman (2007) wordt beschreven dat huisartsen bij hun patiënten weinig oog hebben voor stress en zorgen die zich in lichamelijke klachten uiten. Door het Nivel⁷ zijn 1417 video opnamen van huisarts-patiëntconsulten en vragenlijsten van patiënten en huisartsen geanalyseerd om te achterhalen in hoeverre huisartsen stress of zorgen opmerken bij patiënten en dit met hen bespreken. Slechts bij een derde (32,4%) van de patiënten die voorafgaand aan het consult de oorzaak van de klacht toeschrijft aan stress en zorgen, komt dit ook in het consult met de huisarts aan bod. Bij 23,8% van hen wordt het onderwerp besproken op initiatief van de patiënt zelf. Ruim de helft (53%) van de patiënten geeft aan dat zij het prettig had gevonden als de huisarts hun psychosociale gezondheid wel ter sprake zou hebben gebracht. Bij herhalingscontact met de huisarts wordt niet veel vaker gesproken over stress of zorgen dan bij het eerste contact, 12,2% ten opzichte van 11,1%.

Redenen waarom huisartsen de psychosociale problemen niet ter sprake brengen, kunnen zijn:

1. Somatisering van klachten en het presenteren van meerdere chronische ziekten tegelijkertijd (comorbiditeit).
2. Bespreken van psychosociale klachten leidt tot een langer consult. Op korte termijn levert het niet bespreken dus tijdswinst op. De vraag is of dit voor langere termijn ook op gaat. De patiënt zal waarschijnlijk terugkomen op consult omdat hij met klachten blijft zitten.

Indien de psychosociale problemen niet ter sprake worden gebracht, door huisarts of patiënt, zal de patiënt niet doorverwezen worden naar een instelling voor geestelijke gezondheidszorg.

Er zijn geen percentages bekend van het aantal allochtonen en autochtonen dat door de huisarts doorverwezen wordt naar de GGZ. Te verwachten valt dat allochtonen minder vaak zelf initiatief nemen om over stress en zorgen te praten. Allochtonen

⁷ Het Nivel is het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.

zijn geneigd hun klachten te somatiseren en zullen daardoor waarschijnlijk minder snel over stress en zorgen praten. Dit zou kunnen betekenen dat de kans dat allochtonen doorverwezen kleiner is dan de kans dat een autochtoon wordt doorverwezen naar de GGZ.

Vaker bezoeken huisarts, dus ontoegankelijker huisartsen zorg?

Uit een onderzoek onder ouderen in Nederland is gebleken dat Marokkaanse en Turkse ouderen minder tevreden zijn over hun huisarts dan autochtone ouderen en ouderen met andere etnische achtergronden. Er zijn een aantal stellingen voorgelegd aan de ouderen. De Marokkaanse 55-plussers gaven op een aantal stellingen een beduidend lager oordeel dan de autochtone 55-plussers. Slechts 52 % van de Marokkanen is het eens met de stelling “mijn huisarts geeft altijd, in een voor mij begrijpelijke taal, uitleg over medicijnen die worden voorgeschreven”, ten opzichte van 88% van de autochtonen. Andere stellingen waarbij Marokkanen veel minder tevreden zijn over de huisarts dan autochtonen:

- 56% van de Marokkanen is het eens met de stelling “mijn huisarts zorgt ervoor, als ik bel voor een afspraak, dat ik snel (binnen 24u) op het spreekuur terecht kan”, ten opzichte van 79% van de autochtonen.

- 62% van de Marokkanen is het eens met de stelling “legt mij altijd in een begrijpelijke taal uit wat mij mankeert”, ten opzichte van 90% van de autochtonen.

De resultaten van de eerste en derde stelling kunnen wijzen op communicatieproblemen tussen huisarts en patiënt.

Het zou kunnen dat Marokkanen, en ook andere allochtonen, hun huisarts vaker bezoeken omdat zij meerdere contacten nodig hebben om duidelijk te maken wat hen mankeert. Het vaker bezoeken van de huisarts zou dan dus juist kunnen duiden op een ontoegankelijker zorg. (Schellingerhout, 2004)

2.1.2 Toegankelijkheid van de GGZ

In de afgelopen jaren zijn er, naast het eerder weergegeven onderzoek met betrekking tot de toegankelijkheid van huisartsen, verschillende onderzoeken uitgevoerd met betrekking tot allochtonen en de toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg. Hieronder volgt een opsomming van verschillende uitkomsten van onderzoeken:

- Uit het onderzoek onder Marokkanen in Leiden, dat eerder al genoemd is in de inleiding, is gebleken dat GGZ Leiden vrij onbekend is bij Marokkanen in Leiden. De onderzoeker noemt belemmeringen vanuit de GGZ en vanuit Marokkanen in Leiden. De door de onderzoeker benoemde belemmeringen vanuit de GGZ zijn: gebrekkige bekendheid, GGZ selectiever geworden (richt zich op zwaardere psychische problematieken) en GGZ is nog een witte instelling. Met betrekking tot de onderzochte Marokkanen in Leiden benoemt zij de volgende belemmeringen: schaamte, neiging tot somatische presentatie en taalproblemen. (de Jong e.a., 2003)

- Uit onderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu en NIVEL in 2003 blijkt dat veel allochtonen niet weten bij welke zorgvoorziening zij moeten zijn wanneer ze bepaalde gezondheidsproblemen hebben (als ze deze al herkennen). Of hoe zij deze moeten benaderen. Men heeft ook weinig informatie over wat de

voorzieningen te bieden hebben en welke kosten daaraan verbonden zijn. (RIVM, 2003)

– In literatuur wordt ook genoemd dat Nederlandse cliënten veel makkelijker de weg naar de GGZ vinden dan allochtone cliënten. Autochtone cliënten weten ook beter wat de GGZ te bieden heeft en wat niet. Dit zou tot resultaat hebben dat autochtone cliënten hun hulpvraag beter kunnen formuleren. Allochtone cliënten zouden zich vaker tot alternatieve genezers en familieleden wenden dan autochtone cliënten, als de GGZ niet biedt wat zij verwachtten. (Oliemeulen & Thung, 2007)

Hypotheses

Op basis van deze informatie zijn de volgende hypothesen met betrekking tot toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg geformuleerd:

- Marokkaanse ex-clieënten weten minder goed dan autochtone ex-clieënten wat GGZ Leiden hen te bieden heeft.
- Marokkaanse ex-clieënten wenden zich vaker dan autochtone ex-clieënten tot alternatieve genezers en/of familieleden als de GGZ hen niet biedt wat zij verwachten.
- Cliënten met een slechte beheersing van de Nederlandse taal ondervinden problemen in de toegankelijkheid van GGZ Leiden.

2.2 Behandeling

In deze paragraaf zal literatuurstudie met betrekking tot behandeling in de GGZ behandeld worden. Deze informatie is nodig om de uit dit onderzoek opgedane gegevens te kunnen toetsen aan de al bekende informatie over dit onderwerp.

Er zijn, door het ZonMW, 163 onderzoeken uitgevoerd naar de gezondheid van allochtonen en effectiviteit van de zorg.

Een groot aantal projecten heeft zich gericht op de communicatie op de werkvloer. Communicatie tussen hulpverlener en hulpvrager kwam naar voren als specifiek knelpunt. Bij de hulpvrager zijn de regels en mogelijkheden van de zorg niet goed bekend. Door de hulpverleners wordt de hulp aan allochtonen als belastend ervaren. Stellen van diagnoses en het maken van behandelafspraken wordt lastiger door de knelpunten in de communicatie. Ook wordt gesteld dat het bekend is dat de geestelijke gezondheid van groepen allochtonen in Nederland achterblijft en de GGZ moeite heeft met een multiculturele aanpak.

In een project over de geestelijke gezondheid en hulpbehoefte bij jongeren is een opvallend resultaat geboekt. Verondersteld werd dat er een verschil zou zijn tussen de oorzaken van geestelijke gezondheidsproblemen en de manier waarop hulp gezocht door enerzijds Nederlandse en anderzijds Marokkaanse en Turkse jongeren. Maar het verschil tussen jongeren uit verschillende etnische groepen blijkt minder groot dan gedacht. Het zijn vooral de opvattingen van hun ouders die uiteen lopen. Het lijkt erop dat etnische verschillen met de generaties kleiner zullen worden, het onderzoek heeft dit echter niet vast kunnen stellen. Het zou ook kunnen dat

naarmate men ouder wordt en, bijvoorbeeld, een ouderrol inneemt, de opvattingen over problemen en hulp zoeken veranderen.

Vooraf migranten van de eerste generatie hebben problemen met de Nederlandse taal. Bij de tweede generatie is daar nauwelijks sprake van. Taalproblemen vermoeilijken de communicatie waardoor cliënt en hulpverlener elkaar niet goed begrijpen. (van der Veen e.a., 2003)

De manier waarop hulpverleners opgeleid zijn kan ook zorgen voor knelpunten in de behandeling van allochtone cliënten. Hulpverleners zijn opgeleid om vraaggerichte zorg te verlenen. De cliënt komt bij de hulpverlener en geeft door middel van een hulpvraag aan waar hij bij geholpen wil worden. Om als cliënt met een duidelijke hulpvraag te kunnen komen is inzicht in en bekendheid met het zorgaanbod een vereiste. Allochtonen zijn echter niet altijd bekend met het zorgsysteem. Hierdoor kunnen zij minder goed in staat zijn om hun hulpvraag te formuleren. (Suurmond e.a., 2007)

Culturele achtergrond of opvattingen kunnen ook een rol spelen bij het gebruik van medische voorzieningen. Zo kunnen allochtone patiënten bijvoorbeeld meer de wens hebben om medicijnen voorgeschreven te krijgen dan autochtone patiënten. (Schellingerhout, 2004)

Hypotheses

Op basis van deze informatie zijn de volgende hypothesen met betrekking tot behandeling geformuleerd:

- Hulpverleners ervaren behandeling aan cliënten met een Marokkaanse achtergrond als meer belastend dan behandeling aan autochtone cliënten. Een hulpverlener is opgeleid en gewend om vraaggerichte zorg te verlenen. Zij vinden het lastig dat allochtonen hun hulpvraag niet goed kunnen formuleren.
- Cliënten met een Marokkaanse achtergrond zijn minder goed in staat om aan te geven wat zij willen in hun behandeling, dan autochtone cliënten.
- Cliënten met een Marokkaanse achtergrond, en uit de eerste generatie, hebben moeite met het Nederlandse taalgebruik waardoor er moeilijkheden optreden in het contact met de hulpverlener. Cliënten met een Marokkaanse achtergrond hebben om die reden voorkeur voor een Marokkaanse hulpverlener.

2.3 Interculturalisatie van instellingen

De volgende definitie van interculturalisatie wordt gehanteerd. Interculturalisatie is een proces waarbij de instelling zich ten doel stelt te veranderen tot een multiculturele instelling waarin:

- als vanzelfsprekend rekening wordt gehouden met etnisch-culturele diversiteit in de uitvoerende hulpverlening, in de wijze van leidinggeven en in alle facetten van het instellingsbeleid, zoals cliëntenbeleid en personeelsbeleid;

- culturele diversiteit wordt gezien als een meerwaarde;
- een stabiele heterogene cultuur heerst met multiculturele waarden en normen;
- een multi-etnisch personeelsbestand is, met allochtone medewerkers op alle niveaus.

(Bellaart, 2001)

Om een vergelijking tussen GGZ Leiden en andere instellingen te kunnen maken zal hier bekeken worden waarin GGZ instellingen kunnen verschillen. De mate van interculturalisatie van een instelling is afhankelijk van de externe context en interne context.

Externe context: maatschappelijke en politieke omstandigheden.

Er heeft een verschuiving plaatsgevonden in de functie van de GGZ. GGZ is niet meer alleen voor ernstig gestoorden maar voor alle mensen in de maatschappij. Er is sprake van een “nieuw Taylorisme”: standaardisering, schaalvergroting (fusies), stroomlijning en standaardisering van de gezondheid. Hulpverleners moeten bepaalde targets (aantal cliëntencontacten) halen om voldoende ‘productie’ te behalen. Er vindt protocollisering plaats, bij een bepaalde doelstelling en specifieke problemen is een daarop afgestemde standaard werkwijze bedacht. (van Meekeren e.a., 2002)

Interne context: situatie van interculturalisatie binnen de GGZ instelling. In welke mate wordt er op verschillende niveaus rekening gehouden met andere culturen? Aan welke aspecten, zoals benoemd in de definitie van interculturalisatie, voldoet de GGZ instelling?

Voor de instellingen Altrecht, I-psy en GGZ Leiden is de externe context gelijk. Het zijn immers instellingen gevestigd in hetzelfde land, met dezelfde politieke omstandigheden. Een extern verschil dat noemenswaardig is, is de bevolkingsopbouw in de steden waar de GGZ instellingen gevestigd zijn. Altrecht bevindt zich in de omgeving Utrecht. In Utrecht is 8,8% van de totale bevolking van Marokkaanse komaf. In Den Haag, waar de vestiging van I-psy waar de geïnterviewde van dit onderzoek werkzaam is, is 5,3% van de totale bevolking van Marokkaanse komaf. Vooral het percentage Marokkanen in Utrecht is aanzienlijk hoger dan de 4,3% in Leiden. Hoe intern met interculturalisatie omgegaan wordt zal, mede door de bevolkingsopbouw in de vestigingssteden van de instellingen, kunnen verschillen.

Hypothese:

Altrecht en I-psy zijn beter toegespitst op de zorg aan allochtonen dan Rivierduinen.

Hoofdstuk 3 Data en methoden

Allereerst zal de context van de instelling en de afdeling waar het onderzoek heeft plaatsgevonden worden beschreven. Vervolgens zal de onderzoeksopzet uitgelegd worden.

3.1. Context

Rivierduinen en GGZ Leiden ambulant volwassenenzorg

Rivierduinen is een organisatie voor geestelijke gezondheidszorg, werkzaam in het Noorden en Midden van Zuid-Holland. Rivierduinen is onderverdeeld in 12 centra. Er zijn zes regionale centra die geestelijke gezondheidszorg bieden aan volwassenen en ouderen. Daarnaast is er een centrum, met verschillende vestigingen, waar zorg aan kinderen en jeugd wordt geboden. Ook zijn er vijf specialistische centra.

GGZ Leiden e.o. is een van de regionale centra. Bij de afdeling waar het onderzoek plaats heeft gevonden – afdeling ambulante volwassenenzorg – wordt behandeling of ondersteuning geboden aan volwassenen van 18 tot 65 jaar. Cliënten komen naar de polikliniek toe of krijgen een huisbezoek. Er wordt hulp geboden aan mensen met uiteenlopende klachten; stemmings-, angst-, somatoforme, psychotische of persoonlijkheidsstoornissen.

Cliënten kunnen bij GGZ Leiden terecht via een verwijzing van de (huis)arts, een medisch specialist, een Arbo-arts of een andere instelling voor geestelijke gezondheidszorg.

Behandeltraject

Als GGZ Leiden een verwijzing heeft ontvangen wordt de cliënt uitgenodigd voor een Onderzoek&Intake (O&I). Tijdens dit eerste gesprek wordt getracht het probleem van de cliënt te verhelderen en een diagnose te stellen. Vervolgens wordt gekeken welke behandeling en/of begeleiding het meest geschikt is. De behandeling kan bestaan uit gesprekken en/of medicatie. De duur van de behandeling loopt uiteen, afhankelijk van de aard van de problemen van de cliënt. Tijdens de behandeling kan de cliënt te maken krijgen met een: psychiater, (basis)arts die zich specialiseert in psychiatrie, (neuro)psycholoog/ psychotherapeut, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, casemanager of een therapeutisch medewerker.

3.2. Opzet onderzoek

Het onderzoek is opgedeeld in een dataverzameling onder medewerkers en onder ex- cliënten van GGZ Leiden.

Allereerst heb ik middels een brief aan de directie van GGZ Leiden, kortdurende zorg, toestemming gevraagd om het onderzoek uit te kunnen voeren. Toen ik eenmaal toestemming verkregen had om te starten met het onderzoek heb ik eerst medewerkers benaderd en vervolgens ex cliënten. Hieronder valt verder te lezen hoe dit verliep.

Interviews met medewerkers

De directie heeft aan de teamleiding van GGZ Leiden verzocht om aan medewerkers te laten weten dat zij toestemming hebben om deel te nemen aan het onderzoek. De teamleiding heeft een mail rondgestuurd naar alle 65 medewerkers (hulpverleners) met daarin de vraag of ze, indien ze deel willen nemen aan mijn onderzoek, dit via de mail aan mij kenbaar willen maken.

De interviews met de medewerkers hebben dus plaatsgevonden met medewerkers die zelf aan hebben gegeven mee te willen werken aan het onderzoek. De negen medewerkers die bereid waren mee te werken bleken affiniteit met hulpverlening aan allochtonen te hebben. Het is niet te zeggen of de medewerkers die niet aan het onderzoek hebben meegewerkt geen affiniteit hebben met hulpverlening aan allochtonen. De resultaten van de interviews vallen wellicht niet te generaliseren naar alle medewerkers van GGZ Leiden.

De interviews zijn afgenomen door middel van een topiclijst/vragenlijst, deze lijst is terug te vinden in de bijlagen.

In tabel 1 staat de verdeling, qua functie en team, van de medewerkers die meegewerkt hebben aan het onderzoek. De getallen geven het aantal medewerkers weer. In de eerste kolom worden de functies weergegeven van de medewerkers die meegewerkt hebben aan dit onderzoek. In de tweede kolom wordt weergegeven hoeveel medewerkers er in totaal van de betreffende vakgroep werkzaam zijn bij GGZ Leiden, het aantal medewerkers van het team psychotische stoornissen is daar ook in meegenomen. Van het team psychotische stoornissen heeft echter niemand meegewerkt aan het onderzoek. In de derde en vierde kolom wordt weergegeven wat de achtergrond, qua functie en team, is van de medewerkers die meegewerkt hebben aan dit onderzoek. Van het team SAS⁸ hebben 3 sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (spv) en/of therapeutisch medewerkers en 4 psycholoog en/of psychotherapeuten meegewerkt aan dit onderzoek. Van het team persoonlijkheidsproblematiek hebben 1 spv en/of therapeutisch medewerker en 1 psychiater meegewerkt.

⁸ Team Stemnings-, Angststoornissen en Somatoforme klachten.

Tabel 1: Aantal geïnterviewde medewerkers ten opzichte van totaal aantal medewerkers

	Totaal over alle teams	Waarvan deelgenomen aan interview uit team SAS:	Waarvan deelgenomen aan interview uit team Persoonlijkheidsproblematiek:
Spv/therapeutisch medewerker	12	3	1
Psycholoog/psychotherapeut	28	4	–
psychiater	13	–	1

Interviews met cliënten

Er is voor gekozen om ex-clianten te benaderen om mee te werken aan dit onderzoek. Bij een onderzoek onder de huidige cliëntenpopulatie zou het de behandeling van die cliënten kunnen beïnvloeden. Daarom is ervoor gekozen om alleen ex-clianten te betrekken bij het onderzoek.

Door het secretariaat is over een bepaalde periode 120 cliënten at random geselecteerd uit cliënten die in 2007 hun behandeling hebben beëindigd. Aan deze 120 cliënten is een door Renske de Reus, directeur behandelingen, geschreven brief verzonden met het verzoek aan te geven of men mee wil werken aan het onderzoek. Ex-clianten kregen een antwoordstrookje met antwoordvelop toegestuurd. Er zijn 60 Nederlandse cliënten benaderd en 60 cliënten met een Marokkaanse achtergrond. (zie ook tabel 2)

Er hebben slechts 5 cliënten een antwoordstrookje teruggestuurd. Drie cliënten met een Marokkaanse achtergrond en 2 autochtone cliënten.

Gezien de lage respons is opnieuw bekeken hoe het mogelijk was om ex-clianten bereid te vinden om deel te nemen aan het onderzoek. Er is voor gekozen om ex-clianten telefonisch te benaderen. Gezien de privacy kon ik, als onderzoeker, niet zelf de ex-clianten benaderen. Een secretaresse heeft de hele lijst met cliënten aan wie brieven zijn verzonden nagebeld. Zij heeft hen eerst verwezen naar de verzonden brief en een korte uitleg gegeven over het onderzoek en gevraagd of zij alsnog mee zouden willen werken aan het onderzoek. Een aantal van hen gaven aan de brief niet ontvangen te hebben en alsnog een brief te willen ontvangen. Indien zij direct, zonder nogmaals een brief te versturen, bereid waren mee te werken werden zij doorverbonden met de onderzoeker en werd er direct een afspraak gemaakt voor een interview. Met niet alle ex-clianten op de lijst is het gelukt telefonisch contact te krijgen. Zeker de helft van de telefoonnummers bleek niet meer te bestaan of werd direct doorgeschakeld naar een voicemail. De mensen die wel te bereiken waren maar niet mee wilden werken aan het onderzoek, gaven aan het te druk met hun werk en/of gezin te hebben.

Tabel 2: Aantal benaderde en deelgenomen ex-cliënten van GGZ Leiden

	ex cliënten met een Marokkaanse achtergrond	autochtone ex-cliënten
Benaderd	60	60
Deelgenomen aan onderzoek	8	8

De interviews met de ex-cliënten zijn afgenomen door middel van een vragenlijst, deze lijst is terug te vinden in de bijlagen.

De geïnterviewde cliënten

Door middel van een beschrijving van de overeenkomsten en verschillen van de geïnterviewde cliënten, zal een beeld worden geschetst van de achtergrond van de geïnterviewden.

De cliënten met een Marokkaanse achtergrond zijn, op een na, allemaal in Marokko geboren. De geïnterviewde die niet in Marokko is geboren, is in Algerije geboren. Maar hij heeft een in Marokko geboren moeder. Geïnterviewde zelf is ook in Marokko opgegroeid en vanuit Marokko naar Nederland gemigreerd. Van de andere geïnterviewde Marokkanen zijn beide ouders in Marokko geboren. De autochtone cliënten zijn allemaal in Nederland geboren en hun ouders ook, op een geïnterviewde na. Één autochtone cliënt heeft een in Indonesië geboren vader.

De leeftijden van de Marokkaanse ex-cliënten variëren tussen de 41 en 55 jaar. De gemiddelde leeftijd van de geïnterviewde Marokkaanse ex-cliënten is ca. 47 jaar. De Marokkaanse ex-cliënten zijn dus eerste generatie allochtonen. Er is niet bewust voor eerste generatie allochtonen gekozen, het is per toeval dat er geen tweede generatie allochtonen aan het onderzoek hebben deelgenomen. De leeftijden van de autochtone ex-cliënten variëren tussen de 25 en 63 jaar. De gemiddelde leeftijd van de geïnterviewde autochtone cliënten is ca. 44 jaar. In de gemiddelde leeftijd verschillen de twee geïnterviewde groepen dus niet veel jaren.

Verschillen tussen de twee geïnterviewde groepen:

- Bij de geïnterviewde autochtone cliënten zijn er meer uitschieters naar boven en beneden, wat leeftijd betreft.
- Een ander opvallend verschil tussen de twee geïnterviewde groepen is dat de groep autochtonen vrijwel allemaal werken, een vrouw niet omdat zij gepensioneerd is. Van de Marokkaanse groep werken er vijf cliënten niet. En de cliënten die wel werken, verrichten ongeschoold werk.
- Bij de Marokkaanse groep is de genoten opleiding lager dan bij de autochtone groep. De hoogstgenoten opleiding bij de Marokkanen is middelbare school en lager beroepsonderwijs. Drie Marokkanen hebben zelfs helemaal geen opleiding genoten. Bij de Nederlandse geïnterviewden heeft iedereen een opleiding genoten. (Aangezien er in Nederland een strenge leerplicht bestaat en in Marokko niet is dit verschijnsel op zich niet heel

vreemd) De laagstgenoten opleiding bij de geïnterviewde Nederlandse ex-clënten is lagere school en de helft (vier) van de geïnterviewde Nederlanders hebben een HBO opleiding gevolgd. Het opleidingsniveau van de geïnterviewde autochtone cliënten is dus aanzienlijk hoger dan dat van de Marokkaanse cliënten.

- Bij de groep Nederlandse ex-clënten waren de geïnterviewde mannen in de minderheid (twee van de acht) en bij de Marokkaanse ex-clënten waren juist de geïnterviewde vrouwen in de minderheid (eveneens twee van de acht).

Het is niet te zeggen of de bovengenoemde verschillen kenmerkend zijn voor alle Nederlandse en Marokkaanse cliënten die bij GGZ Leiden in behandeling zijn. Kwantitatief onderzoek zou dit uit moeten wijzen.

Interviews met medewerkers werkzaam bij I-psy en bij Altrecht

In dit onderzoek wordt ook een kleine uitstap naar andere instellingen gemaakt. Er is gekeken hoe bij twee andere instellingen, I-psy en Altrecht, de zorg aan allochtone cliënten er uit ziet. Om daar een beeld van te krijgen is een interview afgenomen met een medewerker van I psy (interculturele psychiatrie) en een interview met een medewerker van Altrecht. Bij de interviews met medewerkers van I-psy en Altrecht is dezelfde topiclijst gebruikt als bij de interviews met de medewerkers van GGZ Leiden.

Cliëntenthermometer

De cliëntenthermometer wordt in veel instellingen in de geestelijke gezondheidszorg, zo ook binnen Rivierduinen, gebruikt om de waardering van de cliënten voor de daar ontvangen zorg te meten. De thermometer is een door het Trimbos instituut⁹ ontwikkeld instrument.

GGZ Leiden maakt ook gebruik van het instrument, een vragenlijst, de cliëntenthermometer. De vragenlijst wordt aan het eind van de behandeling door cliënten van GGZ Leiden ingevuld. In de bijlagen is een lijst terug te vinden met daarin de vragen waarop cliënten in de thermometer antwoord geven. De cliëntenthermometer is in 2007 door 201 cliënten, van GGZ Leiden Kortdurende zorg, ingevuld. Uit de achtergrondkenmerken blijkt dat van n=201, 89% in Nederland is geboren. Slechts 1% van de respondenten geeft aan in het buitenland te zijn geboren. De overige 9% heeft niet ingevuld in welk land zij geboren zijn.

Op een aantal punten is er een overlap tussen de gegevens van de cliëntenthermometer en de gegevens uit dit kwalitatieve onderzoek. In de conclusie zal worden gekeken hoe de resultaten van dit onderzoek zich verhouden tot de kwantitatieve gegevens van het cliëntwaarderingsonderzoek van GGZ Leiden over 2007.

⁹ Landelijk kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit de interviews met de medewerkers, de autochtone ex-clënten en de ex-clënten met een Marokkaanse achtergrond van GGZ Leiden weergegeven. Ook zullen de hypothesen, zoals beschreven in het theoretisch kader, in dit hoofdstuk getoetst worden.

Voor het gemak zullen de geïnterviewde autochtone ex cliënten in dit hoofdstuk de Nederlandse cliënten genoemd worden. De geïnterviewde ex-clënten met een Marokkaanse achtergrond zullen in dit hoofdstuk Marokkaanse cliënten genoemd worden.

4.1. Toegankelijkheid van GGZ Leiden

4.1.1 Huidige toegankelijkheid GGZ Leiden volgens de medewerkers van GGZ Leiden

In de interviews is aan de medewerkers gevraagd of men wilde vertellen hoe hij/zij de toegankelijkheid van GGZ Leiden voor zowel autochtone als allochtone cliënten zien. Sommige medewerkers vinden GGZ Leiden wel goed toegankelijk. Zij zien geen verschil in toegankelijkheid voor allochtonen en autochtonen. Toch worden door hen wel een aantal punten genoemd die de toegankelijkheid kunnen bemoeilijken:

- Allochtonen komen wel naar GGZ Leiden maar weten niet wat ze komen doen. Er is veel onwetendheid bij hen, zo weten zij niet wat GGZ Leiden te bieden heeft en wat de verschillende functies van medewerkers inhouden.
- Allochtone cliënten voelen zich vaak onbegrepen bij de huisarts, waardoor het langer duurt voor ze naar de huisarts gaan en ze uiteindelijk bij GGZ Leiden terechtkomen.
- Voor mensen die de Nederlandse taal slecht beheersen zou het wel eens lastig kunnen zijn om 'binnen' te komen bij GGZ Leiden.

Citaat uit een interview met een psychotherapeut van het SAS team:

"De uitnodiging voor de intake wordt schriftelijk verricht. Als je dan de Nederlandse taal niet beheerst, dan zou je het moeten laten lezen door iemand anders. Je wilt echter niet dat iedereen weet waar je naartoe gaat."

Andere medewerkers vinden dat er veel verschil is in de toegankelijkheid van GGZ Leiden voor autochtone en allochtone cliënten. Deze medewerkers noemen de volgende dingen die zij opvallend vinden:

- er is een sterke ondervertegenwoordiging, in vergelijking met de Leidse bevolkingsopbouw, zowel wat betreft allochtone cliënten als allochtoon personeel.
- Marokkaanse vrouwen zeggen vaak dat zij zich niet begrepen voelen door hun huisarts, waardoor toegankelijkheid naar GGZ bemoeilijkt zou worden. Er zou ook een verschil in achtergrond van de Marokkaanse vrouwen ten opzichte van de Nederlandse vrouwen zijn. De groep Marokkaanse vrouwen is

minder divers, vaak laag opgeleid. Het zou kunnen dat mensen met een hogere opleiding zich wel redden en om die reden niet bij GGZ Leiden komen.

Wat valt er volgens de medewerkers te verbeteren aan de toegankelijkheid van GGZ Leiden?

Alle medewerkers geven wel een of meerdere suggesties wat er zou kunnen worden gedaan om de toegankelijkheid te verbeteren. Hieronder volgt een opsomming van wat er volgens medewerkers verbeterd zou kunnen worden. Eerst worden de suggesties genoemd die door meerdere medewerkers naar voren worden gebracht, vervolgens volgen de suggesties die niet door meerdere mensen werden genoemd:

- Drie medewerkers vinden dat er aan 'de voordeur' wat verbeterd zou kunnen worden. Mensen van allochtone afkomst worden vaak niet begrepen door de huisarts. Voor een autochtoon is het vaak al lastig begrepen te worden door de huisarts, de taal niet beheersen kan dit nog eens extra bemoeilijken.
- Twee medewerkers vinden dat het personeelsbestand een afspiegeling van de (multiculturele)samenleving behoort te zijn. Dat is volgens hen nu niet het geval. Er moeten om die reden meer allochtone hulpverleners aangenomen worden.
- Twee medewerkers vinden dat er een ervaren persoon (bijvoorbeeld Ronald May¹⁰) aangetrokken moet worden die Rivierduinenbreed interculturalisatie aanpakt.
- Twee medewerkers vinden dat er iets in het aanbod veranderd moet worden. Een combinatie van lijfwerk met therapie een goed aanbod voor allochtone cliënten zijn. Citaat uit een interview met een spv/therapeutisch medewerker:

“Je moet allochtone cliënten vaak wat opleiding/opvoeding betreft dingen bijspijkeren. Je bent dus eigenlijk op heel veel terreinen tegelijk bezig: lichamelijke klachten en psychische klachten.”

Een andere verandering in het aanbod die door medewerkers genoemd wordt is dat er vaker gebruik moeten worden gemaakt van het cultureel interview.

- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de huisartsenpraktijk zou de huisartsenzorg verbeteren.
- Betere voorlichting over hoe het gaat in de GGZ, wat men kan verwachten.
- Daarnaast is het cliëntenbestand ook nog geen afspiegeling van de maatschappij, daar moet men ook naar streven.
- O&I zou uitgebreid moeten worden van een naar twee of drie gesprekken. Het hulpaanbod zou nu soms niet aansluiten op de hulpvraag doordat de hulpvraag in de O&I niet voldoende duidelijk is geworden.
- Het is vooral voor psychiaters ingewikkeld om met allochtone cliënten te werken. Artsen moeten, in tegenstelling tot spv'ers, met protocollen werken.

¹⁰ Ronald May is werkzaam bij Altrecht en houdt zich bezig met het interculturaliseren van Altrecht.

4.1.2 Toegankelijkheid volgens de Marokkaanse- en Nederlandse cliënten

In het theoretisch kader kwam naar voren dat de meeste verwijzingen naar de GGZ via de huisarts geschieden. Bij de interviews met de Marokkaanse cliënten was dit ook het geval. Daarnaast waren er een aantal mensen die op een andere manier bij de GGZ terecht zijn gekomen: via de werkgever of via het algemeen maatschappelijk werk. Bij de Nederlandse cliënten zijn alle cliënten door de huisarts naar GGZ Leiden verwezen.

Sommige Marokkaanse cliënten hebben al op een andere manier aan hun klachten gewerkt voor ze bij GGZ Leiden komen. Een andere GGZ instelling en algemeen maatschappelijk werk worden genoemd als instellingen waar cliënten al aan hun klachten hebben gewerkt. Ook bij Nederlandse cliënten is een aantal mensen, voor ze bij GGZ Leiden in behandeling kwamen, elders in behandeling geweest. Voorbeelden van andere behandelingen bij de Nederlandse cliënten: behandeling bij een andere GGZ instelling als Parnassia, behandeling bij een vrijgevestigd psychologe of medicatiebehandeling via de huisarts.

Bekendheid met de GGZ

Zowel in de interviews met medewerkers als in de literatuurstudie wordt aangegeven dat de bekendheid van de GGZ onder allochtonen, en dus ook Marokkanen, slecht is. In de interviews met de Marokkaanse cliënten komt naar voren dat sommige cliënten wel een beeld hebben van de GGZ. Zij verwachten voor medicatie of gesprekken bij GGZ te komen. Sommige Marokkaanse cliënten hadden geen verwachting of een verwachting die niet aansluit bij de werkelijkheid. Voorbeelden van zulke verwachtingen zijn:

“Ik dacht dat ze me konden helpen bij het zoeken naar een huis”

en

“Ik had een probleem met slapen. Per nacht slaap ik zo'n drie uur. Alles jeukt dan door eczeem en dan kan ik niet slapen. Ik wist niet waar GGZ Leiden voor was. Ik weet nu dat voor mensen met psychische klachten is maar dat wist ik toen niet”

Een aantal Nederlandse cliënten had ook niet echt een duidelijk beeld van de GGZ. Ze wilden geholpen worden bij hun psychische klachten en gingen om die reden naar GGZ Leiden. De ideeën van de Nederlandse cliënten over wat de GGZ hen kon bieden weken echter niet zoveel af van de werkelijkheid als de hierboven beschreven verwachtingen van de Marokkaanse cliënten. Een aantal Nederlandse cliënten hadden wel een goed beeld van GGZ Leiden. Zij verwachten bijvoorbeeld dat ze medicatie verstrekt zouden krijgen of gesprekken of een combinatie van medicatie behandeling en gesprekken. Internet wordt maar door een van de cliënten genoemd als een manier waarop zij een beeld kreeg van GGZ Leiden.

Formulieren

De hoeveelheid in te vullen formulieren voor de intake bij GGZ Leiden heeft niet zoveel indruk gemaakt op de Marokkaanse cliënten. Sommige mensen konden het zich niet meer herinneren en sommige mensen vonden het aantal ingevulde formulieren wel goed. Een aantal mensen zeiden de formulieren niet zelf ingevuld te hebben.

Zo zegt een 41 jarige Marokkaanse vrouw:

“Ik heb het niet zelf ingevuld, heeft mijn buurvrouw gedaan”.

Ook bij autochtone cliënten hebben de formulieren niet veel indruk gemaakt. De cliënten vinden dat ze niet veel formulieren in hebben moeten vullen bij de aanmelding.

Intakegesprek

Het eerste gesprek dat de Marokkaanse cliënten bij GGZ Leiden hebben gehad ervaren zij als prettig/goed. Geen van de Marokkaanse cliënten heeft een opmerking over de duur van het gesprek. Inhoudelijk hadden sommige Marokkaanse cliënten wel vragen met betrekking tot het eerste gesprek. Sommige cliënten werden na de intake terug- of doorverwezen naar een andere instelling of de verwijzer. Waarom zij doorverwezen werden hebben zij niet goed begrepen.

Citaat uit een interview met een 41 jarige Marokkaanse vrouw:

“Gesprek ging goed. Maar ze zeiden in dat gesprek dat ik terug moest naar maatschappelijk werk. Maar die had me naar hun verwezen. En ik kon ook niet terug naar maatschappelijk werk want die zei dat ik een jaar ben geweest en mag niet langer. Wat moet ik dan doen?”

De Nederlandse cliënten waren allemaal tevreden over het eerste gesprek, ofwel de intake. Zowel over de duur als inhoud van het gesprek wordt positief gesproken door de cliënten. Zij hebben het gevoel dat ze alles kwijt konden tijdens het gesprek en hadden het vertrouwen dat ze geholpen zouden worden.

Een citaat uit een interview met een 25-jarige Nederlandse vrouw om de tevredenheid over het eerste gesprek te illustreren:

“Ze vroegen naar wat je probleem was en wat je verwachtte en alles. Dat verliep eigenlijk ook wel goed. Ik weet niet meer hoe lang het gesprek duurde. Maar ik had wel het gevoel dat ik gewoon alles kwijt kon wat ik wou. Ze hebben ook wel veel gevraagd in dat gesprek. Dus ik had wel het idee daarna, dat er wel iets goeds mee ging gebeuren.”

4.2. Hypotheses toegankelijkheid GGZ Leiden

Na alle resultaten met betrekking tot de toegankelijkheid van GGZ Leiden, van de geïnterviewde medewerkers en ex-clënten, beschreven te hebben zal worden getoetst of de in het theoretisch kader gestelde hypothesen opgaan voor dit onderzoek.

Hypothese 1: Marokkaanse ex-clënten weten minder goed dan autochtone ex-clënten wat GGZ Leiden hen te bieden heeft.

Uit de in de vorige paragraaf beschreven resultaten blijkt dat zowel de Nederlandse cliënten als de Marokkaanse cliënten niet altijd weten wat GGZ Leiden hen te bieden heeft, op het moment dat zij voor het eerst in aanraking komen met GGZ Leiden. Deze overeenkomst tussen de Nederlandse en Marokkaanse cliënten is niet te verwachten op grond van de literatuur en de visie van de medewerkers. De Marokkaanse cliënten die niet weten wat GGZ Leiden is, zitten echter in hun verwachtingen wel veel verder van de werkelijkheid dan dat bij de Nederlandse cliënten het geval is. Zoals ook bleek uit de citaten verwachten zij, bijvoorbeeld, hulp te krijgen bij het vinden van een huis of hulp bij beter te kunnen slapen. Door de Nederlandse cliënten werden geen verwachtingen uitgesproken die zover van de werkelijkheid stonden. Hypothese 1 kan dus bekrachtigd worden.

Hypothese 2: Marokkaanse ex-clënten wenden zich vaker dan autochtone ex-clënten tot alternatieve genezers en/of familieleden als de GGZ hen niet biedt wat zij verwachten.

Deze hypothese is niet geheel getoetst. Er is wel aan de ex-clënten gevraagd of zij elders in behandeling zijn geweest maar niet of zij ook bij familieleden aan hebben geklopt voor hulp bij hun geestelijke gezondheidsklachten. Geen van de Marokkaanse cliënten heeft aangegeven dat zij zich gewend hebben tot alternatieve genezers. Ondanks dat niet letterlijk gevraagd is of de ex-clënten zich tot familie hebben gewend heeft wel één van de Marokkaanse geïnterviewden aangegeven steun bij familie te hebben gezocht. Van de Nederlandse geïnterviewden gaf een persoon aan na bij GGZ Leiden te zijn geweest een alternatieve therapie, manuele therapie, te hebben gevolgd.

Hypothese 2 kan aldus niet bekrachtigd worden.

Hypothese 3: Cliënten met een slechte beheersing van de Nederlandse taal ondervinden problemen in de toegankelijkheid van GGZ Leiden.

Er zijn geen directe aanwijzingen die er op duiden dat deze hypothese bekrachtigd kan worden. Aangezien er maar een beperkt aantal (ex-)cliënten hebben deelgenomen aan dit onderzoek kan niet bevestigd worden dat niemand problemen ondervindt in de toegankelijkheid van GGZ Leiden. Het zou kunnen dat de geïnterviewden die meegewerkt hebben aan dit onderzoek in vergelijking met andere Marokkanen, de Nederlandse taal al redelijk beheersen. En dat zij om die reden geen

problemen ondervinden in de toegankelijkheid. Het zou ook kunnen dat zij wel taalproblemen hebben maar dit oplossen door hun sociale netwerk in te zetten. Zo gaf een Marokkaanse vrouw aan, bij de vraag over de formulieren, dat zij dit in liet vullen door haar buurvrouw.

Cliënten geven niet aan dat zij problemen ondervonden hebben bij de aanmelding als hen daar op een directe manier naar gevraagd wordt. Te verwachten valt dat mensen met een slechte beheersing van de Nederlandse taal het ook lastig zullen vinden om schriftelijke en/of telefonische contacten te hebben met de GGZ of contacten met de medewerkers van de administratie of receptie. Ook dit is niet in het onderzoek naar voren gekomen. De Marokkaanse cliënten vinden dat die contacten goed verlopen. Als er gekeken wordt naar de opleidingsachtergrond van de Marokkaanse cliënten, zoals beschreven in hoofdstuk 3, valt te verwachten dat cliënten wel moeilijkheden zouden ondervinden met dergelijke contacten. Wel kwamen er onduidelijkheden naar voren die zouden kunnen duiden op problemen door de slechte beheersing van de Nederlandse taal. Sommige Marokkaanse cliënten werden na de intake terug- of doorverwezen naar een andere instelling of de verwijzer. Waarom zij doorverwezen werden hebben zij niet goed begrepen.

4.3 Behandeling bij GGZ Leiden

4.3.1 De behandeling bij GGZ Leiden vanuit het oogpunt van de hulpverleners

Een aantal hulpverleners geeft aan de behandeling aan allochtone cliënten lastiger/moeilijker te vinden dan behandeling aan autochtone cliënten. Er worden verschillende knelpunten genoemd door de medewerkers. Er valt een opdeling te maken in knelpunten met betrekking tot de taal, knelpunten op het cultuurvlak en overige knelpunten.

Taal

Marokkaanse cliënten beheersen vaak de Nederlandse taal niet goed, volgens de medewerkers. Sommige medewerkers vinden het lastig om met een tolk te werken. Het kost meer tijd en je hebt soms niet in de hand wat er allemaal wel en niet wordt gezegd door een tolk. Een aantal medewerkers geeft zelfs aan liever niet een tolk te gebruiken, ook al spreekt iemand niet goed Nederlands.

Citaat uit een interview met een medewerker:

“ Maar als iemand een beetje Nederlands spreekt dan vind ik het ook best, als je zelf dan maar eenvoudig spreekt. En als mensen het dan zeggen wanneer ze iets niet begrijpen, dan zoek ik daar een ander woord voor. Dat doe ik liever dan met een tolk, als het echt niet gaat dan met een tolk”

Een medewerker vraagt zich af of de cliënten van Marokkaanse afkomst de dingen in een cognitieve therapie wel begrijpen. De medewerker vraagt zich af of ze het wel zeggen als ze het niet begrepen hebben. Soms komen hulpverleners erachter dat als er met een tolk erbij een gesprek wordt gevoerd het beter gaat. Protocollen en

formulieren, waar mee gewerkt wordt, sluiten niet allemaal aan bij allochtonen of zijn niet vertaald waardoor het lastig is er mee te werken.

Cultuur

Sommige medewerkers zeggen de behandeling aan allochtone cliënten niet moeilijker te vinden dan aan autochtone cliënten. Zij zien het als een uitdaging, een zoektocht, op een creatieve manier je doel bereiken. Een medewerker noemt wel een aspect wat lastig is, de afhankelijke positie. Je moet genoeg nemen met kleine stapjes die de cliënten maken omdat het voor hen een hele grote stap kan zijn. Een medewerker benoemt iets wat soms makkelijker is bij allochtone cliënten dan bij autochtone cliënten. Je kan makkelijker nadrukkelijk laten zien dat jij de professional bent. Dat vinden mensen, volgens deze medewerker, ook prettiger. Verder wordt genoemd dat Nederlanders meer gewend zijn aan een directe benadering dan de meeste allochtone mensen. Daar moet in een behandeling rekening mee worden gehouden, het vereist een andere benaderingswijze van de medewerkers.

Een medewerker vindt dat het per gesprek verschilt of het lastig is of niet. De medewerker zegt wel baat te hebben bij kennis over geloof (islam) en cultuur. Er zijn een aantal dingen die wel als knelpunten in een behandeling worden ervaren. Hier volgt een opsomming:

- Cliënten die niet assertief zijn, terwijl ze overbelast zijn. Ze gaan dan toch dingen voor andere mensen doen en schuiven dit volgens de medewerkers af op hun cultuur.

Citaat:

“ Maar dan zegt zo iemand nee dat doen wij in onze cultuur niet. Jullie Nederlanders doen dat wel, maar wij niet. Dat staat dan heel erg vast.”

Het is dan voor de medewerkers lastig om dit patroon te doorbreken.

- Een groepsbehandeling is lastig te realiseren. De Marokkaanse gemeenschap schijnt, volgens de medewerkers, veel te roddelen. Cliënten voelen zich dan niet op hun gemak tijdens een groepsbehandeling en stoppen de behandeling of zeggen niks. Groepsbehandeling zou daardoor minder effectief zijn dan bij autochtone cliënten.

- Marokkaanse cliënten hebben vaak geen hulpvraag. Ze willen hulp krijgen van de medewerker maar het is moeilijk om duidelijk te krijgen waar ze precies hulp bij willen. Het kan lastig zijn om een ingang te vinden in de afhankelijke positie van de cliënt. Verder kan je ook moeilijk “onderhandelen” met een Marokkaanse cliënt. Marokkaanse cliënten geven niet duidelijk aan wat ze willen, laten het meer aan de behandelaar over.

- uithuwelijken komt volgens een aantal medewerkers nog veel voor in de Marokkaanse cultuur. Het volgende citaat illustreert wat medewerkers antwoorden op mijn vraag wat uithuwelijken volgens hen inhoudt:

“ Dat ze getrouwd zijn met iemand die de familie uitgekozen heeft, die ze dan wel kenden maar niet ontstaan uit een liefdesrelatie”

Overige knelpunten:

- De familie of partner van de cliënt is er niet van op de hoogte dat de cliënt bij GGZ Leiden in behandeling is. Sommige medewerkers vinden het lastig om de familie bij de behandeling te betrekken.
- Bij sommige dingen duurt het langer voor ze op tafel komen, bijvoorbeeld relatieproblemen, seksuele problemen en/of -ervaringen
- Marokkanen worden gediscrimineerd in de Nederlandse maatschappij en hebben hieronder te lijden. Als zij vervolgens bij GGZ Leiden in behandeling komen is het voor medewerkers lastig vertrouwen te winnen. De medewerker moet dan extra zeilen bij zetten om te laten zien dat zij wel te vertrouwen zijn en niet discrimineren.
- Door de sociaal-economische positie waar Marokkanen zich in bevinden hebben zij vaak een gebrek aan perspectief. Er is sprake van isolementsproblematiek die eigenlijk aangepakt zou moeten worden door een brede inzet van verschillende instanties. Dit is echter door de financieringssysteem niet mogelijk. Door de huidige financieringssysteem worden andere instellingen uit 'hetzelfde potje' betaald waardoor je elkaars concurrenten bent.
- Werken met allochtonen kost vaak veel extra tijd. Deze tijd valt niet te declareren. Medewerkers moeten een zwak hebben voor het werken met allochtonen om het te blijven doen.

"Het wordt gewaardeerd dat je het doet, maar het is dan weer een uur dat je niet kan schrijven."

Verschillen in behandeling

Bijna alle medewerkers kunnen wel iets noemen wat zij anders doen in hun behandeling aan allochtone cliënten.

Drie medewerkers geven aan dat zij bij allochtone cliënten, meer dan bij autochtone cliënten, een beeld proberen te krijgen van de gezinscontext. Hoe liggen verhoudingen binnen het gezin, zijn er veranderingen in rolpatronen? Hoe is de migratiegeschiedenis, uit wat voor gebied is iemand afkomstig?

Een ander verschil, dat ook door meerdere medewerkers aangegeven wordt is het simpeler maken van een behandeling. Men werkt wel aan de hand van een protocol maar slaat stappen over of doet dingen in een andere volgorde. Bijvoorbeeld eerst tijd besteden aan lichamelijke klachten. En als die uitgesproken zijn verder met de psychische klachten. Aanpassing van het protocol is niet bij alle Marokkaanse cliënten nodig, sommige begrijpen het prima. Dit is ook wel afhankelijk van het intelligentieniveau, en niet zozeer alleen van de culturele afkomst.

Ook wordt wel genoemd dat er in het algemeen meer uitleg nodig is bij allochtone cliënten, psychoeducatie.

Een aantal medewerkers vinden de duur van de behandeling een groot verschil. Behandelingen aan allochtonen duren langer doordat er meer tijd nodig is om in het begin het vertrouwen van de cliënt te winnen. En ook bij de afsluiting verloopt het anders. Allochtonen hebben er soms moeite mee een behandeling officieel af te sluiten.

Drop out

Vijf van de negen geïnterviewde medewerkers denken dat het drop out verschijnsel bij allochtone cliënten groter is dan bij autochtone cliënten. Daarnaast durven twee medewerkers niet met zekerheid te zeggen dat de drop out bij allochtonen hoger is maar zij ontkennen dit ook niet. Er zijn volgens de medewerkers twee hoofdredenen waarom allochtone cliënten voortijdig hun behandeling zouden stoppen:

- de behandeling sluit niet aan bij de wensen van de allochtone cliënten.
- de cliënten zijn lichamelijk ziek of ervaren teveel lichamelijke pijnen om te kunnen komen.

Suggesties tot verbetering van de behandeling door de medewerkers

Meerdere medewerkers geven aan dat zij graag meer tijd zouden hebben voor de behandeling en om over de behandeling na te denken. Het volgend citaat uit een interview met een medewerker illustreert dit:

“ wat meer tijd zou mij goed doen, dat je meer kan nadenken over een behandeling.
De een is de deur uit en de volgende staat er weer”

Ook wordt genoemd dat de tijd beperkt wordt door andere werkzaamheden die verricht moeten worden en niet bij de taken horen. Dit gaat dan met name om financiële problemen van cliënten waar men als spv iets mee doet. Het algemeen maatschappelijk werk sluit de deuren voor mensen die in behandeling bij GGZ Leiden zijn. Terwijl het juist mensen betreft met problemen op meerdere gebieden, psychische en maatschappelijke/financiële problemen. Een oplossing hiervoor, die wordt genoemd, is het aannemen van een maatschappelijk werker om cliënten met dergelijke problemen te helpen.

Een andere suggestie die door meerdere medewerkers wordt genoemd is het inhuren/aanstellen van een deskundige op het gebied van werken met allochtonen. Iemand die medewerkers traint in zaken als cultuur en geloof. Waar medewerkers terecht kunnen met vragen op die gebieden. Er wordt bijvoorbeeld genoemd dat sommige collega's vooroordelen hebben over allochtonen en dit de behandeling negatief zou kunnen beïnvloeden. Verder zou die medewerker zich ook in de protocollen moeten verdiepen, hoe kan er beter met de huidige protocollen omgegaan worden? Op den duur zou die aangestelde medewerker zichzelf weer overbodig moeten maken. Het zou dus moeten gaan om de tijdelijke aanstelling van een persoon die zich in bovengenoemde zaken kan verdiepen. De medewerkers die dit aangeven zijn er van op de hoogte dat er reeds een aandachtsfunctionaris interculturalisatie, Sjoerd Colijn, werkzaam is binnen Rivierduinen. Zij zijn echter van mening dat dhr. Colijn onmogelijk, in het aantal uren dat hij heeft om zich met dit onderwerp bezig te houden, dit goed kan doen.

Een citaat ter illustratie van bovenstaande:

“Ja maar die heeft daar maar iets van drie uur voor. En dat is natuurlijk veel te weinig. En dat iedereen misschien dan wel ten onrechte denkt, daar hebben we toch Sjoerd voor. Het kan ook remmen, dat allerlei initiatieven dan niet genomen worden.”

Verder worden er verschillende suggesties met betrekking tot formulieren gedaan. De een vindt het bureaucratisch bij GGZ Leiden, overal moeten formulieren voor ingevuld worden. Een ander vindt dat niet verwacht kan worden van mensen met taalproblemen dat zij formulieren goed invullen. Daar moet door de hulpverleners rekening mee worden gehouden, en eventueel zou iemand beschikbaar moeten worden gesteld bij het helpen invullen van formulieren. Ook zouden vragenlijsten, zoals de ROM, vertaald moeten worden in een aantal andere talen. Twee medewerkers vinden dat er op de website aandacht moet komen voor allochtonen. Er zou bijvoorbeeld informatie beschikbaar moeten komen in het Arabisch.

4.3.2 De behandeling bij GGZ Leiden vanuit het oogpunt van de Marokkaanse en Nederlandse cliënten

Niet alle geïnterviewde Marokkaanse cliënten zijn na de intakefase ook daadwerkelijk in behandeling gekomen. Al in de intakefase bleek dat de klachten van drie cliënten niet bij de GGZ behoorden. De cliënten hebben wel voor zover mogelijk geprobeerd alle vragen te beantwoorden. Een aantal vragen was echter op hen niet van toepassing, zoals de vragen betreffende het behandelplan en de vraag over wat voor behandeling ze gehad hebben.

Van de vijf cliënten die wel in behandeling zijn gekomen hebben alle cliënten een individuele behandeling gehad en een aantal cliënten naast de individuele behandeling ook nog een groepsbehandeling. Sommige cliënten weten niet te benoemen wat de functie is geweest van de hulpverlener die hen behandeld heeft, een aantal cliënten zegt een behandeling te hebben gehad van een psychiater. Andere functies worden niet genoemd.

Citaat uit een interview met een 48-jarige Marokkaanse vrouw:

“Dan zat ik gewoon in dat bankje en dan ging hij met mij praten. Ik weet niet wat zijn functie was.”

Een aantal Nederlandse cliënten heeft een individuele behandeling gehad. Ook niet iedereen weet nog te benoemen wat de functie van degene, bij wie ze in behandeling waren, was. De Nederlandse cliënten die nog wel weten te benoemen wat de functie was van de medewerker geven aan dat ze voor medicatie naar een psychiater gingen en gesprekken met de verpleging voerden. Ook zijn er een aantal mensen die een groepsbehandeling hebben gehad of een combinatie van groepsbehandeling en individuele behandeling. De functie van de behandelaar wordt wat twijfelend genoemd. Helemaal zeker weten ze het niet meer. Een aantal keer wordt psychotherapeut genoemd en ook een aantal keer psychologe.

Behandelplan

De term behandelplan bleek geen bekende term te zijn bij de Marokkaanse cliënten. Bij alle cliënten, zowel de Marokkaanse- als de Nederlandse cliënten, is een uitleg gegeven van de term behandelplan¹¹. Na deze uitleg herkenden sommige Marokkaanse cliënten dat daar mee gewerkt werd en vonden het goed dat er mee werd gewerkt. Een aantal cliënten kon zich niet herinneren dat er met een behandelplan gewerkt werd. Een cliënt was fel tegen het gebruik van een behandelplan.

Alle Nederlandse cliënten geven aan dat er niet echt met een behandelplan werd gewerkt. De redenen waarom er niet met een behandelplan werd gewerkt liepen uiteen. Zo wordt bijvoorbeeld aangegeven dat het wel de bedoeling was om met een behandelplan te werken maar dat het er niet van kwam. Het wordt over het algemeen prettig gevonden dat er niet met een behandelplan gewerkt werd. De Nederlandse cliënten vinden het prettig dat er wordt gekeken waar je als cliënt op dat moment behoefte aan hebt. Slechts een cliënt geeft aan dat ze het wel een gemis vond dat er niet met een behandelplan gewerkt werd. Deze cliënt had wel duidelijker willen weten wat je allemaal gaat doen tijdens de therapie sessies.

Verwachtingen versus geboden hulp

Van sommige Marokkaanse cliënten komen de verwachtingen overeen met wat hen geboden werd. Zij zeggen tevreden te zijn met wat ze aan behandeling hebben gekregen of zeggen zich gesteund te voelen.

Een aantal Marokkaanse cliënten had geen verwachting van wat GGZ Leiden hen zou kunnen bieden. Soms bleek dat zij niet aan het juiste adres waren met hun klachten. Citaat uit een interview met een 45-jarige Marokkaanse man:

“Ik wist niet wat ik moest verwachten. Maar het bleek toch dat ik weer terug naar de huisarts moest met mijn klachten.”

Van sommige Marokkaanse cliënten komt de verwachting niet overeen met wat hen geboden werd. Zij zijn niet tevreden, voelen zich niet geholpen.

Citaat uit een interview met een 41-jarige Marokkaanse man:

“Het was alsmaar praten, praten. Ik wilde gewoon medicijnen. Ik kreeg wel een tablet maar die werkte niet. Ik heb ze wel geslikt maar hielp niet. Eerste keer praten dat begrijp ik wel. Ze moeten weten wat er aan de hand is. Maar tweede keer hetzelfde verhaal, dat hoeft voor mij niet. Een keer praten en dan is het genoeg.”

De verwachtingen van de Nederlandse cliënten sloten ook niet altijd aan op wat men uiteindelijk aan behandeling aangeboden kreeg. Maar ook al sloot de behandeling

¹¹ Een behandelplan is een plan dat opgesteld wordt aan het begin van de behandeling waarin de hulpvraag van de client, het doel van de behandeling, en de wijze waarop client en behandelaar (of behandelaren) dit doel willen bereiken beschreven staan.

niet op hun verwachtingen aan, kijken de Nederlandse cliënten er wel positief op terug.

Een citaat uit een interview met een 59-jarige Nederlandse man:

“Je verwacht dat dat medicijntje of gesprekje wel wonderen verricht. Maar je moet zelf gewoon aan de slag. Je verwacht toch meer. Je moet er zelf heel veel energie in steken. Achteraf kom je er wel achter dat het wel een goede behandeling is.”

Communicatie

Opvallend is dat de Marokkaanse cliënten die aangaven dat de communicatie goed verliep toch een voorkeur hebben voor een Marokkaanse hulpverlener. Zij begrepen de hulpverlener en denken dat de hulpverlener hen begreep, er zijn geen misverstanden geweest. Als zij de keus zouden hebben tussen een Nederlandse en Marokkaanse hulpverlener zouden zij, ondanks dat de communicatie goed verliep, toch kiezen voor een Marokkaanse hulpverlener. Soms omdat dit op taalgebied prettiger is, soms een combinatie van taal en cultuur factoren.

Citaat uit een interview met een 55-jarige Marokkaanse man (interview is afgenomen in het Marokkaans-Berbers):

“Als ze hebben geleerd voor dat vak, maakt het mij niet uit. Ik vind het wel erg prettig dat ik, zoals nu met jou, in mijn eigen taal kan praten. Je komt meer tot rust, je voelt je meer op je gemak als je rechtstreeks met iemand kan praten zonder tussenkomst van een tolk. Het Nederlands dat hier gebruikt wordt is anders dan de straattaal. Met straattaal red ik me wel maar dat is hier toch anders.”

Uit bovenstaand citaat blijkt dat de taal een belangrijke rol speelt bij die cliënt om aan te geven dat hij een voorkeur heeft voor een Marokkaanse hulpverlener.

Een ander citaat (uit een interview met een 48-jarige Marokkaanse vrouw) laat zien dat cultuur een belangrijke rol speelt om te kiezen voor een Marokkaanse hulpverlener:

“Ik zou wel liever een Marokkaanse vrouw hebben als hulpverlener. Die kan ik gewoon alles vertellen, alles zeggen zonder dat ik me schaam of verlegen ben. Een Marokkaanse vrouw weet ook wat er speelt bij ons. ... Ik denk dat ik dan toch nog beter begrepen zou worden. Dingen die voor mij normaal zijn, zijn voor haar ook normaal.”

De Marokkaanse cliënten die aangaven dat er wel misverstanden in de communicatie waren, hebben geen voorkeur voor een Marokkaanse hulpverlener. De volgende citaten laten zien waar de misverstanden over gingen:

- Citaat uit een interview met een 55-jarige Marokkaanse man:

"Ik slikte sterke medicijnen en toen zei zij, ik zie het niet in bloed. Ik slik die medicijnen dus ik vond dat geen eerlijk antwoord."

Deze cliënt wilde een verklaring voor zijn werkgever dat hij in behandeling was en aan zijn klachten werkte. Het citaat illustreert wat het antwoord van de hulpverlener was, waarom de hulpverlener de verklaring niet wilde verstrekken.

- Citaat uit interview met een 44 jarige Marokkaans/Algerijnse man:

"En je weet het wij Marokkanen spreken soms met harde stem, en dan vragen ze meteen of je boos bent. Dat ben ik niet maar zo praten wij gewoon."

Een ander citaat uit hetzelfde interview:

"Als je open kaart speelt wordt er gevraagd of je terrorist bent. Is iedereen dan terrorist geworden? Er werd letterlijk aan mij gevraagd of ik bommen maakte. Ik trilde helemaal. Is toch niet normaal."

Ondanks dat deze misverstanden hebben plaatsgevonden hebben deze Marokkaanse cliënten geen voorkeur voor een Marokkaanse hulpverlener. Zij geven aan dat het hen niet uitmaakt wat de achtergrond van de hulpverlener is, als deze zijn werk maar goed doet en naar hen luistert.

Alle Nederlandse cliënten vonden dat de communicatie met de hulpverlener goed verliep. Een aantal cliënten hebben meerdere behandelaren gehad en vonden dat de communicatie met de ene behandelaar wel goed verliep en met de andere niet. De redenen waarom de communicatie niet goed liep lopen uit een. Een aantal voorbeelden hiervan:

- Behandelaar (psychiater) was niet meelevend, afstandelijk.
- Behandelaar vertelde dingen die cliënt niet begrijpt en behandelaar begrijpt cliënt ook niet.

Dat het met een van de behandelaren niet klikte is voor de Nederlandse cliënten geen reden om over de gehele behandeling ontevreden te zijn.

Wat ervaren cliënten positief en wat negatief aan de behandeling?

Een aantal Marokkaanse cliënten noemen hun behandeling in zijn algemeen positief. De behandeling verliep goed en er werd naar hen geluisterd. Alle Nederlandse cliënten kunnen wel iets noemen waar ze tevreden over zijn in de behandeling bij GGZ Leiden. Er worden vaak inhoudelijke dingen in de behandeling genoemd die de cliënten als positief hebben ervaren. Voorbeelden hiervan zijn:

het vraaggericht werken van de medewerker, geduld en beleefdheid van medewerkers, geconfronteerd worden met je eigen gedachtengang en vooruitgang boeken met je klachten.

Het volgende citaat laat zien wat als een negatief punt wordt ervaren.

Citaat uit interview met een 55 jarige Marokkaanse man:

“Ik heb erg veel soorten medicatie: 7. De psychiater zei zelf ook dat dat niet goed was. Maar hij heeft er niet naar gekeken om het anders te doen. Ik ben nu soms net een verslaafde.”

Een van de vrouwelijke Marokkaanse cliënten is minder tevreden over het feit dat haar niet is gevraagd of zij een man of vrouw als hulpverlener zou willen.

Citaat uit interview met 48-jarige Marokkaanse vrouw:

“Ik wilde echt een vrouw maar dat hebben ze niet gevraagd.”

Zelf zegt ze er niet van op de hoogte te zijn dat zij dit misschien ook zelf aan had kunnen geven. Zij nam er maar genoegen mee dat de hulpverlener een man was.

Zes van de acht geïnterviewde autochtone cliënten weten wel iets te noemen waar ze ontevreden over zijn. Zo zijn sommige cliënten ontevreden over de behandelaar. Drie cliënten geven aan dat het niet klikte met de behandelaar. De redenen waarom het niet klikte lopen uiteen. Voorbeelden hiervan: psychiater was afstandelijk en gaf vage antwoorden op de vragen van de cliënt, therapeut sloeg de plank mis bij het beredeneren waarom cliënt een bepaalde gedachtegang heeft en de door therapeut gekozen behandeling sloeg niet aan bij de wensen van de cliënt. De cliënten die niet tevreden waren over de behandelaar hadden naast die behandelaar wel andere behandelaren waar zij wel tevreden over waren. Het niet tevreden zijn over de behandelaar is dus geen reden voor de autochtone cliënten om ontevreden te zijn over de gehele behandeling.

Andere dingen die worden genoemd waarover men ontevreden is:

- om financiële redenen (eigen bijdrage voor de behandeling) moeten stoppen met de behandeling.
- veel medicatie wisseling moeten ondergaan
- wisseling van medewerkers
- therapeut die (een uur) te laat komt en daar geen excuses voor aanbied.
- niet te horen krijgen wat de diagnose is die gesteld is.
- een anonieme enquête ontvangen, die achteraf gezien niet anoniem bleek te zijn. Er zaten nummers op de enquête die corresponderen met je adresgegevens.
- niet ingaan op diagnose die cliënt zelf stelt.

Bovenstaande punten worden steeds door een of twee personen genoemd. Het zijn dus geen dingen waar alle geïnterviewde autochtone cliënten het over eens zijn dat het negatieve dingen zijn in de behandeling.

In tegenstelling tot de Nederlandse cliënten zijn er wel Marokkaanse cliënten die de gehele behandeling als negatief ervaren. De hulpverlener doet niet wat er de cliënt van hem/haar verwacht. Bijvoorbeeld het schrijven van een ziekteverklaring aan een werkgever of het verstrekken van medicatie.

Suggesties tot verbetering van de behandeling van GGZ Leiden

Niet alle geïnterviewde ex cliënten, zowel de Marokkaanse als de Nederlandse cliënten, weten suggesties tot verbetering te noemen. De suggesties die genoemd worden vloeien voort uit de negatieve punten die de geïnterviewden eerder al noemden. Als iemand bijvoorbeeld noemde het vervelend te vinden dat er zoveel wisseling van medewerkers plaatsvonden, wordt als suggestie tot verbetering ‘minder wisseling van hulpverleners’ genoemd. De volgende suggesties worden door de Marokkaanse cliënten genoemd:

- huisbezoek.
- beter luisteren naar de cliënt.
- Vragen of je een man of een vrouw als hulpverlener wilt.

Sommige Nederlandse cliënten gaven aan dat het niet goed klikte met de hulpverlener. Volgende citaten geven suggesties aan hoe daar door GGZ Leiden mee om zou kunnen worden gegaan:

Citaat uit interview met een 35-jarige Nederlandse vrouw:

“Als iets niet werkt daar ook voor open staan. Ik denk dat dat voor de cliënt ook belangrijk is dat hij daar in erkend wordt”

Citaat uit interview met een 25-jarige Nederlandse vrouw:

“Misschien zou het goed zijn om in het begin aan te kunnen geven of je het prettig vindt om met een bepaalde hulpverlener te kunnen werken.”

In de vorige paragraaf kwamen al de suggesties tot verbetering van de behandeling, uit het oogpunt van de medewerkers aan bod. De suggesties die door de medewerkers worden gedaan zijn veelal algemener dan die door de cliënten worden gegeven. Hierdoor kan niet gezegd worden of de ideeën wel of niet op elkaar aansluiten.

Afsluiting van de behandeling

Bij zes van de acht Marokkaanse cliënten liep de afsluiting niet naar tevredenheid. En bij vijf van die cliënten zijn de klachten gelijk gebleven of zelfs erger geworden na afsluiting van de behandeling of intake.

Wat ging er zoal mis in de afsluiting van de behandeling bij Marokkaanse cliënten:

- Cliënt werd verwezen, in verband met zijn gehoorstoornis, naar een ander centrum. Bij dat andere centrum was echter alleen opname mogelijk en daar voelt cliënt niks voor. Hij wil graag terugkomen bij GGZ Leiden en begrijpt niet dat dit niet kan.

– Cliënte werd lichamelijk ziek en moest een operatie ondergaan. Zij ontving een brief van de behandelaar waarin stond dat als hij niks hoorde, hij de behandeling af zou sluiten.

Citaat uit een interview met een 48-jarige Marokkaanse vrouw:

“Ik heb niet gebeld. En daarna heb ik niks meer gehoord. Daarna wilde ik wel gaan. Maar ik heb geen contact meer gezocht. Ik heb die klachten nog steeds. Omdat ik niks heb gehoord ben ik niet meer teruggegaan..... Ik weet niet of die behandeling nog weer kan starten.”

– Hulpverlener was niet meer werkzaam bij GGZ Leiden, cliënt heeft wel contact gezocht maar er werd niet gereageerd.

Citaat uit een interview met een 45-jarige Marokkaanse man:

“Assistent zei dat ze door zou geven aan arts maar ik heb niks gehoord.”

Zeven van de acht Nederlandse cliënten geven aan dat hun klachten zijn verminderd door de behandeling bij GGZ Leiden. Er kan dus gezegd worden dat de Nederlandse cliënten tevreden zijn over de behandeling en de afsluiting daarvan. Toch gaven sommige cliënten nog dingen aan die minder goed verliepen bij de afsluiting. Een aantal voorbeelden van dingen waar cliënten minder tevreden of ontevreden over waren:

- Er werd verwezen naar een andere instelling maar waarom dit werd gedaan is niet duidelijk
- Een gedeelte van de klachten is aangepakt maar een ander gedeelte niet.

Bij een van de Nederlandse cliënten is er wel iets misgegaan bij de afsluiting van de behandeling. Cliënte gaf aan met een bepaalde therapie te willen stoppen en de behandelend psychiater besloot toen dat cliënte wel helemaal klaar was met de behandeling. Zij is toen nog elders voor haar klachten in behandeling gegaan.

4.4 Hypotheses behandeling bij GGZ Leiden

Na alle resultaten met betrekking tot de behandeling bij GGZ Leiden, van de geïnterviewde medewerkers en ex-clieënten, beschreven te hebben zal worden getoetst of de in het theoretisch kader gestelde hypothesen opgaan voor dit onderzoek.

Hypothese 4: Hulpverleners ervaren behandeling aan cliënten met een Marokkaanse achtergrond als meer belastend dan behandeling aan autochtone cliënten. Een hulpverlener is opgeleid en gewend om vraaggerichte zorg te verlenen. Zij vinden het lastig dat allochtonen hun hulpvraag niet goed kunnen formuleren.

Niet alle geïnterviewde medewerkers ervaren de behandeling aan Marokkaanse cliënten meer belastend dan aan autochtone cliënten. Door sommige medewerkers wordt het ook wel als een uitdaging gezien. Toch worden er ook wel veel aspecten

genoemd, van de behandeling aan allochtonen, die wel als belastend worden ervaren. Zo is de taal vaak een knelpunt in de behandeling. Sommige medewerkers zijn het gewend om te werken met tolken en maken hier dan ook gebruik van. Andere medewerkers vinden het lastig om met een tolk te werken, en communiceren in het Nederlands. Ook al begrijpt de cliënt dan niet altijd alles wat de medewerker zegt. Cultuuraspecten worden ook als belemmering gezien in een behandeling. Een aantal medewerkers vindt het lastig om om te gaan met een cliënt die geen hulpvraag formuleert en zich in een afhankelijke positie opstelt. Ik neig er al dus naar om hypothese te bekrachtigen. Er worden toch redelijk wat aspecten aangegeven die als knelpunt ervaren worden. Ook al geven medewerkers aan dit niet altijd lastiger te vinden maar dergelijke knelpunten ook wel als een uitdaging te zien.

Hypothese 5: Cliënten met een Marokkaanse achtergrond zijn minder goed in staat om aan te geven wat zij willen in hun behandeling, dan autochtone cliënten.

De cliënten zelf geven dit niet aan. Dit aspect wordt wel door een aantal medewerkers aangekaart. Deze hypothese kan dus niet bekrachtigd worden, hier zou verder onderzoek naar gedaan moeten worden.

Hypothese 6: Cliënten met een Marokkaanse achtergrond, en uit de eerste generatie, hebben moeite met het Nederlandse taalgebruik waardoor er moeilijkheden optreden in het contact met de hulpverlener. Cliënten met een Marokkaanse achtergrond hebben om die reden voorkeur voor een Marokkaanse hulpverlener.

Uit de interviews met de Marokkaanse cliënten bleek dat zij wel een voorkeur voor een Marokkaanse hulpverlener hebben. Ondanks dat zij aangeven dat zij de hulpverlener begrepen en de hulpverlener hen begreep en er geen misverstanden zijn geweest. Als zij de keus zouden hebben tussen een Nederlandse en Marokkaanse hulpverlener zouden zij, ondanks dat de communicatie goed verliep, toch kiezen voor een Marokkaanse hulpverlener. Soms omdat dit op taalgebied prettiger is, soms een combinatie van taal en cultuur factoren. Opvallend is dat juist de cliënten die aangeven misverstanden op taal- of cultuur gebied te hebben gehad met de hulpverlener, geen voorkeur hebben voor een Marokkaanse hulpverlener. Er kan geconcludeerd worden dat cliënten, in dit onderzoek, vaak wel een voorkeur hebben voor een Marokkaanse hulpverlener. Dit heeft met het Nederlandse taalgebruik te maken, zoals in de hypothese wordt gesteld. Maar ook met de culturele achtergrond van de cliënten.

Hoofdstuk 5 Verkenning van de toegankelijkheid en behandeling van andere GGZ instellingen

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de interviews met medewerkers van andere GGZ instellingen weergegeven. Verder zal tot slot GGZ Leiden worden vergeleken met de andere GGZ instellingen. Het gaat hier niet om een allesomvattende vergelijking. Het is slechts een eerste verkenning naar hoe de toegankelijkheid en behandeling er bij I-psy en Altrecht uit zien en wat bij hen anders is dan bij GGZ Leiden.

5.1 Toegankelijkheid en behandeling van I-psy

Om iets te kunnen zeggen over de toegankelijkheid en de behandeling bij I-psy is een interview afgenomen met de heer Çengel, werkzaam als zorgmanager, GZ- & klinisch psycholoog/psychotherapeut bij I-psy in Den Haag. Zelf is dhr. Çengel van Turkse komaf.

Behandeltraject bij I-psy

Er wordt interculturele behandeling verricht. De meeste patiënten worden bij I-psy aangemeld via de huisartsen of worden door de samenwerkende instellingen, PsyQ en Parnassia, verwezen. Soms worden er ook aanmeldingen door andere instellingen gedaan.

Eerst worden de aanmeldingen gescreend door de spreekuurhouders, of de problematiek van de patiënt bij I-psy thuishoort. (I-psy moet niet gezien worden als een dumpinstelling voor andere instellingen!). Na de screening van de aanmelding wordt de cliënt uitgenodigd voor een intake. Door de spreekuurhouder wordt ook al gekeken of diegene door een psychiater of door een psycholoog gezien moet worden bij de intake. Er worden geen crisisgevallen in behandeling genomen maar soms wordt een behandeling wel met spoed gestart. De intake afspraken worden getracht gematcht te worden, dat de etnische afkomst van hulpverlener overeenkomt met de afkomst van patiënt. Het lukt niet altijd maar het wordt wel geprobeerd. Een intake in de eigen taal is ook voordeliger voor I-psy. Het kost de medewerkers van I-psy minder tijd om een intake af te nemen zonder tolk. Met tolk ben je circa het dubbele aan tijd kwijt. Als het niet lukt bij de intake om op afkomst te matchen dan wordt het gesprek met een tolk gevoerd. Later in de behandelingsfase lukt het matchen wel altijd. De intake bestaat soms uit meer dan een gesprek. Het komt voor dat het na één gesprek, met bijvoorbeeld een psycholoog, nog niet duidelijk wat de hulpvraag en de diagnose is, dan wordt de cliënt nog door een psychiater gezien. Zo'n verlengde intake vindt plaats bij ongeveer 20% tot 30% van de cliënten. Na de intake vindt een adviesgesprek plaats. In het adviesgesprek wordt de behandelovereenkomst met cliënt doorgenomen, en ondertekend. Al in de intakefase wordt een evaluatiedatum vastgesteld. Na het adviesgesprek begint de behandelingsfase. En uiteindelijk uiteraard de afsluiting.

Toegankelijkheid van I-psy

Het specialisme van I-psy is het werken met allochtonen. Dat wil echter niet zeggen dat I-psy het alleen maar goed doet bij allochtone patiënten omdat de medewerkers van I-psy de taal van de patiënten spreken. I-psy staat op de markt als een ambulante instelling. Op de eerste plaats gaat het om hun specialisme. Taal is een werkinstrument. Het hebben van kennis van cultuur en achtergrond is wel belangrijk. Maar dat je in de taal van de patiënt praat, daar gaat het niet alleen om. Het niet beheersen van de Nederlandse taal is geen indicatie om mensen doorverwezen te krijgen naar I-psy. I-psy werkt ook met contra-indicaties zoals ernstige psychotische toestanden, verslavingsproblematiek, ernstige persoonlijkheidsstoornis en ernstige depressies. Dergelijke behandelingen worden niet door I-psy gedaan, zij hebben geen opname mogelijkheid. Het komt wel voor dat er onjuiste aanmeldingen binnenkomen.

I-psy heeft grotendeels patiënten van Turkse afkomst, in verhouding met andere etnische groeperingen. Dhr. Çengel durft niet exact een percentage te noemen maar denkt dat de verdeling naar etnische groeperingen er in volgorde van meest naar minst als volgt uit ziet: ongeveer 50 tot 60% Turkse afkomst en dan mensen van Marokkaanse afkomst, mensen uit Irak, Iran, Afghanistan, Suriname, Hindoestanen en enkele mensen uit voormalig Joegoslavië.

Behandelmethodiek:

Bij I-psy wordt met de volgende behandelmethodieken gewerkt:

- gesprekstechniek: psychotherapie, van cognitieve gedragstherapie tot interpersoonlijke therapie, systeemtherapie, vaak steunende gesprekken.
- Medicamenteuze ondersteuning
- Combinatie van beide bovengenoemde behandelmethoden.

Dhr. Çengel geeft aan dat hij protocollaire behandeling wel een structurele behandeling vindt, een handige aanpak. Bij allochtonen is een protocollaire behandeling echter vaak niet toe te passen. Er wordt heel erg cultuursensitief gewerkt bij I-psy, van intakefase tot afsluiten van de behandeling.

Wat houdt cultuursensitief werken in? Er wordt bij het cultuursensitief veel rekening gehouden met onderstaande aspecten:

- migratie geschiedenis
- Normen en waarden
- Systeem, hiërarchie in het gezin
- Religieuze achtergrond

Er is door I-psy een effectieve werkwijze ontwikkeld om met de bovenstaande aspecten rekening te houden.

Naast individuele behandelingen heeft I-psy ook een groepsaanbod.

Can Çengel heeft de ervaring dat mensen zich bij I-psy goed voelen. Verklaringen die hij daarvoor kan geven zijn:

- Mensen krijgen de gelegenheid in eigen taal behandeling te krijgen.

- Mensen voelen zich bij I-psy goed begrepen, niet alleen op taalgebied maar ook cultuursensitief. Er is bij I-psy bijvoorbeeld veel aandacht voor migratie, voor dagelijkse stressfactoren van patiënten.
- Bejegening. Mensen voelen zich bij I-psy meer thuis. Ze krijgen meer ruimte en tijd voor issues die voor hen heel belangrijk zijn. Er wordt altijd een plan met de patiënt gemaakt met daarin wat de belangrijke issues in de therapeutische context zijn.

Suggestie tot verbetering

Tot kort geleden was er een lange wachtlijst om in behandeling te komen bij I-psy. Nu is de hele wachtlijst weggewerkt doordat er nieuwe medewerkers aangenomen zijn. I-psy heeft nog wel een tekort aan Turkse en Marokkaanse artsen.

Drop-out

Bij een andere instelling waar dhr. Çengel gewerkt heeft, kwam drop-out veel voor. Bij I-psy is dit minder.

Citaat uit interview met dhr. Çengel:

Nou hebben we hier ook wel drop-out maar het is niet zo enorm als bij reguliere GGZ instellingen. Bij I-psy voelen ze zich beter. Ze voelen zich beter begrepen. Niet alleen gezien de taal maar ook door aangepaste methodieken. Ik kan je helaas geen cijfers geven maar ik durf wel te zeggen dat het aanzienlijk minder is dan bij reguliere instellingen.

Afsluiting van de behandeling

Er wordt bij I-psy niet met een heel strak protocol gewerkt. Maar als men vindt dat een behandeling afgesloten moet worden dan wordt dat niet overhaast gedaan. Er wordt altijd in overleg met patiënten afgesproken dat de behandeling afgesloten gaat worden. Het kan wel eens voorkomen dat een patiënt moeilijk doet en zegt nog behandeling te willen hebben maar volgens dhr. Çengel ligt dat meer aan de problematiek en mentaliteit van de patiënt. De afsluiting is geen frequent probleem bij I-psy. Er wordt wel een duidelijk beleid gehanteerd over wanneer een patiënt uitgeschreven moet worden bij I-psy.

5.2 Toegankelijkheid en behandeling van Altrecht

Om iets te kunnen zeggen over de toegankelijkheid en behandeling van Altrecht is een interview afgenomen met een medewerker die werkzaam is bij Altrecht.

Bij de afdeling psychotische stoornissen, waar de geïnterviewde medewerker werkzaam is, is zo'n 70/80 % van de cliënten allochtoon. Altrecht heeft zo'n 3000 medewerkers, verspreid over een aantal locaties. Altrecht is qua grootte goed vergelijkbaar met Rivierduinen.

Bij Altrecht zijn twee medewerkers werkzaam, waaronder Ronald May, die zich richtten op het interculturaliseren van Altrecht. Die twee medewerkers hebben samen een fulltime baan aan het interculturaliseren op alle niveaus.

Voorbeelden van het interculturaliseren van Altrecht op alle niveaus:

- directieniveau
- speerpunt van beleid
- personeelsbestand: het werven en binnenhouden van deskundig allochtoon personeel
- de inkleuring van de zorg
- nascholing op de werkvloer
- bijhouden van patiënteninstroom
- preventieactiviteiten
- PR (foldermateriaal vertalen)

De geïnterviewde medewerker geeft wel aan dat het niet altijd goed lukt, het is alsmaar vechten tegen de bierkaai. Maar als medewerker vindt ze het heel prettig dat de wil er is, dat mensen zich bezighouden met het interculturaliseren van de instelling.

Behandelaanbod

Altrecht heeft voor allochtone cliënten specifiek aanbod ontwikkeld. Afhankelijk van de problematiek wordt bepaald welke hulp het meest effectief is. Hierbij staat de cliënt met zijn hulpvraag centraal. Zo nodig worden specifieke initiatieven genomen. Uitgangspunt is dat alle hulpverleners van Altrecht allochtonen zorg kunnen bieden. Die zorg wordt zo snel, dichtbij en laagdrempelig mogelijk aangeboden. Bij het hulpaanbod gaat Altrecht uit van het zogenaamde stepped care model. Dat is het bieden van de meeste effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling die mogelijk is gezien de aard van de problematiek. Daarbij staat ketenzorg voorop. Dat wil zeggen zoveel mogelijk samenwerking met andere instellingen, om de beste en meest effectieve zorg te bieden. (www.altrecht.nl)

Specifiek aanbod voor allochtone cliënten

- inzet van allochtone zorgconsulenten;
- het aanbod van [Indigo](#) in de gezondheidscentra in de wijken;
- het aanbieden van groepshulpverlening voor Marokkaanse, Turkse en vluchtelingen vrouwen en -mannen;
- autoniemiegroep voor allochtone jongvolwassenen;
- Marokkaanse groep voor mannen met ernstige psychosomatische klachten;
- intercultureel systeemteam;
- Marokkaanse vadergroep;
- Turkse moedergroep;
- gespecialiseerd hulpaanbod voor vluchtelingen met een trauma;
- uitgebreid aanbod op het gebied van preventie, gericht op specifieke risicogroepen;
- ontwikkeling van Nieuwe Sporen, een netwerk van informele vertrouwenspersonen binnen allochtone gemeenschappen;

- hulpverlening voor een beperkte doelgroep in de eigen taal en cultuur ([NOAGG](#)). (www.altrecht.nl)

Aansluiting:

Volgens de geïnterviewde medewerker sluit de zorg bij Altrecht goed aan op de Marokkaanse cliënten.

Drop-out:

Ook bij Altrecht komt drop-out wel voor. Er wordt wel actief achteraan gegaan. Er wordt bijvoorbeeld telefonisch contact opgenomen als iemand niet naar een afspraak komt. Het komt dan echter alsnog wel voor dat cliënten echt 'verdwijnen'.

5.3 Vergelijking I-psy en Altrecht met GGZ Leiden

Het is uiteraard niet mogelijk om aan de hand van de resultaten van dit onderzoek een gelijkwaardige vergelijking tussen de instellingen te maken. Bij I-psy is, evenals bij Altrecht, maar één medewerker geïnterviewd. En bij geen van de twee instellingen zijn cliënten geïnterviewd. Bovendien richt I-psy zich op een geheel andere doelgroep dan Altrecht en GGZ Leiden. I-psy richt zich specifiek op mensen met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse. Er kunnen wel enkele punten genoemd worden waarin I-psy en Altrecht verschillen van of overeenkomen met GGZ Leiden.

I-psy en GGZ Leiden

Bij I-psy wordt getracht al bij de intake de etnische afkomst van de hulpverlener overeen te laten komen met de etnische afkomst van de cliënt. Bij de intake afspraken lukt het 'matchen' niet altijd maar in de behandelfase wel. Dit is een verschil met GGZ Leiden. Bij GGZ Leiden is 'matchen' op etniciteit niet mogelijk, ook al zou een cliënt hierom vragen. Er zijn geen hulpverleners met een Marokkaanse achtergrond werkzaam bij GGZ Leiden. De behandelmethodieken bij I-psy komen overeen met die bij GGZ Leiden. Ook daar worden gesprekstechnieken of medicamenteuze behandelingen gehanteerd, of een combinatie van beide. Een verschil is dat er niet met protocollaire behandeling wordt gewerkt, maar cultuursensitief. Er is door I-psy een cultuursensitieve werkwijze ontwikkeld.

Altrecht en GGZ Leiden

Bij Altrecht zijn twee medewerkers werkzaam die zich richtten op het interculturaliseren van Altrecht, op alle niveaus. Altrecht houdt dus, in tegenstelling tot GGZ Leiden, een zeer actief beleid gericht op allochtonen. Altrecht heeft voor allochtone cliënten specifiek behandelaanbod ontwikkeld. Afhankelijk van de problematiek wordt bepaald welke hulp het meest effectief is. GGZ Leiden heeft ook een aantal groepsbehandelingen, specifiek op allochtonen gericht. Het aanbod van GGZ Leiden gericht op allochtonen is echter niet zo breed als dat van Altrecht.

De opgestelde hypothese voor de vergelijking met de andere GGZ instelling luidde als volgt:

Altrecht en I-psy zijn beter toegespitst op de zorg aan allochtonen dan Rivierduinen.

Met de resultaten van dit onderzoek kan niet gesteld worden dat de zorg beter toegespitst is op allochtonen bij de andere instellingen. Wel kan geconcludeerd worden dat de andere instellingen meer doen op het gebied van interculturalisatie en een uitgebreid specifiek aanbod hebben, gericht op allochtonen. Onderzoek zou uit moeten wijzen hoe dit ervaren wordt door cliënten en (meerdere) medewerkers van dergelijke instellingen.

Hoofdstuk 6 Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zal antwoord worden gegeven op de beschrijvende vraag, de verklarende vraag, de beleidsvraag en de vergelijkingsvraag. In de discussie worden de beperkingen van dit onderzoek aangekaart en aanbevelingen voor vervolgonderzoek gegeven. Tot slot zijn er enkele aanbevelingen ten behoeve van GGZ Leiden gedaan.

6.1 Conclusie

Beschrijvende vraag

In hoeverre verschilt (de kwaliteit van) de zorg van GGZ Leiden ambulant volwassenenzorg, aan autochtone ex-cliënten van allochtone ex-cliënten (met een Marokkaanse achtergrond)?

Medewerkers denken dat de toegankelijkheid van GGZ Leiden voor allochtonen, en dus ook Marokkanen, bemoeilijkt wordt door een aantal aspecten. Allochtonen voelen zich vaak onbegrepen door de huisarts waardoor het langer duurt voor ze bij GGZ Leiden terechtkomen. Allochtonen weten niet wat GGZ Leiden te bieden heeft en voor mensen die de Nederlandse taal slecht beheersen is het lastig om 'binnen' te komen. Uitnodigen van cliënten gaat schriftelijk, dit kan moeilijk zijn voor allochtone cliënten. In het onderzoek onder de cliënten komt niet naar voren dat er problemen zijn geweest in het contact met de huisarts. Wat de medewerkers over het contact met de huisarts zeggen komt niet overeen met de ervaringen van de geïnterviewde cliënten.

Niet alleen de Marokkaanse cliënten maar ook de autochtone cliënten hadden niet allemaal een goed beeld van wat GGZ Leiden hen te bieden had. De verwachting van de Marokkaanse cliënten week echter meer af van de werkelijkheid dan die van autochtone cliënten. Marokkaanse cliënten hadden niet altijd het idee geholpen te zullen worden bij psychische klachten maar bijvoorbeeld bij materiele problemen.

Medewerkers geven aan dat er aspecten zijn van de behandeling aan Marokkaanse cliënten die verschillen van de behandeling aan autochtone cliënten. Opvallend is dat dit iets is wat niet alle medewerkers op dezelfde manier doen. Zij hebben, al werkende, zelf hun aanpassingen gedaan in de behandelingen die zij geven. Niet altijd zijn die aanpassingen nodig. Als de Marokkaanse cliënt bijvoorbeeld de taal goed beheerst en qua intelligentie de behandeling goed kan volgen, komt de behandeling overeen met die aan autochtone cliënten. Als een cliënt de Nederlandse taal niet goed beheerst worden er door sommige medewerkers aanpassingen gedaan. Een voorbeeld hiervan is het verkorten en versimpelen van de cognitieve therapie.

Zowel Marokkaanse- als autochtone cliënten geven aan dat de hulp die hen geboden werd niet altijd aansluit bij hun verwachtingen. Een verschil in ervaring van de (kwaliteit van) zorg is dat er bij de Marokkaanse cliënten ontevredenheid heerst over het niet aansluiten van de zorg op hun verwachtingen. Een aantal Marokkaanse cliënten voelt zich niet geholpen.

In de afsluiting van de behandeling zijn ook duidelijke verschillen tussen de geïnterviewden. Bij zes van de acht geïnterviewde Marokkaanse cliënten liep de afsluiting niet naar tevredenheid, ten opzichte van een van de acht autochtone cliënten. Uit de cliëntenthermometer van 2007, met n=201, blijkt dat 81% van de cliënten vindt dat de behandeling de juiste aanpak voor hun problemen was en 12% vindt dat de behandeling niet de juiste aanpak was. De overige 7% weet geen antwoord, op de vraag of de behandeling de juiste aanpak was, te geven. Over het algemeen heerst er dus tevredenheid over de behandeling. Het is niet bekend wat het aandeel Marokkanen was dat heeft deelgenomen aan de cliëntenthermometer. Het is dus niet te zeggen of de ontevredenheid, met betrekking tot het aansluiten van de behandeling op de verwachtingen van de Marokkaanse cliënten, breder te trekken is.

Verklarende vraag

Hoe kunnen de verschillen/overeenkomsten in (kwaliteit van) zorg verklaard worden?

Medewerkers hebben aangegeven dat zij bij het management van GGZ Leiden hebben aangekaart dat zij vinden dat er iets moet gebeuren met de zorg aan allochtonen. Als suggestie is bijvoorbeeld gevraagd een trainer te laten komen om medewerkers te leren om te gaan met allochtonen, en met alles wat daarbij komt kijken. Management stond daar positief tegenover maar er is vervolgens niks met de gedane suggestie gebeurd. Onduidelijk is waarom er niks mee is gebeurd. Wellicht is dit een financiële kwestie. Het zou kunnen dat er geen acties ondernomen zijn omdat GGZ Leiden financieel niet in staat was dit te doen. Dit is echter niet goed gecommuniceerd naar de medewerkers toe. Management zou uitleg aan medewerkers kunnen geven over wat er financieel wel en niet mogelijk zou kunnen zijn, opener zijn over welke middelen zij beschikbaar kunnen stellen.

Als management het signaal van de medewerkers actief op zou hebben gepakt zou er wellicht al een eenduidiger beleid zijn. Medewerkers zouden dan waarschijnlijk meer op een lijn liggen qua werkwijze. Bovenstaande zou dus kunnen verklaren waarom medewerkers in hun werkwijze nu nog niet op een lijn liggen. Uiteraard is dit slechts een hypothese. In dit onderzoek is het management inhoudelijk niet betrokken geweest. Er kunnen dus geen conclusies worden getrokken over wat het management eventueel nagelaten zou kunnen hebben.

De achtergrond van de Marokkaanse cliënten zouden mede de verschillen in (kwaliteit van) zorg kunnen verklaren. Door misverstanden op taal en cultuur gebied kunnen de Marokkaanse cliënten minder tevreden zijn over de zorg die hen geboden is.

Beleidsvraag

Welke wijzigingen kunnen er in beleid gemaakt worden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren?

– Er zou meer eenduidigheid moeten komen. Medewerkers passen nu op eigen houtje dingen aan in hun behandeling. Dit zou onderling meer besproken moeten

worden. Ook zou onderzocht kunnen worden welke, van de door de medewerkers al ontwikkelde aanpak, het meest effectief is. Als dit gedaan is kunnen er in het beleid aanpassingen worden gemaakt.

- In de afsluiting van de behandeling gaan er, vooral bij de allochtone cliënten, duidelijk dingen mis. Het zou goed zijn hier aandacht aan te besteden.
- GGZ Leiden zou bij andere GGZ instellingen kunnen informeren naar good practices. Het is niet altijd nodig om het wiel opnieuw uit te vinden. In hoofdstuk 6 is al kort aangestipt dat er andere instellingen zijn die zich actief bezighouden met de doelgroep allochtonen. Wellicht hebben die andere instellingen, I-psy en Altrecht, ook al onderzoek gedaan naar welke behandelingen effectief zijn.

Vergelijkingsvraag

Hoe is het gesteld met de toegankelijkheid en behandeling van andere GGZ instellingen, I-psy en Altrecht?

Zoals al eerder genoemd is het niet mogelijk om aan de hand van de resultaten van dit onderzoek een gelijkwaardige vergelijking tussen de instellingen te maken. Bij I-psy is, evenals bij Altrecht, maar één medewerker geïnterviewd. En bij geen van de twee instellingen zijn cliënten geïnterviewd.

De geïnterviewde medewerkers hebben het gevoel dat de instelling waar zij werkzaam zijn goed toegankelijk is voor alle allochtone doelgroepen en hebben het idee dat de behandeling goed aansluit bij Marokkaanse cliënten. Beide instellingen hebben een specifiek aanbod en/of werkwijze ontwikkeld voor de behandeling van allochtonen. Er kan dus gezegd worden dat er in ieder geval veel aandacht is voor allochtonen in de andere GGZ instellingen, I-psy en Altrecht. Wat hiervan het resultaat is, hoe cliënten en andere medewerkers dit ervaren, daar kan niks over gezegd worden. Verder onderzoek zou uit moeten wijzen of de aanpak van de andere instellingen een goede aanpak is. En of het ten goede komt van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de behandeling aan allochtonen.

6.2 Discussie

Dit kwalitatieve onderzoek heeft zijn beperkingen. De grootste beperking van dit onderzoek is dat er maar met een beperkt aantal ex-clieënten en medewerkers is gesproken. Dit onderzoek valt dan ook niet te generaliseren naar de tevredenheid van alle ex-clieënten van GGZ Leiden. In de inleiding en onderzoeksopzet is al duidelijk geworden dat het ook niet de bedoeling is van dit onderzoek om brede uitspraken te doen. Dit onderzoek is slechts een eerste exploratie van de tevredenheid van cliënten en verschillen/overeenkomsten daarin. Bij vervolgonderzoek zou het interessant zijn een kwantitatief onderzoek te verrichten. Dit onderzoek heeft zich specifiek gericht op de Marokkaanse doelgroep. Het zou ook interessant zijn onderzoek te doen naar andere allochtone doelgroepen, bijvoorbeeld de Turkse doelgroep. Turken zijn in Leiden de op een na grootste niet-westerse herkomstgroepering, dit maakt hen ook een interessante groep om te onderzoeken.

In dit onderzoek is slechts één interview met een medewerker van I-psy en één interview met een medewerker van Altrecht afgenomen. Dit kan slechts als een klein uitstapje van het onderzoek gezien worden. Een eerste verkenning van hoe andere GGZ instellingen zich met allochtone cliënten bezighouden. In vervolgonderzoek zou er een bredere vergelijking met andere GGZ instellingen gedaan kunnen worden. Er zouden dan bijvoorbeeld een groter aantal medewerkers bij het onderzoek betrokken moeten worden en ook een vergelijkingsgroep van (ex-) cliënten.

6.3 Aanbevelingen

- Bekendheid GGZ Leiden

GGZ Leiden is zowel onder de allochtone als de autochtone cliënten nog niet geheel bekend. GGZ Leiden zou zichzelf meer bekend kunnen maken door bijvoorbeeld folders, in het Nederlands en in andere talen, te versturen naar andere zorg instellingen en stichtingen. Te denken valt aan: huisarts, Algemeen Maatschappelijk Werk, Stadsbank(=schuldhulpverlening), buurthuizen, moskeeën. Op de website van GGZ Leiden aanpassingen verrichten, in andere talen op de website vermelden waarvoor men bij GGZ Leiden terecht kan.

- Een medewerker aantrekken of tijdelijk inhuren voor het aanpassen van protocollen en vragenlijsten en het geven van cursussen aan medewerkers met betrekking tot andere culturen en geloven. Voor medewerkers zou het prettig zijn als er een aanspreekpunt voor hen zou zijn als zij vragen op cultureel gebied hebben.

- Doorverwijzing naar andere instellingen

Bij het doorverwijzen van cliënten naar andere instellingen meer uitleg geven waarom de cliënt doorverwezen wordt. Wellicht zou het voor sommige cliënten prettig zijn om te zorgen voor een 'warme overdracht', met de cliënt meegaan naar de intake bij de andere instelling. Dit kan voorkomen dat de cliënt niet bij de andere instelling terechtkomt en uit de zorgverlening raakt.

- Afsluiting van de behandeling

Medewerkers samen laten brainstormen hoe de afsluiting van de behandeling anders vormgegeven kan worden. Bijvoorbeeld in plaats van no-show brieven versturen telefonisch contact met cliënten opnemen.

Informatiebronnen:

Boeken en onderzoeksverslagen:

- H. Bellaart (2001) Matrix interculturalisatie. Voor begeleiding van het interculturalisatieproces in de sectoren Zorg en Welzijn, Forum Instituut voor multiculturele ontwikkeling, www.forum.nl
- R. Beunderman&A. Savenije&M.Mattheijer (2004) Meer kleur in de Jeugd-GGz, Uitgeverij van Gorcum, Assen.
- K. de Jong e.a. (2003) Wat willen Marokkanen in Leiden van de Rijngeestgroep? Universiteit Utrecht/ Rijngeestgroep Leiden e.o.
- F. Kortmann (2006) Transculturele psychiatrie: van praktijk naar theorie. Uitgeverij van Gorcum.
- J. Mackenbach, E.v.d. Veen, M. Evenblij (2004) Gezondheid in kleur. Nieuwe inzichten uit het onderzoeksprogramma cultuur en gezondheid. Aksant uitgeverij Amsterdam
- E. van Meekeren, A. Limburg-Okken&R. May (2002) Culturen binnen psychiatrie muren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving. Uitgeverij Boom, Amsterdam.
- L. Oliemeulen& F.H. Thung (2007) Ongehoord: aansluitingsproblemen bij de behandeling van psychotische patiënten uit verschillende etnische groepen, Garant Uitgevers.
- R.Schellingerhout (2004) Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- E. Uiters (2007) Primary healthcare use among ethnic minorities in the Netherlands. A comparative study, www.nivel.nl
- E. van der Veen, C.Schrijvers&E.Redout (2003) Bewijs voor verschil?, ZonMw
- W. de Vries&C. Smits (2003) Psychische klachten bij Turkse en Marokkaanse ouderen, trimbos instituut, www.trimbos.nl
- A. van de Wakker (2006) Wederzijds onbegrip. Je hoeft me niets te geven, als je me maar begrijpt! Allochtonen en knelpunten in de zorg, PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant, www.vilans.nl

Artikelen/publicaties:

- J. Noordman (november 2007) Weinig aandacht voor spanningen, Medisch contact, nr. 48
- J. Suurmond, C. Seeleman en K. Stronks (augustus 2007) Maatschappelijk werk in een diverse samenleving, Maatwerk, jaargang 08, nr. 4

Interviews met (9) medewerkers van GGZ Leiden e.o., afdeling ambulante volwassenenzorg

Interview met een medewerker van I-psy en een medewerker van Altrecht

Interviews met (16) ex-cliënten van GGZ Leiden e.o., afdeling ambulante volwassenenzorg

Bijlagen:

- vragenlijst voor de interviews met medewerkers
- vragenlijst voor de interviews met cliënten
- vragenlijst van de cliëntenthermometer van GGZ Leiden kortdurende zorg

Vragenlijst voor de interviews met medewerkers

- *Kun je vertellen hoe een behandeltraject er uit ziet (wachtijd/formulieren/tijdsbestek/fases en invulling behandeling etc)? (deze vraag is alleen bij het eerste interview gesteld, daarna overbodig omdat het traject duidelijk was.)*
- Wat is je functie?
- Kun je iets zeggen over de toegankelijkheid van GGZ Leiden voor zowel autochtone als allochtone cliënten (met een Marokkaanse achtergrond)
- Vind je dat GGZ Leiden iets kan verbeteren aan de toegankelijkheid, zo ja wat?
- Heb je kennis van andere culturen? Zo ja, hoe heb je die kennis opgedaan?
- Wat is volgens jou (cultureel gezien) typerend voor de cliënten met een Marokkaanse achtergrond?
- Heb je ervaring met behandeling aan allochtone cliënten?
- (Indien van toepassing) Hoe ervaar je de behandeling aan allochtone cliënten? Moeilijker dan aan autochtone cliënten of juist niet?
- Zijn er verschillen in de behandeling aan autochtone cliënten en behandeling aan allochtone cliënten (met een Marokkaanse achtergrond)?
- Welke knelpunten kunnen er zijn in de behandeling aan allochtone cliënten en welke knelpunten in de behandeling aan autochtone cliënten?
- Kun je iets zeggen over drop out (zowel autochtone cl. als bij allochtone cl.)?
- Denk je dat de behandeling, zoals deze momenteel vormgegeven is, voldoende aansluit bij cliënten met een andere culturele achtergrond?
- Wat zou er, volgens jou, door GGZ Leiden/Rivierduinen moeten veranderen aan de behandeling van allochtone cliënten?
- Heb je nog algemene verbeterpunten (voor GGZ Leiden/Rivierduinen) om de kwaliteit van de behandeling te verhogen?

Vragenlijst voor de interviews met cliënten

Achtergrondvragen/informatie:

- Geslacht:
- Leeftijd
- Geboorteplaats:
Geboorteland:
- Indien de persoon niet in Nederland is geboren, sinds wanneer in Nederland:
 - migratie vanuit platteland/stad?
 - Reden migratie:
 - geboorteland vader:
 - geboorteland moeder:
 - opleiding:
 - huidige beroep:
 - datum aanmelding bij Rivierduinen:
 - datum in behandeling:
 - datum laatste behandelcontact:

Onderzoeksvragen

Aanmelding en O&I

- Door wie bent u verwezen naar GGZ Leiden?
- Heeft u problemen ondervonden bij de aanmelding?
- Heeft u voor u bij GGZ Leiden kwam op een andere manier aan uw klachten gewerkt? (bijv. alternatieve geneeswijze)
- Wat verwachtte u van GGZ Leiden toen u zich daar aanmeldde? Wat dacht u dat GGZ Leiden voor u kon betekenen/ kon doen?
- Wat vond u van de hoeveelheid formulieren die u in hebt moeten vullen?
- Hoe lang was de wachttijd (tussen aanmelding en eerste contact? En hoe heeft u dat ervaren?
- Hoe verliepen de telefonische en schriftelijke contacten? Contacten met de administratie/receptie?
- Wat vindt u van de wachtkamer? Als u iets zou mogen veranderen aan de wachtkamer, wat zou u dan veranderen?
- Wat vond u van het eerste gesprek (O&I) dat u had bij GGZ Leiden? (duur gesprek, inhoud)

Behandeling

- Heeft u een individuele behandeling of groepsbehandeling gehad? Wat was de functie van degene bij wie u behandeling kreeg?
- Wat vindt u ervan dat er wordt gewerkt met een behandelplan?
- Werd u betrokken bij het samenstellen van het behandelplan? Zo ja, wat vond u daarvan?

- Kwam wat u verwachtte van de behandeling overeen met wat u geboden werd?
- Hoe verliep de communicatie tussen u en de hulpverlener? Begreep u de hulpverlener? En heeft u het idee dat de hulpverlener u begreep? (taal/cultuur?)
- Heeft u wel eens iets niet vertelt aan de hulpverlener omdat u dacht dat deze dit niet zou begrijpen?
- Kon u de hulpverlener vertrouwen?

Extra vragen aan cliënten met Marokkaanse achtergrond:

- *Vindt u dat de hulpverlener voldoende wist over uw culturele achtergrond? Zijn er wel eens misverstanden geweest op dit gebied?*
- *Hoe zou u het vinden als u een hulpverlener met dezelfde culturele achtergrond (Marokkaans) als u zou hebben ipv een Nederlandse hulpverlener?*
- Wat heeft u als positief ervaren in de behandeling?
- Waar was u minder tevreden/ontevreden over?
- Wat zou GGZ Leiden kunnen doen om de kwaliteit van de behandeling/uw tevredenheid te verhogen?

Afsluiting

- Door wie werd het behandelcontact beëindigd?
- Bent u tevreden over de duur van de behandeling?
- Hoe zou u uw klachten nu, na afsluiting van de behandeling, beschrijven? (Verminderd, gelijk gebleven etc.)

vragenlijst van de cliëntenthermometer van GGZ Leiden kortdurende zorg

1. Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandelmogelijkheden van de instelling?
2. Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling?
3. Heeft u voldoende informatie gekregen over het te verwachten resultaat van de behandeling?
4. Kon (kunt) u meebeslissen over de behandeling die u zou krijgen (krijgt)?
5. Is er een behandelplan gemaakt?
6. Heeft u ingestemd met uw behandelplan?
7. Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende deskundig (goed in zijn/haar vak)?
8. Kon (kunt) u de hulpverlener voldoende vertrouwen?
9. Toonde (toont) de hulpverlener voldoende respect voor u?
10. Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende geïnteresseerd in u en uw mening?
11. Werd (wordt) het behandelplan naar wens uitgevoerd?
12. Vond (vindt) u de behandeling de juiste aanpak voor uw problemen of klachten?
13. Heeft u door de behandeling meer greep op uw problemen of klachten gekregen?
14. Bent u door de behandeling voldoende vooruitgegaan?
15. Bent u door de behandeling beter in staat om dingen te doen die u belangrijk vindt?
16. Kunt u door de behandeling beter omgaan met mensen en situaties, waar u eerder problemen mee had?
17. Welk rapportcijfer zou u geven aan de totale behandeling of begeleiding?
18. Heeft u nog tips/adviezen voor verbetering van de behandeling of begeleiding?
19. Heeft u verder nog opmerkingen over de behandeling of begeleiding?
20. Zou u een ander aanraden om hulp te zoeken bij de instelling?

De antwoordmogelijkheden voor de vragen 1 t/m 16 en 20 zijn als volgt:

Ja/nee/weet niet

Op vraag 18 en 19 kan ja of nee geantwoord worden en is er de mogelijkheid een opmerking te maken.

Bij vraag 17 is het de bedoeling dat er een rapportcijfer gegeven wordt.