



epidemiologisch bulletin

***tijdschrift voor volksgezondheid en
onderzoek in Den Haag***

inhoud

themanummer: 'Allochtonen en geestelijke gezondheid'

Een introductie

De Haagse GGZ en allochtonen: een greep uit de praktijk

Ervaringen met psychische en psycho-sociale problematiek

Moslim en hindoe geestelijke verzorging in algemene ziekenhuizen

Interview met René A.F. Pasanea, lid Raad van Bestuur Parnassia

Reflecties op voorgaande bijdragen

korte berichten

jaargang 34, 1999

nummer 2/3

Colofon

Juni/September 1999
34ste jaargang nr. 2/3

Redactie

mw. I. Burger, GGD Den Haag;
R.H. Jamin, huisarts in Den Haag;
mw. C.J. Kruijthof, Medisch Centrum Haaglanden,
locatie Westeinde Ziekenhuis;
mw. F.L. van Leeuwen, arts,
Stichting Thuiszorg Den Haag;
mr. H.R. Lingen, Dienst OCW Den Haag;
B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag;
dr. H.G.J. Nijhuis, arts (hoofdredacteur),
Dienst OCW Den Haag;
drs. E. Pieters, Parnassia,
psycho-medisch centrum Den Haag;
prof.dr. W.J. Schudel, GGD Den Haag;
mw. J.M. Vroom-Jongerden (korte berichten),
GGD Den Haag.
m.m.v. drs. H. Burger en drs. A. Pols

Correspondenten themanummer

R.F. May, cultureel-antropoloog, Parnassia, psycho-
medisch centrum Den Haag; Mw. E.M. van Dalen,
tekstschrijver, Koopmans & Van Dalen bv., Rijswijk;
H.J.A. Brits, senior beleidsmedewerker, Dienst OCW
Den Haag.

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn
GGD, Postbus 12 652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360
mw. I. Burger, tel.: 070 - 353 71 96
fax.: 070 - 353 72 92
email: cwburgi@ocw1.denhaag.nl

Druk/Lay out

Multimedia Den Haag

Fotografie

Koopmans & Van Dalen bv. Rijswijk

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevendenden, beleidsmedewerkers en onderzoekers in de gezondheid in de regio Den Haag. De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vormgeving van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs kunnen bij het redactiesecretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier. Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

Inhoud

Themanummer:

'Alloctonen en geestelijke gezondheid'

-
- Redactioneel 1
 - Introductie: 2
'Elke ontmoeting met een cliënt is een
ontdekkingsreis'
Ronald F. May en Barend J.C. Middelkoop
 - De Haagse GGZ en alloctonen: een greep
uit de praktijk van Parnassia,
psycho-medisch centrum Den Haag 8
Ronald F. May
 - Ervaringen met psychische en psycho-sociale
problematiek van alloctonen 14
Liesbeth M. van Dalen
 - Moslim en hindoe geestelijke verzorging in
algemene ziekenhuizen: Haagse ervaringen en een
Utrechts project 30
*A. van Bommel, A.W.I.M. de Gruijter,
mw. C.J. Kruijthof en A.K. Ramdhani*
 - Interview met René A.F. Pasanea,
lid Raad van Bestuur Parnassia,
psycho-medisch centrum Den Haag 34
Liesbeth M. van Dalen
 - Reflecties op de voorgaande bijdragen 37
Harrij G.J. Nijhuis
 - Lijst met aanbevolen literatuur 44
 - Korte berichten 45**

Redactioneel

De samenstelling van de Nederlandse bevolking is in de afgelopen veertig jaar ingrijpend veranderd en verandert nog steeds. Vooral in de grote steden groeit het aantal inwoners met een niet-Nederlandse etnisch-culturele afkomst in absolute en relatieve zin het sterkst. Den Haag vormt hierin geen uitzondering. De belangrijkste allochtone minderheidsgroeperingen zijn oorspronkelijk afkomstig uit Suriname (vooral de Hindostaanse bevolkingsgroep), Turkije, Marokko en in mindere mate De Antillen. De ontwikkeling naar een multiculturele samenleving is onmiskenbaar, maar van een gelijkmatige, harmonieuze ontwikkeling is geen sprake. Dit geldt zowel voor de geografische spreiding binnen gemeenten als voor sociaal-economische ontwikkelingen binnen diverse bevolkingsgroepen. Bij de ontmoeting tussen de Nederlandse cultuur en allochtone culturen doen zich op het persoonlijke, sociale en culturele vlak heel wat fricties voor. Deze hangen samen met de, zo lijkt het, natuurlijke spanning die optreedt onder de allochtone 'wens' om de eigen normen en waarden te handhaven en de autochtone 'dwang' om te accultureren en integreren. Hieruit ontstaat het niet eenduidige beeld van de huidige Haagse samenleving in voortdurende transitie op weg naar een nieuw multicultureel evenwicht. Het moge duidelijk zijn dat de consequenties hiervan ook voor de gezondheidszorg en in het bijzonder de geestelijke gezondheidszorg aanzienlijk zijn.

In deze speciale, dubbele aflevering van het Epidemiologisch Bulletin wordt het thema 'allochtonen en geestelijke gezondheid' vanuit diverse invalshoeken belicht. Deskundigen met uiteenlopende achtergronden en ervaringen komen aan het woord en geven hun visie over wat in de stad gaande is en hoe daar professioneel mee wordt omgegaan. Vanzelfsprekend wordt ook nadrukkelijk aandacht besteed aan de mogelijke en wenselijke ontwikkelingen op het gebied van de zorg voor de geestelijke gezondheid van de allochtone Hagenaars in de meest uitgebreide zin van het woord. De samenleving mag dan misschien niet maakbaar zijn, beïnvloedbaar is deze natuurlijk wel. Vooralsnog is het echter niet duidelijk wat er zou moeten veranderen en hoe dat zou kunnen. De relatie tussen vraag, behoefte en aanbod in de zorg in het algemeen is al ingewikkeld genoeg. Voor de verschillende allochtone groeperingen geldt dit bij uitstek.

De redactie heeft dan ook niet de illusie met deze aflevering van het bulletin de oplossing te bieden voor de geschetste maatschappelijke problematiek. Wel wil zij graag een aanzet geven tot verdere discussie en nodigt daarbij belangstellenden met klem uit aan deze discussie deel te nemen. De openingen die op verschillende plaatsen door de auteurs worden geboden ten aanzien van mogelijkheden voor nieuw beleid en nieuwe vormen van hulpverlening stemmen hopelijk tot nadenken en wellicht tot stimulerende ideeën en initiatieven. Voor kritische reacties en inhoudelijke bijdragen stelt de redactie in de komende tijd graag ruimte in dit blad beschikbaar. Het zich realiseren dat de geestelijke gezondheid van alle inwoners een collectief belang is, moet dan ook als een noodzakelijke voorwaarde worden beschouwd om op diverse terreinen verbeteringen op gang te brengen. Wie raapt de handschoen op....?

Introductie: 'Elke ontmoeting met een cliënt is een ontdekkingsreis'

Ronald F. May en Barend J.C. Middelkoop

Migratie betekent vaak een breuk met geliefden, vrienden en de bekende sociale omgeving en kan oorzaak zijn van gevoelens van verwarring, onzekerheid en vervreemding. Migratie is in de dagelijkse praktijk van de psychiatrie wellicht één van de meest miskende life events van allochtone cliënten. Bij een groot aantal is bovendien sprake van ernstige, maatschappelijke bepaalde, ziek makende factoren, die door de hulpverlener niet kunnen worden beïnvloed. Regionale overheden moeten dat probleem onderkennen en hun verantwoordelijkheid nemen, opdat maatschappelijke ongelijkheid niet leidt tot psychiatrisering. Over allochtonen en de geestelijke gezondheidszorg.

Mevrouw Y., 37 jaar. Gescheiden. Vijf kinderen. Spreekt nauwelijks Nederlands. Heeft het altijd koud. Kinderen zijn druk in huis. Geen vast inkomen. Veel schulden. Werkt zo af en toe in de visfabriek. Wonen in klein huis met drie kamers in de binnenstad. Voelt zich onveilig. Schaamt zich, omdat ze de opvoeding van de kinderen niet aankan. Isoleert zich thuis en is bang voor roddel. Oudste zoon doet wat hij wil. Op het werk onwel geworden na een voorval waarbij ze bang was uitgelachen te worden. Voelde zich vreemd en haar spieren verstijfden. Daarna zijn deze klachten aangehouden en verergerd. Weinig sociale contacten. Haar ex-man loopt rond te vertellen dat mevrouw Y. een slechte vrouw is. Contacten met andere Turkse vrouwen worden gemeden. Hierdoor nog groter isolement. De situatie verslechtert. Kinderen moeten stiller zijn in huis. Oudste dochter moet thuisblijven voor het huishouden. Jongste kind is een dochter van drie jaar. Mevrouw reageert agressief en begint kinderen te slaan. Hulpverleners weten zich geen raad.

Casus ontleend aan de praktijk van de Haagse geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Commentaar: Hoe kun je aan een depressie werken als de cliënt geen werk heeft, slecht woont, veel schulden en geen enkel perspectief heeft?

'Bij een groot aantal allochtone groepen is sprake van ernstige maatschappelijk bepaalde ziek makende factoren. Veel van deze factoren zijn niet beïnvloedbaar door welke hulpverleningsinspanning dan ook en het gevaar bestaat dat allochtonen zelf wordt verweten dat zij in de problemen verkeren (blaming the victim). Aan de regionale en landelijke overheid vragen de RIAGG's om dit probleem te onderkennen en hun verantwoordelijkheden in deze te nemen om te voorkomen dat de hulpverlening zich begeeft op het riskante pad van psychiatrisering van maatschappelijk bepaalde ongelijkheden. Deze ongelijkheden kunnen alleen worden opgelost door concrete beleidsvoorstellen, politieke besluiten en vervolgens aanpassing van de wet- en regelgeving.' (1)

De ene hulpverlener bijt er z'n tanden op stuk, de andere ziet er juist een uitdaging in. De (zorg voor) de geestelijke gezondheid van allochtonen is een breed, complex en onoverzichtelijk terrein. Velen nemen initiatieven om tot verbetering te komen. Zo bracht de Stedelijke Adviesraad Multiculturele Stad in december 1997 het advies 'Geloven in de geestelijke gezondheidszorg' uit (2). En op 28 januari 1999 werd voor de zevende keer het congres 'Culturen binnen psychiatriemuren' georganiseerd in psychiatrisch ziekenhuis Endegeest. Het Epidemiologisch Bulletin van december vorig jaar besteedde aandacht aan één specifiek aspect: het hoge aantal allochtone jonge vrouwen in Den Haag dat een zelfmoordpoging had ondernomen (3). Het beeld dat oprijst is dat er voorlopig veel meer vragen zijn dan antwoorden. Maar ook: dat soms hoopgevende resultaten worden geboekt.

Over de auteurs:

R.F. May, cultureel-antropoloog, projectleider 'GGZ voor allochtonen', werkzaam bij het Bureau Management Ondersteuning, Parnassia, psycho-medisch centrum Den Haag en B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog, werkzaam bij de afdeling Epidemiologie van de GGD, Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn Den Haag.



In dit openingsartikel wordt het onderwerp van deze special geïntroduceerd. Eclectisch, aan de hand van literatuur, eigen ervaringen en registratiegegevens van de geestelijke gezondheidszorg in Den Haag wordt een schets gegeven van de geestelijke gezondheid en de zorg voor allochtonen. De geestelijke gezondheid van allochtonen wordt daarbij in haar algemeenheid besproken; specifieke onderwerpen, zoals verslaving of de hulpverlening aan vluchtelingen, komen niet expliciet aan de orde. Dit inleidende artikel beoogt vooral een beeld te geven van de leefwereld van waaruit allochtonen de GGZ (al dan niet) met geestelijke gezondheidsproblemen benaderen. Wat maakt allochtonen (extra) kwetsbaar waardoor (bepaalde) geestelijke gezondheidsproblemen zich (vaak) bij hen voordoen? Mogen we spreken van specifieke psychiatrische ziektebeelden bij (groepen) allochtonen?

Ten onrechte kan de schijn worden gewekt dat de migranten de oorzaak van het probleem zijn. De werkelijkheid is natuurlijk veel complexer. En tegelijk ook veel eenvoudiger. Want misschien ligt een deel van de oplossing wel hierin dat veel beter naar elk afzonderlijk individu moet worden gekeken en geluisterd, ook als dit individu niet past binnen de bekende diagnostische en therapeutische kaders. En zo'n sterker individueel gedifferentieerde GGZ-blik komt de GGZ in zijn geheel ten goede: hulpverleners én hulpvragers, van welke afkomst dan ook.

Bij het lezen van boeken en artikelen over geestelijke gezondheidsproblematiek van mensen die afkom-

stig zijn uit andere culturen rees dikwijls het gevoel dat hoe meer men zich verdiept in een cliënt, een gezin, een situatie, hoe meer men oog kreeg voor het herkenbare en hoe minder exotisch de problematiek bleek.

Fricities in de leefwereld

'Migranten in de psychiatrie', de populaire versie van de dissertatie van Limburg-Okken is een nog steeds veel geciteerd werk over de geestelijke gezondheidsproblemen van allochtonen (4). Dit boek biedt nuttige handvatten voor een verbetering van anamnese, diagnostiek en therapie. Limburg-Okken heeft een indeling gemaakt - voor zowel de Noord-Afrikaanse als de Turkse migranten - van de stress-verwekkende omstandigheden waaraan migranten zijn blootgesteld. Haar categorisering is ook geschikt om de problematiek van Surinamers en Antillianen (en andere allochtone groepen) in kaart te brengen. De navolgende, enigszins aangepaste versie van deze indeling omvat de volgende terreinen waarop zich fricties kunnen voordoen: huisvesting; arbeid; juridische onzekerheid; rolverandering; heimwee; racisme; desillusie; gebrekkig toekomstperspectief; familie- en gezinsproblemen; financiën.

Vaak is er onderlinge samenhang tussen verschillende terreinen. Zo wordt in een studie naar WAO-problematiek onder Turken en Marokkanen op overtuigende wijze beschreven hoe de erkenning van het

ziek-zijn een levensvoorwaarde is voor veel migranten indien niet-erkenning (en daarmee niet-toelating tot of uitstoting uit de WAO) leidt tot een verlies van de verblijfstitel (samenhang van de sferen 'arbeid' en 'juridische onzekerheid') (5).

Annemiek Richters spreekt van 'een causaal web van gezondheidsdeterminanten' en merkt daarbij op dat 'cultuur' lange tijd veronachtzaamd is geweest (6).

Bij 'familie- en gezinsproblemen' speelt onder meer de wijze waarop een eventuele gezinshereniging heeft plaatsgevonden. Wie is wanneer met wie ver- of herenigd? Wat gebeurde er rond de tijd van die hereniging? Op dit terrein bestaan enkele algemene noties, bijvoorbeeld het gegeven dat de gezinsherenigingen bij de Marokkanen veel later op gang kwamen dan bij de Turkse gezinnen. De ontwrichting van het gezinsleven heeft bij de Marokkanen daarom veel langer geduurd, de invloed van de afwezigheid van de vader (in termen van zowel gezagsverhoudingen als identificatiemogelijkheden) is dan ook veel groter geweest, de parentificatie (het op zich nemen van de rol van een ouder, in dit geval van de vader door de oudste zoon) is veel verder voortgeschreden en de gezagscrises zullen dus in de herenigde Marokkaanse gezinnen veel sterker aanwezig zijn dan in de Turkse gezinnen. Het helpt als hulpverleners een globaal inzicht hebben in dergelijke mechanismen en in verschillen daarbij tussen de diverse bevolkingsgroepen. Minstens even belangrijk is dat ze bekend zijn met de specifieke migratiegeschiedenissen van hun cliënten.

De psychiater Sterman geeft in zijn boek over Noord-Afrikanen, 'Een olijfbom op de ijsberg' (7), tal van voorbeelden waaruit blijkt hoe belangrijk het is om voldoende kennis van de individuele (migratie-) geschiedenis te hebben.

Migratie is wellicht een van de meest in de dagelijkse praktijk miskende life events van allochtone cliënten. De migratiegeschiedenis is voor veel hulpverleners minder interessant dan de klassieke psychiatrisch-anamnestiche gegevens. Migratie betekent vaak een breuk met geliefden, vrienden en de bekende sociale omgeving. Gevoelens van verwarring, onzekerheid en vervreemding horen hierbij. Men spreekt daarom, bij verlies van culturele en sociale referentiekaders, van 'loss of basic security'. Een groot beroep wordt gedaan op het aanpassingsvermogen: veranderings-, uithoudings- en incasse-

ringsvermogen worden voortdurend op de proef gesteld. Kortom: de migratie als zodanig is al een life event.

Het bestaan als migrant wordt vervolgens gekenmerkt door cultuurbotsingen: in het bijzonder tussen de allochtone en autochtone cultuur, tussen generaties, tussen mannen en vrouwen, enzovoort. Wat betekent het te leven als tweederangs burger voor wie respect en vertrouwen - twee basisfundamenten voor het goed kunnen inburgeren - ontbreken. Inburgeringstrajecten waarbij de eisen eenzijdig worden gelegd bij de allochtonen en niet ook bij de ontvangende samenleving zullen alleen maar een averechtse werking hebben binnen een sterk stigmatiserend en voor allochtonen restrictief en ontmoedigend overheidsbeleid.

De allochtonencultuur en de dominante cultuur zijn op allerlei manieren onderhevig aan een wisselwerking en binnen de groep allochtonen bestaan grote verschillen in mate en tempo van acculturatie (voor begripsomschrijving zie volgend artikel: pagina 10). Kortom er ontstaat een bont beeld van cultuurbotsingen. Daarbij is de ontvangende, dominante, cultuur geneigd om (in letterlijke zin) behoudend te reageren en daarvoor mechanismen van uitsluiting en discriminatie te gebruiken.

Overigens is het te beperkt om uitsluitend de schaduwzijden van het allochtonenbestaan te zien. 'Migratie en migrant zijn niet synoniem met verlies en verliezer. Het vluchtelingen- of migrantenbestaan is te zien als een zoektocht naar een nieuwe identiteit, naar de betekenis van het zijn in een nieuwe maatschappelijke context. Een zoektocht met een verrijkende potentie' (8).

Gegevens uit de Haagse GGZ

Al met al is het aannemelijk dat allochtonen specifieke problemen hebben met hun geestelijke gezondheid, dat ze ook vaker problemen hebben dan autochtonen, en dat de problemen niet voor elke etnische minderheidsgroep gelijk zijn. Is dit herkenbaar in het cliëntenbestand van de Haagse GGZ?

Het onderzoek hiernaar blijkt schaars. Enige informatie kan worden ontleend aan een studie over de periode 1989-1992 bij de Haagse RIAGG's (9). Deze studie was gebaseerd op registratiegegevens van de hulpverlening. Omdat ze niet primair voor onderzoeksdoeleinden zijn vastgelegd laten deze gegevens slechts een beperkt beeld zien en bieden ze

weinig zicht op de feitelijke problematiek in de hulpverlening aan allochtonen.

Blijkens dit onderzoek kwamen Marokkanen en Turken minder vaak dan men op grond van de bevolkingsgegevens zou mogen verwachten. Opvallend was dat vooral de allochtonen woonachtig in de wijken met een hogere sociaal-economische status bij de RIAGG kwamen. Voor allochtonen uit de achterstandswijken gold dit in veel mindere mate. Wel lag het bereik van de RIAGG's wat betreft de allochtonen, vergeleken met het Nederlandse gemiddelde, hoger. En in de onderzochte periode nam het aantal ingeschreven allochtonen toe met 27%, tegenover een tamelijk constant blijvend aantal autochtonen.

De Nederlanders bleken naar verhouding vaker ingeschreven te zijn bij de afdelingen Psychotherapie, terwijl de Marokkanen, Turken en Surinamers vaker ingeschreven stonden bij de afdelingen Sociale Psychiatrie. Voor die allochtonen die wél stonden ingeschreven bij een afdeling Psychotherapie gold dat ze veel vaker (in ruim een derde van de gevallen) na het eerste contact afhaakten dan Nederlanders (minder dan één vijfde). De aan allochtonen aangeboden psychotherapie betrof trouwens meestal gedragstherapie en in veel mindere mate inzichtgevende therapie.

Opvallend was verder dat bij de RIAGG's allochtone vrouwen, in verhouding tot hun bevolkingsomvang, vaker werden gezien dan autochtone vrouwen. Den Haag verschilt hierin van de landelijke situatie: vergeleken met de cijfers van de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg was het percentage ingeschreven allochtone vrouwen hoger.

Wat de Marokkanen betreft werden bij de Haagse RIAGG's vooral de mannen veel gezien. Dit is in overeenstemming met de landelijke bevinding dat Marokkaanse mannen onevenredig vaak in zorg zijn in de psychiatrie, zowel intra- als extramuraal (4) (10).

De beperkingen van het (schaarse) onderzoek onderstrepen dat het hoogst noodzakelijk is om serieus werk te maken van onderzoek naar de GGZ voor allochtonen.

Diagnostiek: universeel of (cultuur-)specifiek

Voor de diagnostiek in de psychiatrie wordt alge-

meen gebruik gemaakt van de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' van de American Psychiatric Association, waarvan in 1994 de vierde versie verscheen, kortweg aangeduid als de DSM-IV (11). Op de voorganger, de DSM-III, was internationaal veel kritiek van de kant van transculturele psychiaters en antropologen omdat de invloed van cultuur op de diagnostiek hierin geen plaats had gekregen. Ten behoeve van de DSM-IV deed een speciale werkgroep 'Culture and Diagnosis' daarom aanbevelingen om de DSM in dit opzicht te verbeteren. Lang niet alle aanbevelingen werden overgenomen en over het resultaat zijn de meningen verdeeld. De werkgroep vond dat de DSM-IV toch te veel op westerse leest geschoeid was gebleven. De voor westerse psychiaters onbekende ziektebeelden waren verbannen naar een soort 'museum van exotica', te weten een bijlage waarin de zogeheten 'Culture Bound Syndromes' waren opgenomen. In deze bijlage komt geen enkel 'westers' ziektebeeld voor. Impliciet wordt aldus de westerse psychiatrische etikettering tot norm verheven (12). Niettemin betekent de DSM-IV een belangrijke stap vooruit. Bij tal van psychiatrische ziektebeelden wordt aangegeven welke invloed cultuur en migratie kunnen hebben op de psychopathologie.

Een aansprekend voorbeeld van een symptoom dat geduid moet worden binnen de culturele context wordt gegeven door Kortmann (13). In Ethiopië beantwoordt een groot aantal -beslist niet psychotische- respondenten bevestigend op de vraag naar het horen van stemmen. Stemmen horen is nu eenmaal niet ongewoon in die cultuur en absoluut geen teken van een ernstige psychiatrische stoornis. Vermoedelijk heeft de herhaaldelijk bij verschillende allochtonengroepen gevonden hoge prevalentie van psychosen mede te maken met dit gegeven: het symptoom 'stemmen horen' wordt te snel psychiatrisch geïnterpreteerd.

Zorg: universeel of (cultuur-)specifiek

Het onvoldoende toegerust zijn van de GGZ voor de hulpverlening aan allochtonen heeft natuurlijk niet alleen betrekking op zaken als diagnostiek en betekenisgeving. Elders in dit Bulletin wordt aandacht besteed aan pogingen de zorg daadwerkelijk te verbeteren. Maar ook wordt gesignaleerd dat we nog maar aan het begin staan van een lange weg om tot interculturele zorg te komen.

Het gaat om zeer fundamentele kwesties die niet alleen te maken hebben met cultuurverschillen. Ook biologische verschillen worden in de literatuur beschreven, onder andere zich uitend in reacties op geneesmiddelen die kunnen verschillen tussen etnische groepen. Westerse artsen hebben met de meeste psychofarmaca vooral ervaring opgedaan bij personen van het Kaukasisch ras. Het is dan goed om te weten dat keuze en dosering van het medicijn soms mede moeten worden bepaald door de etnische afkomst van de patiënt. In een recent overzichtsartikel in het Tijdschrift voor Psychiatrie gaan Kortmann en Oude Voshaar hier op in (14). Ze beschrijven Amerikaans onderzoek waaruit blijkt dat Aziatische en Afro-Amerikaanse patiënten, in vergelijking met Kaukasiërs, een lagere dosering nodig hebben van de (veel gebruikte) medicijnen uit de groep van de tricyclische antidepressiva. Afro-Amerikanen hebben bovendien sneller last van toxische bijwerkingen, zoals delieren. Lithium, een middel dat veel wordt voorgeschreven voor manisch-depressieve patiënten, leidt bij Afro-Amerikanen sneller tot bijwerkingen als vermoeidheid, duizeligheid, initiatiefverlies en verhoogde urinefrequentie. Voor het populaire anti-psychotische middel haloperidol geldt dat Aziaten met een lagere dosering toekunnen. Een nare bijwerking van dit middel is tardieve dyskinesie, een aan de ziekte van Parkinson verwant, robotachtig bewegingspatroon. Volgens sommige studies komt deze bijwerking frequenter voor bij Aziaten en Afro-Amerikanen. Een laatste voorbeeld van een per etnische groep verschillende reactie op psychofarmaca wordt gevormd door de groep van de benzodiazepines: slaap- en kalmeringsmiddelen die ook in de huisartspraktijk veel worden voorgeschreven (zoals Valium en Librium). Aziatische Amerikanen blijken gewoonlijk goed te reageren op de helft tot twee derde van de dosering die Amerikaanse Kaukasiërs nodig hebben.

Veel van de kennis over cultuurverschillen in reacties op geneesmiddelen is onder Nederlandse hulpverleners (hoewel dit nog nooit goed is onderzocht) aanwezig. Ook zij constateren dat allochtonen op sommige medicijnen heftiger reageren dan allochtonen. Kortom: op het terrein van de medicatieve therapie mag de psychiatrie dus niet kleurenblind zijn.

Tot besluit van deze paragraaf volgen nog enkele behartigenswaardige raadgevingen van Limburg-Okken (4). Ten eerste beveelt ze aan om bescheiden doelen te stellen, zoals symptoom-verlichting en

stress-reductie. Het is misschien voor de hulpverlener een moeilijk te accepteren realiteit, maar voor de problemen van veel allochtonen heeft de GGZ niet veel méér te bieden dan dat.

Een tweede aanbeveling van Limburg-Okken is om mensen thuis te bezoeken. Begrip krijgen voor de situatie waarbinnen psychische problematiek ontstaat, lukt maar ten dele binnen de muren van de spreekkamer.

Uiteindelijk zijn begrip en respect twee basisuitgangspunten voor een goed begin van een behandeling. En het realiseren van bescheiden doelen maakt openingen voor het verwerven van het nodige inzicht in de problemen van de cliënt.

Communicatie: universeel of (cultuur-)specifiek

Saïda, 19 jaar. Leerlinge LBO. Woont bij vader; moeder woont elders. Valt regelmatig flauw en heeft huilbuien, volgens huisarts als gevolg van psychische spanningen. Saïda verzoekt de RIAGG-psychiater om haar vader niet uitvoerig in te lichten: die heeft het al zo moeilijk.

Nadat de psychiater de anamnese heeft afgenomen en de (migratie-)geschiedenis uitvoerig in kaart heeft gebracht komt hij tot enkele hypothesen met betrekking tot de betekenis van de symptomen. In eerste instantie schrijft hij een kalmeringsmiddel voor. Na het tweede individuele gesprek vindt het eerste 'gezinsgesprek' plaats, in dit geval uitsluitend met Saïda en haar vader. Tijdens dit gesprek begint de vader van Saïda te vertellen wat hij weet van haar problemen. Hij wordt daarbij zeer verdrietig. Saïda vraagt opeens of ze de kamer uit kan gaan. Haar vader lijkt met dit idee in te stemmen. Nadat Saïda de kamer heeft verlaten vertelt haar vader in tranen dat zijn vrouw geen kinderen kon krijgen en dat Saïda is geadopteerd. Een en ander leidt nu tot allerlei problemen voor Saïda op de huwelijksmarkt (zoals het ontbreken van papieren die nodig zijn om een afgesproken, maar door Saïda niet gewenst huwelijk te annuleren). De psychiater spreekt zijn vertrouwen uit dat de vader dit probleem kan oplossen. Een maand later blijkt dat de vader naar Marokko is gegaan en daar de door Saïda niet gewenste verloving heeft verbroken. Een paar maanden later gaat het weer goed met Saïda. De hulpverlening heeft in totaal bestaan uit vier individuele gesprekken en één gezinsgesprek.

Casus ontleend aan: 'Een olijfboom op de ijsberg' (7)

Commentaar: In eerste instantie kwam het vreemd over dat Saïda zo plotseling de spreekkamer wilde verlaten. Bij nader inzien bleek dat ze haar vader de ruimte gaf dingen te vertellen die hij liever niet vertelde in het bijzijn van zijn dochter en die pijnlijk voor hem waren.

Het migrant-zijn heeft soms invloed op de wijze waarop men zijn/haar klachten presenteert. Voor Noord-Afrikanen beschrijft Sterman enkele communicatiestijlen waar westerse hulpverleners vaak moeite mee hebben (7).

Bij 'theatraal gedoe' moet de hulpverlener oppassen voor de valkuil om slechts schouderophalend te reageren. Vruchtbaarder is het om de gevoelsmatige lading, bijvoorbeeld wanhoop, verdriet of machteloze woede, als boodschap op te pikken.

Een 'woede-uitbarsting' komt bij een Nederlandse hulpverlener vaak heftig over, terwijl de soep niet zo heet wordt gegeten. Indien de hulpverlener zichzelf bedreigd voelt kan dit bovendien tot een verstoorde werkrelatie leiden.

Omgekeerd kan een hulpvrager soms geïrriteerd raken omdat de hulpverlener het naadje van de kous wil weten. Sommige dingen noem je nu eenmaal niet zo bij de naam, en 'een goede verstaander heeft aan een half woord genoeg'. Doorvragen door de hulpverlener wordt dan wel eens ongepast gevonden.

De spreekstijl van Noord-Afrikanen zelf is veel omslachtiger dan de Nederlandse, wat bij Nederlandse hulpverleners het gevoel kan wekken van 'kom nou eens terzake!', of, nog erger: 'u draait er omheen'.

Veel Noord-Afrikanen gaan ervan uit dat als een boodschap echt belangrijk is, deze herhaald zal worden. Ze dwingen de hulpverlener tot herhaling, hetgeen bij de laatste het gevoel oproept van 'dat heb ik u toch al eens uitgelegd?'

Interrumpen en 'nee' zeggen zijn onbeleefd in de ogen van veel Noord-Afrikanen. Maar wie zwijgt stemt nog niet altijd toe. Ook hier ligt een terrein vol mogelijke misverstanden en irritaties, want in de ogen van de hulpverlener was er een afspraak gemaakt die niet wordt nagekomen.

Het is belangrijk dat hulpverleners met dergelijke culturele discrepanties kunnen werken. Sterman

geeft ook andersoortige voorbeelden. Zo dient de positie van de vader binnen de familie te worden geëerbiedigd door hem als hoofd van de familie aan te spreken en de daarmee gepaard gaande verantwoordelijkheid te respecteren (zie de casus van Saïda).

De casus illustreert de uitspraak van Limburg-Okken, waarin zij afstand neemt van een benadering die alleen maar oog heeft voor de problemen in de hulpverlening aan allochtonen: 'Elke ontmoeting met een cliënt is een ontdekkingsreis' (4).

Literatuur:

1. Lenders G (eindred.). RIAGG's en migranten: de dilemma's. Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Utrecht, 1990.
2. Stedelijke Adviesraad Multiculturele Stad. Geloven in de geestelijke gezondheidszorg: naar een ontvankelijke en toegankelijke interculturele geestelijke gezondheidszorg. Den Haag, 1997.
3. Schudel WJ, Struben HWA, Vroom-Jongerden JM. Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst Den Haag 1987-1993. *Epidemiol Bul Grav* 1998; 33 nr. 4: 7-13.
4. Limburg-Okken A. Migranten in de psychiatrie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1989.
5. Dijk R van. Mijn gezondheid is gebarsten als glas. OSA-publikatie nr. 10. Amsterdam, 1985.
6. Richters JM. De medisch antropoloog als verteller en vertaler: met Hermes op reis in het land van de afgoden. Proefschrift. Heemstede: Smart, 1991.
7. Sterman D. Een olijfboom op de ijsberg: een transcultureel-psychiatrische visie op en behandeling van de problemen van jonge Noord-Afrikanen en hun families. Nederlands Centrum Buitenlanders. Amsterdam/Utrecht, 1996.
8. Dijk R van. Inleiding van 'Een blik in de transculturele hulpverlening. Vijftien jaar ervaring met verlies en verrijking' (I. Boedjarath en D. van Bekkum, red.). Utrecht: Jan van Arkel, 1997.
9. May RF. Allochtonen en Nederlanders bij de Haagse RIAGG's 1989-1992. RIAGG's Noordhage / Westhage / Zuidhage. Den Haag, 1997.
10. Mackenbach JP. Migranten, migratie en volksgezondheid. In: Migranten en gezondheidszorg (Haveman HB en Uniken Venema HP, red.). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. Washington DC, 1994.
12. Borra R. Cultuur en de DSM-IV. *M Geest Volksgezondh* 1998; 53 nr. 11: 1086-1102.
13. Kortmann FAM. Problemen in transculturele communicatie: de Self Reporting Questionnaire en de psychiatrie in Ethiopië. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1986.
14. Kortmann FAM en Oude Voshaar RC. Overzichtsartikel 'Aspecten van farmacotherapie bij etnische minderheden.' *Tijdschr voor Psychiatrie* 1998; 40: 143-155.

De Haagse GGZ en allochtonen

Een greep uit de praktijk van Parnassia, psycho-medisch centrum Den Haag

Ronald F. May

De Haagse RIAGG's begonnen vroeg in de jaren tachtig al hun zorgaanbod af te stemmen op de hulpvraag van allochtonen, omdat er grote culturele, sociaal-economische en communicatieve verschillen waren en zijn. In het algemeen kan worden gezegd dat er bij veel hulpverleners nog altijd onvoldoende kennis, inzicht en vaardigheid is om adequaat te handelen. Wel worden steeds meer initiatieven genomen om tegemoet te komen aan de specifieke vraag van de allochtone cliënt. Een belangwekkend project is 'Nieuwe Sporen', dat wil versterken wat goed gaat, bruggen wil slaan naar reguliere zorg en nieuwe wegen inslaat waar dat mogelijk is.

Nog geen drie jaar na hun oprichting in 1982 begonnen de Haagse RIAGG's met het afstemmen van hun zorgaanbod op hulpvragen van allochtonen. Aanleiding waren de herhaaldelijke signalen van maatschappelijk werkers en huisartsen dat allochtone cliënten die ze naar de RIAGG hadden verwezen weer werden terugverwezen zonder dat ze waren geholpen. Ook medewerkers van de RIAGG's zelf gaven te kennen nauwelijks te zijn toegerust voor de behandeling van allochtonen die, in steeds groeiend aantal, een beroep deden op hun hulp.

De directie van de RIAGG's besloot daarop, na een grondige inventarisatie van de verschillende knelpunten, tot 'verbetering van de hulpverlening aan migranten' (1)(2). Met dit beleid wilden de RIAGG's bewerkstellingen dat het aanbod van haar kerntaken 'hulpverlening', 'preventie' en 'dienstverlening', successievelijk werd afgestemd op de multiculturele omgeving. Immers ruim 15% van de Haagse bevolking was in die tijd van niet-Nederlandse afkomst. Met het doel goed te kunnen anticiperen op de

komst van allochtone cliënten is vijf jaar lang, in gemiddeld twee bijeenkomsten per maand, deskundigheidsbevordering en training gegeven aan de medewerkers van zowel de RIAGG als van belangrijke verwijzende instanties. Deze laatste waren huisartsen, het algemeen maatschappelijk werk (AMW), de Raad voor de Kinderbescherming, het 'Blijf van mijn lijf huis', de politie, het meidenweloophuis en anderen (3). De hulpverlening diende zich te realiseren dat bij de vraag van (potentiële) allochtone cliënten door de (im)migratie - vergeleken met de Nederlandse cliënten - met grote culturele, sociaal-economische en communicatieve verschillen rekening moet worden gehouden. Daarvoor was een andere aanpak nodig. Hierbij moet vooral worden gedacht aan de wijze van betekenisgeving aan ziekte, ziektegedrag, de veroorzakers van ziekte en de wijze waarop ziekte dient te worden behandeld alsmede de verwachtingen hieromtrent.

Kennis van de andere cultuur

Als een allochtone cliënt (psychische) ziekte ziet als een straf van overleden voorouders vanwege verzaakte plichten en rituelen door de cliënt, dan zal de autochtone hulpverlener het knap moeilijk krijgen met zijn 'westers medisch-rationeel hulpverleningsmodel'. Aan mensen die de veroorzakers van ziekte buiten zichzelf zien (het zijn anderen die hen kwaad doen), met andere woorden ziekte externaliseren, moet niet worden gevraagd wat de cliënt er zelf aan kan doen.

Knelpunten kunnen ook ontstaan door de onbekendheid van hulpverleners met de culturele achtergrond, de migratiegeschiedenis of door de stereotiepe beelden die hulpverleners hebben van allochtonen zoals: ze zijn 'sub-assertief', 'niet introspectief', 'primitief', enzovoort.

Er zijn echter ook verschillen in het omgaan met

Over de auteur:

R.F. May, cultureel-antropoloog, projectleider 'GGZ voor allochtonen', werkzaam bij het Bureau Management Ondersteuning, Parnassia, psycho-medisch centrum Den Haag.

emoties bij mensen uit verschillende culturen. Sommige mensen laten hun emoties bij een groot verlies nauwelijks zien, of tonen eerder een voor het 'Westen' averechtse reactie door bijvoorbeeld een groot feest te vieren.

Het horen van stemmen kan in sommige landen van herkomst eerder als normaal of als een bijzondere eigenschap van een persoon worden beschouwd (een vorm van incarneren), terwijl hier al gauw van een psychose wordt gesproken.

In het algemeen kan worden gezegd, dat bij veel hulpverleners onvoldoende kennis, inzicht en vaardigheden aanwezig zijn om met bovengenoemde verschillen adequaat te handelen in de hulpverlening aan allochtonen. Voor velen van hen is het nogal eens moeilijk zich te verplaatsen in de belevingswereld, de positie en de betekenisgeving van allochtone cliënten. Communicatieve barrières spelen in veel hulpverleningssituaties een belangrijke rol.

Veel allochtonen zijn bovendien (van huis uit) nauwelijks bekend met het instituut GGZ, hebben er in hun vocabulaire nauwelijks woorden voor, of andere woorden, laat staan dat ze bekend zijn met de voorzieningen die er op dit terrein in Nederland zijn. In veel landen van herkomst rust ook nog een groot taboe op de psychiatrie: eenmaal opgenomen ben je getekend voor het leven en kom je niet van het stigma 'gek' los. Grote onbekendheid met de voorzieningen, een andere betekenis geven aan (geestelijke) ziekte (bijvoorbeeld bezetenheid), maar ook het grote taboe dat er bij vele allochtonen rust op psychiatrie en het vooralsnog niet voldoende op de vraag toegesneden aanbod van diensten in de GGZ, maken dat allochtonen niet, of vaak zeer laat en bijna altijd via vele omwegen, terecht komen bij een instelling voor de GGZ.

Multicausale problematiek

Als gevolg van bovenvermeld hulpzoekgedrag vertonen veel allochtonen bij aanmelding multicausale problematiek, waarin bij velen een verwevenheid van somatiek, psychische en sociaal-maatschappelijke problematiek te zien is. Deze problematiek is bovendien in veel gevallen niet alleen aanwezig bij de aangemelde cliënt, maar ook bij meer of alle leden van het cliëntensysteem. Langdurige werkloosheid, sociaal isolement, enorme schulden, slechte huisvesting en bij velen ook nog een onzekere ver-

blijfsstatus maken allochtonen extra kwetsbaar voor psychische ziekten. Discriminatie en racisme maken het naast voornoemde slechte omstandigheden er bovendien niet makkelijker op. Naast deze feitelijke ongunstige situatie spelen migratie, cultuur en acculturatie dagelijks mee bij het beproeven van de draagkracht voor deze problemen.

Migratie, cultuur en acculturatie

Het is dan ook evident, dat bij veel allochtonen de migratie (-geschiedenis), de cultuur, de acculturatie en de sociaal-maatschappelijke positie een grote rol kunnen spelen bij ziekte, de wijze waarop het hulpzoekgedrag gestalte krijgt, de verwachtingen ten aanzien van de behandeling en de organisatie ervan.

Sociale aspecten van migratie

Migratie betekent een breuk met geliefden, familie, vrienden en sociale omgeving. Daarvoor in de plaats komt een zoektocht naar een nieuw bestaan. Gevoelens van onzekerheid en verwarring horen daar dagelijks bij. De migrant verliest immers zijn basisgevoel van veiligheid, van 'erbij horen', van 'er mogen zijn'. Het verlies van culturele en andere referentiekaders (bijvoorbeeld: de geuren, de kleuren, de ruimte), van conventies, van identificatie en van vertrouwde codes voor communicatie en interactie, maar ook het klimaat maken migratie tot een stressvol en vermoeiend bestaan. Veranderings-, uithoudings- en incasseringsvermogen worden continu op de proef gesteld (4).

Cultuur

Cultuur is een betekenisstelsel, een referentiekader voor gedachten, ervaringen, gevoelens en omgeving. Cultuur geeft richting aan een gemeenschap van mensen en is een bron van ideeën en opvattingen om er met eigen vermogens iets eigens van te maken. Cultuur is per individu verschillend, maar kan voor een gemeenschap richtinggevend zijn. Cultuur kent een grote dynamiek, is niet eindig en kent vele variaties. In de GGZ is het van belang te weten dat cultuur een belangrijke invloed heeft op de opvattingen over en betekenissen van ziekte (en de behandeling) binnen een gemeenschap. Wat in de ene cultuur als normaal wordt beschouwd, wordt in de andere als pathologisch of abnormaal gezien. In de ene cultuur spelen magische verklaringen een belangrijke rol, terwijl in de andere medisch-ratio-nale verklaringen de overhand hebben.

Acculturatie

Acculturatie, het proces waarin allochtonen vertrouwd raken met de cultuur van de nieuwe omgeving en waarbij kan worden gesproken van wederzijdse cultuuroverdracht door personen onderling, zorgt voor continue verandering en het ontstaan van nieuwe patronen en vaardigheden.

Het volgen van deze processen in het leven van de allochtone cliënt is van groot belang bij het hulpverleningsproces. Niet voor niets wordt in de handboeken voor de hulpverlening aan allochtonen de migratiegeschiedenis als een belangrijk aandachtsgebied genoemd.

Concern brede aanpak nodig

Bij de GGZ van Den Haag, waarvan de verschillende instellingen - waaronder de RIAGG's - per 1 januari jl. zijn gefuseerd in Parnassia, psychomedisch centrum, worden (steeds meer) initiatieven ontplooid om tegemoet te komen aan de vraag van allochtone cliënten. De zorg moet daarbij goed bereikbaar én geschikt zijn voor allochtone cliënten. Met behulp van een vragenlijst zijn verschillende medewerkers in de GGZ bevestigd op hun wensen, hun mogelijkheden en ideeën om het zorgaanbod van de Haagse GGZ toegankelijker te maken voor allochtonen. Aan de hand van de uitkomsten zal op korte termijn een werkplan worden opgesteld om de hulpverlening aan allochtonen concernbreed aan te pakken (5).

Een continu aanbod van deskundigheidsbevordering, op alle niveaus van de organisatie, is noodzakelijk om het mogelijk te maken dat medewerkers in staat zijn met allochtonen te werken. Momenteel wordt gewerkt aan een opleidingsplan om hier verder vorm aan te geven.

In alle circuits wordt de noodzaak gevoeld van aanstelling van meer allochtoon personeel. Voor de komende jaren zal een belangrijke impuls van het personeelsbeleid moeten uitgaan om niet alleen meer allochtoon personeel te werven, maar vooral ook om ze te behouden.

Ook het patiëntenbeleid is uiteraard van fundamenteel belang voor het welslagen van het proces van interculturalisatie. Hierbij moet worden gedacht aan specifieke voorzieningen (inrichting gebouw, voedselbereiding, tolktelefoons en dergelijke), behandelprogramma's en het aanpassen van procedures.

Ten slotte is het belangrijk dat er begrijpelijk voorlichtingsmateriaal bestaat over de organisatie, de werkwijze, de procedure, de rechten en de plichten van de (allochtone) cliënt.

Het zorgbeleid

Op het terrein van het zorgbeleid worden diverse initiatieven ondernomen om het zorgaanbod zoveel mogelijk af te stemmen op de behoeften van (specifieke groepen) allochtone cliënten. De belangrijkste activiteiten en initiatieven voor allochtone cliënten worden beschreven, waaronder enkele ontwikkelingen 'in de steigers'.

Samenwerking tussen instellingen nodig

Een van de basiskenmerken van de 'GGZ voor allochtonen' is, meer nog dan bij autochtonen het geval is, de noodzakelijke samenwerking met verschillende instellingen in de eerste lijn. Hierbij gaat het vooral om de huisarts en het AMW, maar ook om het onderwijs, de jeugdzorg, het vluchtelingenwerk, de Raad voor de Kinderbescherming, de vrouwenopvang of de algemene ziekenhuizen.

Het Rubenshoek-overleg

Dit overleg is twaalf jaar geleden gestart als een overleg tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen van het gezondheidscentrum 'De Rubenshoek' en RIAGG Noordhage (de volwassenen- en jeugdzorg) om met elkaar de complexe en multicausale problematiek van allochtonen te bespreken. In eerste instantie was het doel de verwijzing en de diagnostiek te verbeteren, maar later kwam het accent meer te liggen op de kwaliteitsverbetering van de hulpverlening aan allochtonen in meer algemene zin en ook op betere organisatorische afstemming van de instellingen, die bij het overleg waren betrokken. Dit overleg is enige jaren geleden uitgebreid met (psychologen van) het Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde en het AMW.

Meervoudige problematiek

Met name voor cliënten met meervoudige problematiek is in samenwerking met de STICHTING ter Ondersteuning van de gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (STIOM) het programma 'Koppelhulpverlening' gestart. Allochtone cliënten die somatische, psychische én maatschappelijke problemen hebben, lopen de kans tussen wal en schip te vallen en van de ene naar de andere instel-

ling te worden (door)verwezen. Er zijn schulden, relatieproblemen, werkloosheid, veel te kleine huisvesting, heimwee, grote teleurstelling, somberheid, pijn en grote machteloosheid. Wat moet er gebeuren? En wie moet hier hulp verlenen? Veel hulpverleners voelen zich alleen al bij het aanhoren van deze problemen zelf machteloos en hebben de neiging de klachten waar men wél wat mee kan te scheiden van de rest en voor het overige door te verwijzen. Maar vaak komt de klant dan niet terug. Hij voelt zich onbegrepen en miskend en gaat dan op zoek naar een andere instelling.

Door gezamenlijk één behandelplan op te stellen en één hoofdbehandelaar aan te wijzen, realiseren het AMW, de huisarts en de GGZ een 'zorg op maat'-aanpak, waardoor cliënten niet 'uit de boot vallen' en een adequaat aanbod mogelijk is.

De casuïstiekbespreking Transvaal

In januari van dit jaar is in samenwerking met het STIOM een reguliere casuïstiekbespreking van allochtone en autochtone cliënten gestart. Een tiental huisartsen, het AMW en medewerkers van Parnassia, locatie West, doen hieraan mee.

Collegiaal overleg huisartsen en GGZ

Op verzoek van enkele huisartsen in de centrumwijken van Den Haag zal binnenkort worden begonnen met een vorm van collegiaal overleg tussen de GGZ en enkele huisartsengroepen (Hagro's). Met name bij problematische cliënten is overleg gewenst op het gebied van het stellen van de diagnose, de behandeling, de medicatie en eventuele verwijsmogelijkheden en procedures van de GGZ. Er is een grote behoefte bij de huisartsen aan korte overlegmogelijkheden in de vorm van een vaste contactpersoon bij Parnassia (een psychiater) en korte verwijslijnen.

Groepsbehandeling

Veel cliënten worden individueel aangemeld. In veel bilateraal contact lukt het de hulpverlener in te spelen op de specifieke problematiek van de cliënt. Als in voorkomende gevallen de individuele behandeling niet vordert wordt naar alternatieven gezocht. Vanuit de vrouwenhulpverlening is de groepsbehandeling een effectief alternatief gebleken. Cliënten met vergelijkbare problemen worden bij elkaar gebracht waarbij herkenning en gemeenschappelijkheid (lotsverbondenheid) ingangen zijn voor vormen van empowerment en doorbreking van het so-



ciaal isolement. Er bestaan inmiddels ook goede ervaringen met het werken met groepen allochtone cliënten.

De Turkse vrouwengroep

Reeds enkele jaren draait een curatieve Turkse vrouwengroep (6). Vrouwen met langdurige psychische en somatische klachten worden groepsgewijs behandeld, waarbij naast gesprekken ook lichaamsgerichte oefeningen worden gedaan. Door vooral positieve herinneringen op te halen en de vitale mogelijkheden van de vrouwen in de groep op te sporen en aan te spreken is het mogelijk nieuwe vaardigheden op te bouwen om de spanningen van alledag iets beter aan te kunnen. Opvallend is vooral de actieve deelname en trouwe opkomst van de vrouwen.

Momenteel wordt in samenwerking met het AMW een soortgelijke groepsbehandeling ontwikkeld voor Surinaamse vrouwen met depressieve klachten.

Psychomotore therapie voor groepen allochtone mannen

In het verleden is er vanuit de RIAGG's een experiment geweest om Marokkaanse mannen met langdurige pijnklachten waarvoor geen organische oorzaak kon worden gevonden, een vorm van groepsbehandeling aan te bieden. De ervaring met deze groep leerde, dat mannen veel ingehouden woede en gevoelens van verlies en ernstige krenking hebben, waar ze liever niet over praten. De mannen hebben een leven achter de rug van jarenlang hard werken, meestal met een zware lichamelijke belasting. Het harde werken heeft echter geen enkel perspectief geboden. Velen zijn uiteindelijk arbeidsongeschikt in de WAO terechtgekomen. De dromen zijn daarvoor niet uitgekomen, het perspectief van de moe-

ders en kinderen is gereduceerd tot nul. Veel vaders hebben geen betekenis meer en trekken zich terug in het enige domein dat nog van hen is: het lichaam. Veel pijnklachten zijn illustratief voor de machteloosheid van de vaders, de enorme teleurstellingen, het grote verlies van hun kracht, vertrouwen en gezag.

Een actief en stevig aanbod van psychomotore therapie kan ruimte bieden aan 'ontlading' van de woede en andere negatieve gevoelens, waarna de mannen in een vertrouwde en veilige omgeving met deskundige en betrokken hulpverleners de mogelijkheid krijgen zich te uiten en zo kunnen leren met deze 'pijnlijke emoties' te leven.

Vanuit Parnassia is het de bedoeling opnieuw een dergelijk aanbod te ontwikkelen voor (andere) groepen allochtone mannen.

Het Circuit Jeugd

Vanuit het circuit Jeugd worden verschillende initiatieven genomen om de hulpverlening aan allochtone kinderen en jongeren (en hun ouders) toegankelijker te maken. Vorig jaar nog toonde onderzoek aan, dat meisjes en (jonge) vrouwen van Surinaamse, Turkse of Marokkaanse afkomst vaker dan Nederlandse vrouwen overgaan tot uiteenlopende vormen van zelfverwonding (7). Terecht wordt door de onderzoekers gesteld, dat de mate van voorkomen van parasuicide een aanwijzing geeft voor de mate van sociale stress onder deze jonge vrouwen.

Wat Parnassia met deze uitkomst zal doen is nog niet duidelijk. Wel zijn in de loop der jaren initiatieven ontwikkeld om het programmatische aanbod van de zorg voor de jeugd te verbeteren en met vormen van groepshulpverlening de positie van allochtone jongeren te versterken.

Een Themagroep behandelt aspecten die betrekking hebben op bi-culturele relaties, waarbij wordt stilgestaan bij vragen over onder andere partnerkeuze, relaties, vrijheid en seksualiteit.

Ook is een cursus ontwikkeld voor allochtone en vluchtelingenkinderen (acht tot twaalf jaar) met gedragsproblemen op de basisschool, met het doel hen (interculturele) sociale vaardigheden te leren en het negatieve gedrag te keren. Verder bestaat er een opvoedingscursus voor allochtone moeders met pubers en adolescenten. Ze leren interculturele vaardigheden voor het begeleiden van hun kinderen.

Het Circuit Ouderenzorg

In Den Haag wonen nu ongeveer tienduizend

allochtone bewoners van 55 jaar en ouder. In de zorg wordt een toename van deze leeftijdsgroep verwacht.

Met name de afgelopen jaren zijn in Den Haag vele initiatieven genomen om voor hen de toegankelijkheid van de reguliere zorg te verbeteren. Deze initiatieven op het gebied van wonen, welzijn en zorg zijn echter bij veel hulpverleners en hulpvragers onbekend. Om deze voorzieningen beter bekend te maken is vanuit het Netwerk Geriatrie een 'Wegwijzer Allochtone Ouderen' gerealiseerd en onder belangrijke instanties verspreid (8).

Nieuwe ontwikkelingen

Het project 'Nieuwe Sporen'

'Nieuwe Sporen' is een initiatief dat samen met het STIOM wordt vormgegeven. Met dit initiatief wordt er naar gestreefd de activiteiten die op het gebied van de psychosociale zorg voor allochtonen in de Schilderswijk en in andere centrumwijken worden uitgevoerd door verschillende intermediairen (vrijwilligers van diverse afkomst, geestelijke voorgangers en traditionele genezers waar allochtonen op hun zoektocht naar hulp mee in contact zijn gekomen) in kaart te brengen en te bestuderen. De gedachte hierbij is dat waarschijnlijk veel allochtonen, vanwege de soms andere betekenis die men aan ziekte geeft, een ander hulpzoekgedrag vertonen.

Men gaat dan op zoek naar 'hulpverleners' (wijze mannen en vrouwen), vertrouwenspersonen of sleutelfiguren die men in het land van herkomst gewend is. Door de migratie zijn echter niet alle 'bekende' instituties meegekomen. Tegelijkertijd ontstaan in Nederland, mede door acculturatieprocessen, nieuwe initiatieven. Door op zoek te gaan naar deze 'Nieuwe Sporen' kan het reguliere aanbod leren hoe beter aan te sluiten op de vraag van deze cliënten.

Doel van het project is driedelig:

- versterken wat goed gaat;
- bruggen slaan (naar de reguliere zorg) indien nodig;
- nieuwe wegen inslaan waar mogelijk.

Er zijn momenteel contacten gelegd met een kleine twintig intermediairen die van belang zijn bij de psychosociale hulpverlening aan allochtonen die wonen in de Schilderswijk en andere centrumwijken. Via uiteenlopende werkwijzen bleek hulp te worden verleend aan mannen, vrouwen, jongens en meisjes.

Zo beschrijft de assistent-imam (een van de intermediairen) de problematiek van vele jongeren die naar de moskee komen als volgt: 'Ze zijn als lege huizen, angstig, eenzaam en verloren'. En over de werkwijze die hij gebruikt: "door middel van luisteren, vertrouwen winnen, meeleven en proberen de jongere weer 'zacht' te maken".

Een Turkse vrijwilligster biedt hulp bij uiteenlopende vragen, zoals de sociale wetgeving, de huisvesting, het vreemdelingenrecht en bemiddelt bij instanties. Zo vergezelt ze cliënten naar huisartsen en specialisten en verwijst door naar reguliere instellingen.

Een andere imam biedt hulp bij boosheid, twijfel, angsten, waaronder last van boze geesten (zogenoemde djinns) en relatie- en opvoedingsproblemen. Herstellen van het evenwicht is hierbij een belangrijke doelstelling.

Een Surinaamse vrouw ondersteunt vrouwen die relatie- of opvoedingsproblemen hebben, die eenzaam zijn en de nieuwe samenleving niet 'aankunnen'. Door deze vrouwen vanuit de 'eigen kracht' aan te sporen probeert ze hen 'het leven weer onder controle te laten krijgen'.

Een Surinaamse man geeft jongeren een intensieve vorm van huiswerkbegeleiding, coördineert vrijwilligers, ondersteunt ouderen en biedt stervensbegeleiding aan.

Veel van deze initiatieven ontberen professionele ondersteuning, hebben behoefte aan fysieke ruimte om in enige beslotenheid hulp te kunnen bieden, en willen erkend en vertrouwd worden als belangrijke intermediairen voor de reguliere zorg.

Informatie en samenwerking met de reguliere zorg wordt door velen van hen belangrijk geacht. Ze willen dan ook worden geïnformeerd over het zorgaanbod en over mogelijkheden waar kan worden samengewerkt. Voor deze samenwerking en voor het contact met hun (jongere) klanten wilt een aantal van deze intermediairen dan ook het Nederlands beter leren spreken.

De medewerker van 'Nieuwe Sporen' zal binnenkort de contacten met de reguliere zorg leggen en in een plan van aanpak de initiatieven voor de komende tijd vastleggen.

Literatuur:

1. Horjus M. Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg voor Migranten te 's-Gravenhage. Den Haag, maart 1985.
2. May RF. Beleidsnotitie Hulpverlening aan migranten Haagse RIAGG's. Den Haag, 1987.
3. May RF. Verslag van drie jaar hulpverlening aan migranten bij de Haagse RIAGG's. Den Haag, mei 1989.
4. May RF. Migratie: in soorten, en niet over één kam te scheren. In: A. van der Pas e.a. Handboek methodische ouderbegeleiding, nr. 8 ouderschap en migratie. Rotterdam: Ad. Donker, 1998.
5. May RF. Terreinverkenning 'GGZ voor allochtonen'. Parnassia. Den Haag, 1999.
6. Schipper J, Vermond A. Draaiboek vrouwengroep, Turkse vrouwen met depressieve en pijnklachten. RIAGG Noordhage, Westhage en Zuidhage. Den Haag, 1998
7. Schudel WJ, Struben HWA, Vroom-Jongerden JM. Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst: Den Haag 1987-1993. Epidemiol Bul Grav 1998; 33 nr. 4: 7-13.
8. Netwerk Geriatrie. Wegwijzer Allochtone Ouderen: voorzieningengids voor allochtone ouderen woonachtig in Den Haag. Den Haag, maart 1999.

Ervaringen met psychische en psycho-sociale problematiek van allochtonen

Liesbeth M. van Dalen

Twaalf interviews met professionals die dagelijks te maken hebben met problematiek van allochtonen, van psychiater tot onderzoeker en van hoofd van een basisschool tot vrijwilligster bij de 'Allochtone Vrouwentelefoon'. Het blijft gissen naar de omvang van de groep die problemen heeft. Maar: 'De situatie zal

voorlopig verergeren'. Naar verwachting zal de derde generatie zich pas kunnen ontworstelen en - met behoud van identiteit - een plaats vinden in de Nederlandse samenleving. 'De eerste generatie zal nooit gelukkig worden. Hun gedachten zijn daar waar ze geboren zijn, bij familie en vrienden.'

Geïnterviewden:

De heer K. Kasi, zelfstandig gevestigd psychiater. Drie kwart van zijn patiënten is van allochtone afkomst en het zijn met name Surinaamse Hindostanen die een beroep op hem doen.

De heer W.H. Bharos, huisarts in Transvaal. Ruim 90% van zijn patiënten is van allochtone afkomst.

Ineke Wienese en Abba Hallatu, respectievelijk pedagoog en maatschappelijk werker van het Circuit Jeugd van Parnassia, psycho-medisch centrum Den Haag.

Aïcha Jafary, coördinator van het dagactiviteitenprogramma voor Marokkaanse vrouwen in het Van Limburg Stirumhuis.

El Batoul Zembib en Monique Vreeburg van de Allochtone Vrouwentelefoon. Dankzij de vrijwillige inzet van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse vrouwen biedt de Allochtone Vrouwentelefoon een 'vrouwveilige en laagdrempelige' mogelijkheid om, al dan niet anoniem, de zorgen en problemen te uiten.

De heer Derwisj Maddoe, voorzitter van Noeroel Islam, de moskee-organisatie in Transvaal en voorzitter van de Nederlandse Moslimraad. Hij spant zich in om de geslotenheid van de moskee letterlijk en figuurlijk te doorbreken.

Henk Meliesie, jeugdonderzoeker in de Schilderswijk. Hij werkt nauw samen met scholen, welzijnsorganisaties en jeugdhulpverlening.

Albert van der Zalm, hoofd van basisschool Het Spectrum in de Schilderswijk, tevens gemeenteraadslid voor D'66 in Den Haag. Van de 420 kinderen op school zijn er twee 'blond en Hollands'.

Kaya Coskun, maatschappelijk werker bij de Welzijnsorganisatie Schilderswijk. 80% van zijn cliënten is van allochtone afkomst, waarvan het merendeel leeft onder het bestaansminimum.

Kim Boer, begeleidster bij De Kans in Spoorwijk/Laakkwartier. De Kans biedt een intensief begeleidingsprogramma aan jongeren tussen de 12 en 25 jaar, die met de politie in aanraking zijn gekomen en ten minste éénmaal een proces-verbaal hebben gekregen. Het merendeel van de jongeren is van allochtone afkomst.

Dit artikel is tot stand gekomen door middel van interviews met personen (zie kader) die in hun werk te maken hebben met de problematiek van allochtonen. De redactie is hun veel dank verschuldigd voor de openheid en betrokkenheid waarmee ze hebben gesproken over hun zorg voor allochtonen.

Over de auteur:

Mw. E.M. van Dalen, tekstschrijver, Koopmans & Van Dalen bv., Rijswijk.

Psychische en psycho-sociale problematiek onder migranten

De combinatie van angst, wantrouwen en teleurstelling is volgens deskundigen de achterliggende oorzaak van de toenemende problematiek onder migranten. Wantrouwen jegens de liberale en tolerante Nederlandse samenleving, angst dat de kinderen zich daarin laten meeslepen en teleurstelling vanwege 'niet geslaagd in werk en ouderschap' vormen met name voor de eerste generatie redenen krampachtig vast te houden aan de traditionele normen en waarden.

De tweede generatie verkeert voortdurend in tweestrijd. Ze leidt een dubbelleven en staat voor de keus tussen het 'liberale Nederland' en het 'keurslijf van religie thuis'.

Deze ontwikkelingen leiden voor alle leeftijdsgroepen tot zowel psychische als somatische klachten.

Coskun maakt zich grote zorgen over de ouders, de eerste generatie. In veel gezinnen leiden werkloosheid en opvoedingsproblemen tot ontevredenheid en machteloosheid, die zich vervolgens uiten in ernstige depressieve klachten. 'Het is een groot drama, het gaat niet zoals het zou moeten. Men houdt vast aan de traditionele opvattingen over kinderen en opvoeding, met name ten aanzien van meisjes. In de ogen van de ouders gedragen de kinderen zich niet volgens de normen en cultuurgebonden opvattingen. De jongens deserteren en gaan zwerven, de meisjes raken vroegtijdig zwanger en dat wordt door de familie niet geaccepteerd. Het wordt jaren verzwegen, opgekropt uit schaamte voor de omgeving en leidt tot slapeloosheid en depressieve klachten.'

Een tweede 'falen' is volgens Coskun voor velen het feit dat ze werkloos zijn. De mannen hebben gewerkt als productiemedewerker en tegen hun veertigste jaar zijn ze uitgeput. Ze raken arbeidsongeschikt. "Ze zijn behandeld als nietszeggende figuren, die dienden om de productie te halen. Ze werden niet eens bij hun naam genoemd, ze kregen een 'makkelijke' naam. Deze generatie voelt zich enorm miskend."

Het lijkt wel alsof de problemen zich tegelijkertijd op alle fronten manifesteren. 'Ik druk me voorzichtig uit als ik zeg dat het merendeel van de mensen depressief rondloopt en de druk voelt van familie

die hoge verwachtingen heeft, ook op financieel gebied. Dat kunnen ze niet waarmaken. Velen redten het niet meer, mannen verbreken de relatie, gaan hun eigen weg, geven onverantwoord geld uit en zoeken hun heil in drugs, alcohol, gokken.'

Coskun probeert met de vaders, soms ook de moeders, te bespreken dat het niet werkt, dat je het kind niet thuis kunt vastbinden. Coskun: 'Dat zien ze ook wel in, maar ze weten niet hoe het anders moet. Ze zien de Nederlandse samenleving als een grote dreiging en zijn er enorm in teleurgesteld. Ze voelen zich niet erkend in hun levenswijze die anders is dan die van de gemiddelde Nederlander. Ze beginnen altijd over het leven hier: 'Nu ben ik zestig en wat heb ik? Niets.' De meisjes die weglopen zijn getekend voor de rest van hun leven, ze worden als kind afgeschreven. Zowel de ouders als de meisjes zijn in feite diep ongelukkig. De ouders willen dat niet zo zeer, maar ze vallen in hun machteloosheid terug op de extreme vormen van tradities. Ze voelen zich bedreigd, ze proberen zich streng aan de regels te houden, maar dat werkt niet. Ze baseren zich op hoe het dertig jaar geleden thuis was, dat is hun enige sturing.'

Het door Coskun gesignaleerde vasthouden aan de traditionele normen en waarden wordt ook door andere deskundigen genoemd.

Vasthouden aan traditionele beginselen

Maddoe ziet als drijfveren voor de houding om min of meer krampachtig vast te houden de angst en achterdocht ten opzichte van de tolerante Nederlandse samenleving.

"De zaken die volgens de islam volstrekt taboe zijn, worden in Nederland zonder 'blikken of blozen' tentoongesteld, zoals de seksshops en de televisieprogramma's op de vroege avond, die hun normen en waarden aantasten. Uit angst proberen ze ook hun kinderen in de islamitische opvattingen vast te houden. Met name mensen die in de concentratiewijken wonen, houden elkaar daarbij angstvallig vast en willen niet toegeven. Dat is bijna niet te doorbreken," aldus Maddoe.

Vervolgens lijkt het vasthouden aan de islamitische beginselen voor de Nederlandse samenleving een 'bedreiging' te vormen. 'Deze houding voedt het vooroordeel van de Nederlandse samenleving ten aanzien van de islam. Nederlanders zien de islam zoals de televisie de beelden toont uit het Midden Oosten, fundamentalistisch en terroristisch.'

Aan dat wederzijdse wantrouwen moet iets worden gedaan, waar ook voor de organisaties van migranten zelf een taak ligt. 'We moeten de moskeeën niet meer als gesloten bunkers laten fungeren, waar niet-islamieten niet mogen binnenkomen', aldus Mad-doe.

Jafary signaleert dat de vaders het opgeven. 'Ze hebben zich sowieso minder met de kinderen bemoeid, hebben geen werk (meer) en het is geen uitzondering dat ze hun vrouw hier laten en teruggaan naar het eigen land en opnieuw beginnen met een jonge vrouw. De vrouw gaat niet mee vanwege de kinderen en kleinkinderen. Bovendien zijn de familieleden van hun leeftijd daar meestal gestorven. Ze gaan er wel af en toe naar toe, om de problemen te ontvluchten, maar niet voorgoed.'

De relatieproblemen binnen hindostaanse echtparen zijn volgens psychiater *Kasi* onder andere ontstaan omdat er in Nederland een grote verandering is opgetreden in de rolpatronen en rolverdelingen. Dat leidt ertoe dat de hindostaanse vrouw sneller emancipeert en haar weg vindt in de Nederlandse samenleving dan de man. Dat geldt zeker voor de mensen die gedwongen naar Nederland kwamen. "Deze nieuwe zelfstandigheid van de vrouw is voor de man moeilijk te verkroppen. Hij houdt vast aan de oude tradities, waarin hij immers 'de pater familias' was. Het leidt tot botsingen als de vrouw zich ontwikkelt, een cursus volgt of werk vindt en daarmee financieel onafhankelijk is, hetgeen emotionele onafhankelijkheid faciliteert. Vooral voor de mannen die van het platteland komen en nog een sterke familieband hebben, is dit moeilijk. De mensen zijn veelal naar Nederland gekomen om sociale, politieke of economische redenen. Zeker als de komst van de vrouw plaatsvindt in het kader van uithuwelijking, zonder dat gekeken is naar enige matching tussen de partners, dan leidt dat voor beiden tot een enorme desillusie."

Kasi kent de schrijnende gevallen, waarin een niet geslaagde of geestelijk zieke man een niets vermoedende jonge vrouw uit Suriname naar Nederland

haalt. 'Die vrouwen raken ernstig in de problemen, vooral omdat ze in Nederland geheel andere situaties zien. Een deel van hen probeert de problemen bespreekbaar te maken binnen de relatie of binnen de familie, maar een groter deel doet dit niet.'

Veel van de oudere Marokkaanse vrouwen die deelnemen aan het dagactiviteitenprogramma in het Van Limburg Stirumhuis spreken volgens *Jafary* amper Nederlands, hebben zich jarenlang ingezet voor de kinderen, voelen zich oud en 'leven bij de dag'.

Veel vrouwen hebben het zwaar, volgens *Jafary*. "Ze zitten niet goed in hun vel, hebben problemen, gezondheidsklachten en maken zich zorgen over de kinderen die in verkeerde kringen terechtkomen. De meesten hebben grote gezinnen, sommigen hebben zelfs op hogere leeftijd nog heel jonge kinderen. Ze hebben de verhuizing naar Nederland nooit verwerkt. Ze zitten thuis, nemen niet deel aan de samenleving en kennen de cultuur niet. Ze staan in feite alleen voor de opvoeding en dat gaat door als ze oma worden, want ze voelen het als hun plicht om dan op de kleinkinderen te passen als dat wordt gevraagd. In feite zouden ze nu tijd voor zichzelf moeten hebben, maar dat gebeurt niet. Ik hoor ze vaak zeggen 'Ik had niet aan zoveel kinderen moeten beginnen, had ik er maar twee of drie gehad.'"

Veel vrouwen hebben lichamelijke klachten en blijken weinig te weten over hun eigen lichaam en de gezondheidsvoorzieningen in Nederland. Ze zien geen verband tussen hun problemen en hun klachten. 'Ze lopen van arts naar arts, van ziekenhuis naar ziekenhuis en ze hebben het idee dat er niets aan de kwaal wordt gedaan. Maar vaak zijn er hele andere dingen aan de hand. Het probleem is dat ze de Nederlandse taal niet goed spreken en dat artsen vaak te weinig tijd hebben om op de klachten in te gaan.'

Isolement

Volgens *Zembib en Vreeburg* van de Allochtone Vrouwentelefoon verkeren de vrouwen in een groot isolement. Het sociale netwerk dat men in het thuisland had, is afgekapt en wordt hier in 'gehandicapte' vorm voortgezet. 'Ook al zijn er familieleden en vrienden, de echte vertrouwensrelaties die men daar had ontbreken hier. Hoewel men zich gelukkig prijst in het Westen te wonen, lopen ze vast vanwege de onmogelijkheid om dat geluk uit te buiten. Ze willen dat de kinderen slagen, dat de man een baan heeft,

ze willen ontvangen worden als volwaardige inwoner. Maar zo pakt de realiteit niet uit. Ze zoeken bijna wanhopig naar harmonie, als niet-christenen in een christelijke samenleving, als arbeiders in een hoog opgeleide samenleving.'

In hulpverleningstermen gesproken gaat het veelal om psychosociale, financiële en juridische problemen, maar zo benoemen de vrouwen het uiteraard niet. 'De vrouwen bellen op een moment van grote radeloosheid. Ze kunnen vaak geen kant meer op en vertellen dat de tranen niet meer drogen, hebben veel lichamelijke klachten en zijn depressief.'

Sommige vrouwen willen alleen hun verhaal kwijt, anderen zoeken dringend hulp. De vrouwentelefoon biedt intensieve hulp en steun bij het ontrafelen van de problemen en zoekt samen met de cliënt naar de beste vorm van hulp. Overigens neemt het aantal mannen dat de Allochtone Vrouwentelefoon opbelt, toe.

'De mensen zijn bang dat ze hun religie kwijtraken, dat de kinderen het geloof niet volgen en de cultuur

loslaten. Dat speelt een belangrijkere rol dan de zorg voor en toekomst van het kind,' zo stelt huisarts *Bharos*. 'De kinderen die hier zijn geboren, komen in een ernstig conflict. Ze willen integreren, maar voeren een enorme tweestrijd tussen de school, de straat en thuis. Dat leidt tot ernstige problemen, niet alleen tot zelfmoordpogingen, maar veel kinderen lopen van huis weg, gaan spijbelen en doen dingen waarvan de ouders niet op de hoogte zijn.'

Volgens huisarts *Bharos* spelen zich ernstige generatieconflicten af. "De mannen zitten thuis, hebben zwaar werk gedaan en zijn nu arbeidsongeschikt. De kinderen voeren een enorme tweestrijd en de vrouwen kunnen er geen kant mee op. Voor hen is het soms het beste om eens in de zoveel tijd even 'naar huis' te kunnen gaan, weg van de thuiszittende man en de kinderen. Dat helpt omdat ze in het thuisland in een vertrouwde omgeving met de familie over dingen kunnen praten, die ze hier niet met buurvrouw mogen bespreken. Ze ontvluchten de dagelijkse zorgen en dat is soms echt hard nodig."

>>

De kinderen en jongeren: Leven in twee werelden

De problematiek van migrantenkinderen, vooral van meisjes, die zich aandient bij het circuit Jeugd van Parnassia, kenmerkt zich door een groeiende complexiteit. Of het nu komt door de materiële problematiek waar ouders door worden opgeslokt, door de spanningen rondom uithuwelijking of door het ontbreken van voldoende allochtone hulpverleners: er zijn tal van oorzaken aan te wijzen en daar hebben de kinderen sterk onder te lijden.

Volgens *Wienese* kan worden gesproken van grote eenzaamheid en identiteitsproblemen onder de tienermeisjes en jonge vrouwen. 'De meiden komen met lichamelijke klachten, eetproblemen en hebben last van depressiviteit. Ze weten niet wat ze moeten. Ze hebben problemen op school, spanningen thuis, krijgen van ouders alleen maar negatieve uitspraken over zichzelf te horen. De meiden trekken zich dat erg aan. De scheiding tussen thuis en de buitenwereld is groot. De meisjes mogen geen Nederlandse vriendinnen of vrienden hebben, hen niet mee naar huis nemen en ze mogen er niet naar toe gaan. Ze verzinnen van alles om dat toch te kunnen doen. Ze vertrouwen bijna niemand, willen graag een boezemvriendin maar durven het niet want 'ook je beste vriendin kan je verraden.'

Wienese zegt dat 70% van de meisjes worstelt met identiteitsproblemen. De kloof tussen ouders en meiden wordt steeds groter. De meiden ontwikkelen zich, gaan studeren en ouders blijven vastzitten. Bij degenen waar het beter gaat zijn de ouders meestal behoorlijk geïntegreerd, hebben werk en contacten met Nederlanders.

De kinderen die worden verwezen naar de GGZ komen met forse gedragsproblemen. Dit uit zich in slaap- en leerproblemen, concentratieproblemen en ADHD-problematiek (aandachtstekortstoornis met hyperactiviteitsproblematiek, red.). 'Ze kampen met enorme sociaal-emotionele en gedragsproblemen, die niet corrigeerbaar lijken en thuis en op school tot spanningen leiden', aldus *Hallatu*. Volgens haar ligt de oorzaak vooral in het feit dat de kinderen thuis geen persoonlijke aandacht en rust krijgen. 'De ouders hebben teveel zorgen aan hun hoofd. Werkloosheid, slechte en kleine behuizing en de materiële

problemen slokken hen zodanig op dat ze geen tijd en oog hebben voor de sociaal-emotionele problemen van hun kind.'

Maddoe signaleert dat de jongeren een heel ander cultuurbewustzijn hebben dan vader en moeder. Ze volgen een opleiding, op school is alles bespreekbaar en ze merken dat het vaak niet strookt met de thuissituatie. Op school passen ze zich aan en thuis rest geen andere keus dan het keurslijf van de religie en cultuur. 'Dat maakt de positie heel moeilijk. Sommige jongeren lopen weg of er ontstaan botsingen in het gezin. Het begrip dat de jongeren vragen kan soms thuis niet worden gegeven. Ze vinden dat begrip evenmin bij de imam of de moskee. De jongere heeft dan geen andere keuze dan hulp te zoeken bij de reguliere hulpverlening, die meestal niet op de hoogte is van thuis, en het interpreteert vanuit de methodieken die hier gelden en van daaruit adviseert. Wanneer ze een weggelopen jongere naar een opvanghuis toeleiden, worden de ouders er in bevestigd: 'Zie je wel, ze halen de kinderen bij ons vandaan'.

Eenzelfde ontwikkeling ziet *Jafary* 'De jongeren zijn thuis anders dan buiten. Het is niet een kwestie van tussen twee culturen leven, de kinderen ontwikkelen in feite twee persoonlijkheden. De kinderen kunnen thuis niet vertellen waar ze mee zitten. Soms kunnen ze het wel bij de moeder kwijt, maar die is net zo bang voor de reactie van de vader. Dus blijven de problemen onuitgesproken. Als de kinderen



geen sterke persoonlijkheid ontwikkelen en geen uitweg zien, kiezen ze voor weglopen of suïcide. Dat is een groot probleem voor de ouders, want het geloof verbiedt dit. Suïcide valt in dezelfde categorie als het plegen van een moord.'

Hoewel de basisschool Het Spectrum behoort tot de categorie met de hoogste achterstandsfactoren in Nederland, betekent dat volgens *Van der Zalm* niet dat de school en de wijk andere problemen kennen dan decennia geleden. De problematiek mag zeker niet worden toegedicht aan het feit dat er veel allochtonen wonen. 'Vroeger hadden we hier alleen Nederlandse kinderen op school, en toen speelden eveneens de werkloosheid, het lage opleidings- én inkomensniveau en het wonen in tochtige sociale huurwoningen. Alleen wonen er nu andere culturen en ze hebben de extra handicap dat ze niet zo goed de Nederlandse samenleving kennen en moeilijk integreren.'

Hij is hoopvol gestemd over de herstructurering in de wijk, waarbij de gemeente streeft naar een andere woonomgevingsopbouw. De koopwoningen naast de school zijn inmiddels verkocht en er komen beter opgeleide, werkende (migranten)ouders wonen. Van der Zalm hoopt dat hierdoor het Spectrum wat betreft het opleidings- en ontwikkelingsniveau van de kinderen een meer gemengde school wordt. Kinderen kunnen dan leren van elkaar, ze trekken zich aan elkaar op.

Van de 420 kinderen zijn er ongeveer dertig waar een probleem speelt en waar hulp bij nodig is. 'Ik moet eerlijk zeggen dat het merendeel van de kinderen geen problemen heeft. Ik heb een positief beeld van de opvoeding. Moeder is na schooltijd thuis, kinderen gaan op tijd naar bed. Het gaat goed met de kinderen. Ik vind de cola-patatcultuur in de Nederlandse gezinnen veel zorgelijker. In veel migrantengezinnen wordt over het algemeen nog gezond en vers gekookt.' De ouderinteresse in wat de kinderen doen is groot. Het team van Spectrum geeft veel oudervolichting en heeft hoge verwachtingen van de kinderen en probeert hen boven hun niveau uit te tillen.

Uithuwelijken

Wienese en Hallatu merken dat voor de meisjes (de dreiging van) uithuwelijking een groot probleem vormt. Het maakt hen enorm onzeker, ze weten niet of het gaat gebeuren en er kan thuis niet over wor-

den gepraat. Een voorbeeld vormt het twintigjarige meisje dat zich meldde met slaapproblemen, piekergedrag en depressieve klachten. 'In de gesprekken bleek dat ze getrouwd is met een man die ze nog nooit had gezien, maar die wel een fors bedrag aan de ouders had betaald. Hij belemmerde haar toekomst. Ze kreeg geen studiebeurs omdat de handtekening van haar man op het formulier moest worden gezet. Ze is zo teleurgesteld dat ze het niet meer ziet zitten. De ouders vergeten gewoon de toekomst van het meisje.'

Ook jeugdrechercheur *Meliesie* merkt op dat de angst voor uithuwelijking groot is. 'Vaak zien we meisjes van veertien of vijftien jaar, die aandacht vragen. Ze zijn bang dat ze de komende vakantie in Turkije of Marokko worden uitgetrouwd en durven daarmee niet zomaar een politiebureau binnen te stappen. De meisjes plegen winkeldiefstal om aandacht te trekken van de politie of veiligheidsdienst. Ze doen het niet voor de oogschaduw, maar om bij ons hun verhaal te vertellen dat het thuis niet goed gaat en dat ze bang zijn om te worden uitgetrouwd.'

Op zichzelf kan de politie daar weinig aan doen. De ervaring leert dat de vader het zal ontkennen. 'Maar we hebben voorbeelden genoeg van meisjes die tegen hun wil moesten trouwen en tegen de tijd dat de vakantie aanbrak, van huis wegliepen. Het enige wat we kunnen doen is het kind adviseren goed op te letten en hen informatie te geven over de hulpverlening.'

De ouders die op het spreekuur komen met de zorgen over de kinderen die bijvoorbeeld weglopen of zwanger zijn, of hun kind willen uithuwelijken, krijgen van huisarts *Bharos* geen medelijden. 'Ik zeg tegen de ouders, waar de kinderen bij zijn: ze moeten gaan studeren, niet gaan trouwen. Ik waarschuw ze ervoor dat de kinderen later niet goed op de arbeidsmarkt terechtkomen als ze niet gaan studeren. Daar zijn de ouders meestal wel gevoelig voor.' Ook de jongeren komen bij huisarts *Bharos*. 'Het is belangrijk dat ze me vertrouwen en durven vertellen wat er aan de hand is. Ik adviseer ze ook in de houding tegenover de ouders en hoe ze moeten proberen in twee werelden te leven. Als ze in de problemen zitten maak ik ze wegwijs, vertel waar ze naar toe kunnen gaan, zoals het maatschappelijk werk, de opvang, de Rutgerstichting. Als het nodig is dat ik direct hulp moet verlenen doe ik dat. Ze vertrouwen

me, ik schrijf meestal niets op. Het zijn dingen die ik meeneem naar mijn graf.'

Boer heeft de indruk dat veel migrantenjongeren 'het zelf moeten uitzoeken'. Ze wisselen thuis weinig uit en vertellen niet hoe het op school was of waar ze mee zitten. 'De jongeren zijn niet gewend om over zichzelf te praten, ze hebben zelden een luisterend oor gekend. Over de vraag wat ze leuk vinden of zouden willen doen moeten ze heel lang denken, want die vraag is nooit gesteld.' Vooral vrijetijdsbesteding vormt voor de meesten een groot probleem. Daarnaast is de groepsdruk soms een lastig obstakel om hulp te kunnen bieden. "Op de een of andere manier heeft de groep waar ze deel van uitmaken en die hen tot (kleine) criminaliteit bracht, een enorme aantrekkingskracht. Ze horen ergens bij en ze voelen zich aan de groep verplicht er bij te blijven. We werken er, samen met school en thuis, hard aan om ze te leren 'nee' te zeggen, want anders blijft de gedruk ten opzichte van onze doelen te groot."

Weglopen en prostitutie

Volgens *Meliesie* vormt de prostitutie een groot gevaar voor de weggelopen meisjes. 'In de buurt van de crisisopvang lopen vaak mannen rond om de meisjes tot prostitutie te verleiden. Ze weten dat de meisjes in de problemen zijn. Ze wachten hen op, weten dat ze in verwarring zijn en dat ze met een vriendelijk gezicht en met geld snel bereid zijn met hen mee te gaan. Samen met de crisisopvang proberen we dat zoveel mogelijk te voorkomen. We houden extra patrouilles, maar als ze er eenmaal in belanden, krijg je ze er bijna niet meer uit. Niet zelden gebeurt het dat je een meisje opspoort, thuis of naar de hulpverlening brengt, en dat ze binnen een paar dagen weer verdwenen is.'

Volgens *Meliesie* leiden ook veel jongens een zwerfend bestaan. 'De jongens lopen weg. Op school zien en horen ze andere dingen en daarover krijgen

ze ruzie met vader. Als ze dan vanwege een misdrijf met de politie in aanraking komen en vader komt er achter, wordt de vader heel boos en dat accepteren ze niet. De vader zit er vreselijk mee dat hij eigenlijk geen rol en gezag meer heeft. Hij laat zich adviseren door de eigen bevolkingsgroep en die zegt: streng zijn en slaan. Dat leidt er nogal eens toe dat de zoon gaat zwerven, ik zie ze 's winters in de kelderboxen liggen.'

Als het gaat om een schatting van het aantal jongeren dat de spanning niet kan verdragen en wegloopt, vermoedt *Maddoe* dat ongeveer een kwart van de jongeren daarvoor kiest. "Ze zien hier hun toekomst en willen aansluiten op de westerse opvattingen. De anderen kiezen voor een 'dubbeleven' en doen dit om hun ouders te behagen en om een plaats in het hiernamaals te verkrijgen. Ze hebben het heel moeilijk, maar houden eraan vast."

Het is volgens *Vreeburg en Zembib* gissen hoe groot de groep is die problemen heeft. Ze vinden het dan ook niet verstandig aan bepaalde signalen conclusies te verbinden. "Het is te riskant om bijvoorbeeld het gedrag van Marokkaanse jongeren als maatgevend te nemen en deze vorm van aandacht-vragen te vertalen naar beleid en programma's. Een aantal jaren geleden waren het de Surinamers, daarvoor de Antillianen en over enkele jaren zal de aandacht weer verschuiven waarschijnlijk naar de vluchtelingen. We moeten ervoor waken dat een groep die aandacht krijgt niet als 'de gehele groep' wordt gezien. Dat neemt niet weg dat er wel op de signalen moet worden gereageerd. Wat voor middelen ze ook kiezen om de muur om te laten vallen: ze zijn wel bezig om die muur weg te schoppen en uitzicht te krijgen. De één door een ruit in te gooien, anderen door groepjes te vormen en weer een ander door zich op te hangen. Het is geen goed middel, maar het zijn wel signalen en daar moeten we iets mee doen."

>>

Voorlopig wordt het erger

Uit de interviews blijkt dat de problematiek voorlopig zal toenemen. Naar verwachting zal de derde generatie zich pas kunnen ontworstelen en, met behoud van identiteit, een plaats vinden in de Nederlandse samenleving. Daarnaast zijn er nog te veel verborgen problemen, waar een enorm taboe op rust.

Bharos verwacht dat de problematiek zich de komende twee generaties zal blijven manifesteren. Het regelen van het huwelijk van de kinderen zal voorlopig een tere kwestie blijven. 'We moeten de ouders voorlichting geven en zorgen voor hulpverleners uit de eigen groeperingen, mensen die progressief denken en stapsgewijs aan het werk gaan. Maar we kunnen niet van vandaag op morgen bereiken dat iemand zich anders opstelt. Dat vraagt inburgeren, participeren, meedenken en bewust worden. De gemeente moet daar geld voor vrij maken, wat overigens ook een besparing op de criminaliteitsbestrijding zal opleveren.'

Bharos is er dus geen voorstander van dat de migranten terugvallen op de oude normen en waarden. Dat ze zich aanpassen aan de liberale opvattingen in Nederland biedt zijns inziens evenmin een oplossing. 'Nederland is te liberaal, alles mag, de wetten zijn te ruim en de straffen te zacht. Ik heb drugdealers in mijn praktijk en die vertellen het gewoon: zo verdien ik goed geld en hoef maar kort te zitten. Ze nemen het recht in eigen hand, een reactie op een verkeerde actie van de overheid.'

Voorlopig zal de situatie volgens *Van der Zalm* verergeren. 'De eerste generatie zal nooit gelukkig worden. Hun gedachten zijn daar waar ze geboren zijn, bij hun familie en vrienden. Daarom wonen ze het liefst bij elkaar en zoeken versterking van de eigen cultuur en identiteit. Dit proces heeft tot gevolg dat nu ook de tweede generatie hetzelfde gedrag vertoont. De tweede generatie en met name de opgroeiende jeugd komt nu in de problemen en dat blijft voorlopig zo. Ze kaatsen heen en weer tussen thuis en de nieuwe omgeving. Ze willen hun ouders niet kwijt, maar willen ook meegaan in de wereld waarin ze verkeren.

De derde generatie krijgt het pas makkelijker, die gaat op in die nieuwe samenleving. Ze spreken de



taal, trouwen met autochtonen. Daarvoor moeten we hen de tijd geven en niet met elkaar blijven zeggen dat ze niet snel genoeg integreren. We moeten rekening houden met de andere cultuur en identiteit. We moeten niet zeuren over de hoofddoeken en als de kinderen meegaan op een schoolkamp, maak dan ook iets anders dan kroketten met varkensvlees. Er zal altijd iets van de identiteit bewaard blijven, dat is goed en kan ook niet anders. Je moet het respecteren, dat hebben we ook gedaan met de mensen uit Indonesië, ze hebben hun eigen activiteiten zoals de Pasar Malam.'

De concentratie van allochtonen in bepaalde wijken zal volgens *Van der Zalm* niet veranderen. 'De segregatie is nu eenmaal het gevolg van het vrije woonruimteverdeelsysteem. Culturen gaan bij elkaar wonen, ze hebben eigen winkels, een eigen bank, de eigen krant en eigen politici. Dat gebeurt gewoon. Maar het is niet goed dat ze een schotel op het dak zetten en de Nederlandse media niet meer volgen. Dan keren ze zich met de rug naar de Nederlandse samenleving. Ik merk in gesprekken met ouders dat ze zich niet bewust zijn van wat er in de rest van Nederland gebeurt. Ze weten wel de voetbaluitslagen in Turkije, maar wat er twee straten verderop gebeurt weten ze niet. Dat is een zorgelijke ontwikkeling.' Die ontwikkeling zal volgens *Van der Zalm* echter tijdelijk zijn. 'Nederland heeft te lang gedacht en gewild dat de mensen hun identiteit

zouden prijsgeven. We vinden dat ze peen en uien moeten eten. Dat is een verkeerde aanpak, want mensen komen in emotioneel opzicht in de problemen als ze hun eigen cultuur moeten prijsgeven. Aangetoond is dat een sterke zelfidentiteit de beste opstap is voor integratie. Alleen als je trots kunt zijn op jezelf en op je achtergrond kun je de stap maken naar de andere samenleving. Die ommezwaai moeten we maken.'

Over hun toekomst zijn de vrouwen volgens *Jafary* eigenlijk wat cynisch. 'In het eigen land ligt de levensverwachting veel lager. Vanaf hun vijftigste jaar voelen ze zich echt oud en denken ze dat ze niet lang meer leven. Ze leven bij de dag, kijken niet vooruit, behalve als ze nog een pelgrimstocht naar Mekka willen maken. Voor de rest zijn de kinderen en kleinkinderen het gesprek van de dag. De vrouwen vinden troost in hun geloof. Dankzij de Arabische taalles in het dagprogramma leren de vrouwen de Koran te lezen, daar zijn ze intensief mee bezig. Ze willen zich samen kunnen redden, ze hebben hun eigen leventje opgebouwd.'

Verborgene problemen

Lang niet alle problematiek komt bij de hulpverlening naar voren.

'Incestproblematiek komt helaas meer voor dan men denkt. Ik vrees dat de omvang ervan zeer zorgelijk is. Die problemen houdt men binnenshuis en als het al naar buiten komt, gebeurt dat bij escalaties of omdat het slachtoffer wegloupt. We moeten deze problematiek bespreekbaar maken en gelukkig gebeurt dat steeds meer tijdens studiedagen en bijvoorbeeld via een talkshow van een hindostaanse radiozender in Den Haag', aldus *Kasi*.

Daarnaast signaleert hij een 'bepaalde mate van

moreel verval' onder migranten. 'Het is een gewaagde uitspraak, maar soms denk ik dat de mensen hun maatschappelijke en financiële positie boven het welzijn van het gezin plaatsen. Men richt zich teveel op materieel gewin om een identiteit te verwerven binnen de Nederlandse samenleving, dat zie ik ook bij andere allochtonen.'

Over de signalen dat er nogal wat hindostaanse mensen met schizofrenie zouden zijn, merkt *Kasi* op dat er zijns inziens kan worden gesproken van overdiagnostiek. Samen met collega psychiaters probeert hij daar tegen op te treden, want 'het is volstrekt onverantwoord als iemand onterecht deze diagnose krijgt; hij of zij is voor de rest van het leven gestigmatiseerd.'

Zorgelijk is eveneens de gesignaleerde suïcideproblematiek onder jonge vrouwen. Hoewel *Kasi* tot op heden weinig vrouwen op zijn spreekuur heeft gehad die een suïcidepoging hebben gedaan, kan hij zich de eenzaamheid en wanhoop voorstellen. 'Ik denk dat het met name gaat om de vrouwen die klem zitten, in die zin dat ze geheel alleen staan in hun problemen of geheimen, en de stap naar de GGZ niet durven of kunnen nemen. Daarbij speelt ook de verdraagzaamheid en opofferingsgezindheid, meegekregen vanuit hun socialisatie, een rol.'

Ook de heer *Bharos* signaleert nog veel verborgen problemen. 'De mensen zoeken een uitvlucht in alcohol, drugs en zelfmoordpogingen. Dat is nu naar voren gekomen bij de meisjes, maar ik ken ook moeders die zich op een vreselijke manier beschadigen. Ze nemen dan sterke azijn of plantengif in en zijn levenslang getekend door een slokdarmperforatie. *Bharos* maakt zich grote zorgen over het alcoholgebruik onder hindostanen, en hoewel hij geen cijfermateriaal heeft, vreest hij een enorme incestproblematiek bij alle groepen allochtonen.

>>

Religie en geestelijk leiders

Vooral de geïnterviewde 'Nederlandse' hulpverleners zijn er warm voorstander van de samenwerking te versterken met geestelijk leiders als imams, pandits en islamitische genezers. De geïnterviewden die van allochtone afkomst zijn, steunen dit streven maar waarschuwen voor al te hoge verwachtingen.

De imams, die een bemiddelende rol tussen thuis en de Nederlandse hulpverlening zouden kunnen vervullen, zijn daar volgens Maddoe niet voldoende toe in staat. 'Ze komen uit het land van herkomst, zijn prima op de preekstoel, maar kennen het Nederlandse maatschappelijk veld niet en spreken de taal niet. De jongeren hebben soms geen boodschap aan citaten uit de Koran, want daar kunnen ze niets mee als op school wordt gesproken over allerlei onderwerpen zoals homofilie of gemengd huwelijk.'

Maddoe is dan ook blij dat er in Nederland imamopleidingen worden gerealiseerd. 'Ze zullen dan op zijn minst de Nederlandse taal beheersen, zodat bij vragen en problemen een goede vertaling kan worden gemaakt tussen thuis en samenleving.'

Een nieuwe ontwikkeling is volgens Maddoe de 'moderne islam'. 'Ik zie de beweging ontstaan waarin jongeren zoeken naar mogelijkheden om met hun geloof in deze niet-islamitische samenleving verder te kunnen. Ook een aantal ouderen sluit zich hierbij aan. Deze veelal goed opgeleide jongeren hebben een goede kijk op de samenleving en willen 'beide kanten dienen'. Ze willen met behoud van de eigen identiteit de anderen accepteren en tot een verdraagzame samenleving komen. Het zal nog even duren, want de eerste generatie oefent druk uit, maar het mooiste is de openheid naar elkaar toe om die ontwikkeling tot stand te brengen.'

De religie lijkt volgens Bharos de enige toevlucht voor de eerste generatie. 'Dat is geen goede ontwikkeling. Er komen steeds meer gebedshuizen. De ouders zijn meer bezig met religie en cultuur dan dat ze zich bezighouden met de toekomst van hun kinderen. Dat is een kwalijke zaak. Als je ervoor kiest in Nederland te blijven mag je je identiteit en cultuur beleven, maar je moet je ook aanpassen. Je hebt niet alleen rechten, je hebt ook verplichtingen. Dat betekent geen aparte vakanties. Dat betekent partici-

peren in de ontwikkeling van je kinderen'.

Bharos ziet er geen heil in om voor de problematiek de geestelijken in te schakelen. 'Imams en pandits bekijken de problemen puur vanuit de eigen religie en houden geen rekening met deze samenleving. Ze zouden hier moeten worden opgeleid. De imam is bezig om vooral de jeugd te leren wat er in de boeken staat en hoe ze zich moeten gedragen. Ik geloof er niet in dat ze de oplossing kunnen bieden. Je religie kun je behouden en belijden, maar in deze tijd en in deze samenleving. De regels uit het thuisland kun je hier niet zomaar toepassen.'

Wienese en Hallatu pleiten voor veel meer samenwerking met pandits, imams en islamitische genezers, want 'Magie of paranormaliteit wordt door de westerse hulpverleners snel als flauwekul van de hand gewezen, maar het speelt bij deze mensen een heel grote rol.'

Samenwerking tussen hulpverleners en geestelijken

De heer Kasi heeft de indruk dat mensen niet meer blindelings aannemen wat de imam of de pandit zegt. 'Het besef groeit dat er een psychiatrische ziekte kan zijn waar deskundige hulp voor bestaat. Ik probeer uit te leggen dat een imam of pandit een belangrijke rol heeft, maar als er psychiatrische problematiek speelt, wel naast een psychiater.' Kasi zou graag zien dat er een overleg komt tussen psychiateren en geestelijken. Dat gebeurt nu nog te zeer ad hoc. Wat de traditionele genezers betreft heeft Kasi zijn twijfels. 'Ze zijn nauwelijks te bereiken en willen vaak niets met de GGZ te maken hebben. Maar er spelen zich ook 'duistere praktijken' af waar mensen heel veel geld voor betalen. Er zou eigenlijk een overkoepelend, controlerend orgaan moeten zijn om hier zicht op te krijgen.'

Naar de mening van Bharos is de overheid te vroeg gestopt met de begeleiding van migranten. 'De kinderen spelen de baas thuis en iedereen is daar diep ongelukkig om. Deze ontwikkeling had de overheid moeten zien aankomen want het speelt al jaren in Frankrijk.

Nu zien we de concentratiewijken waar de allochtonen wonen, nu zien we de wens voor eigen basis-



scholen. Dat is heel slecht voor de gemeenschap. Het is niet goed als de kinderen alleen met elkaar omgaan, niet weten hoe Nederlandse grapjes werken. Dan ontmoet het kind na de basisschool voor het eerst autochtonen en dan heeft het kind qua ontwikkeling, interactie en taal een veel te grote achterstand. Wanneer je niet aan de basis integreert, houden we deze problemen. Van maandag tot en met vrijdag moet je je richten op de toekomst, de zondag is er om de religie te leren.'

Het realiseren van islamitische scholen is voor *Van der Zalm* niet anders dan de Nederlandse, verzuilde situatie. 'Het is een recht. Als er protestants christe-

lijke scholen zijn, dan is er ook het recht op een islamitische school als de ouders dat wensen. Uiteraard conform de geldende normen en eindtermen van het Nederlands basisonderwijs. Maar het liefst zou ik de hele verzuiling afschaffen. Ik ben er geen voorstander van onder de noemer van religie of geloofsrichting zoveel onderwijsgeld te verspillen aan drie scholen in één straat. Het verschil is echter dat de leerlingen van katholieke scholen uit alle lagen van de bevolking komen, terwijl bij een islamitische school een bepaalde etnische groep zich afscheidt. Dat is niet goed voor het onderwijs en niet goed voor de integratie.'

>>

Kanttekeningen bij de westerse hulpverlening: De onbegrepen GGZ

Veel migranten kennen het begrip RIAGG. De wijze van hulpverlening wordt door hen vaak niet begrepen, want 'Waarom zoveel praten en vertellen hoe het vroeger was?'

Jafary constateert dat de meeste vrouwen de RIAGG wel kennen, maar na het eerste gesprek niet meer teruggaan. 'Ze kennen het proces niet, snappen niet waarom het zo lang duurt en waarom er alleen maar wordt gepraat. Bovendien durven ze niet alles te vertellen. Een tolk vertrouwen ze niet en dat geldt ook voor hulpverleners uit de eigen cultuur. Ze geloven in een pilletje, dat doen ze onbewust, maar het werkt. Geef ze een pilletje maatschappij! Als de RIAGG elke week of maand een recept voorschrijft en een praatje doet, zou het meer uithalen dan gewoon praten. Ze begrijpen niet wat de RIAGG doet. Een van de vrouwen maakte zich ernstige zorgen over haar zoon die in behandeling is bij de RIAGG, wat volgens haar niets helpt. Ze begreep er niets van als hij tegen de televisie stond te praten. Ik heb in overleg met haar de arts gebeld en toen bleek dat de zoon schizofreen was. Nu begrijpt moeder het en let erop dat hij zijn medicijnen inneemt.'

De GGZ is volgens *Bharos* een goede oplossing als iemand goed ontwikkeld is en de taal machtig is. 'Maar een man van veertig of vijftig jaar die de taal niet spreekt, vindt niets bij de RIAGG. Een groot deel gaat één keer en nooit meer, want ze herkennen het niet. Wat moet de man of vrouw ermee als iemand vraagt hoe het vroeger was?'

Volgens *Coskun* doen mensen bij klachten als slapeloosheid of nachtmerries eerder een beroep op traditionele genezers. Ze hopen daar een oplossing te vinden. Als dat niet helpt, komen ze terecht bij de Nederlandse hulpverlening. Als de mensen al komen, vraagt het veel tijd om het vertrouwen te winnen. Door de opeenstapeling van problemen, de depressies, de blikvernauwing hebben velen weinig vertrouwen meer in de samenleving en zien geen heil in praten. 'Het vraagt veel geduld om al werkend het vertrouwen te winnen en met de mensen te zoeken naar mogelijkheden weer greep op hun leven

te krijgen. 'Mensen met alcohol- en drugsverslaving, wat een groot probleem vormt, moet het AMW verwijzen naar de verslavingszorg. Het is volgens *Coskun* de vraag of deze migranten dat proces van afkicken nog op kunnen brengen. 'Soms willen ze dat volgens mij ook niet omdat het leven te moeilijk is.' Voor de eerste generatie kan de hulpverlening volgens *Coskun* hooguit wat ondersteuning bieden. De mensen zijn verhard in hun opvattingen. Ze hebben een manier van leven gevonden waar niet veel meer in zal veranderen.

Het eindstation

De huidige GGZ is volgens *Wienese en Hallatu* veel te zakelijk. "Wij bepalen wat we bieden, de gesprekken zijn bindend en belerend. De mensen hoeven toch niet alles klakkeloos aan te nemen. We moeten er soepel mee om gaan, de mensen zelf laten meedenken en het feit benutten dat ze het graag 'gezellig met elkaar willen hebben'."

Hoewel de hulpverlening bij de kinderen en de jongeren goede slagingskansen heeft, komen die lang niet allemaal voor hulp bij de GGZ. Soms blijven ze na een aantal gesprekken weg. De hulpverlening lijkt dan ook een druppel op een gloeiende plaat en de hulpverleners moeten er veel geloof in hebben en er veel energie in steken om iets te bereiken. 'Je moet de drijfveer hebben dat het kan veranderen, er heel veel energie insteken en steeds naar nieuwe mogelijkheden zoeken. Nu verleen je hulp op het moment dat het probleem zich aandient. Er zou veel eerder aan moeten worden gewerkt. We zijn nu het eindstation. De mensen hebben vaak al veel artsen, hulpverleners, imams of islamitische genezers gezien en verwachten uiteindelijk alles van de GGZ. Soms weet je niet waar je moet beginnen. Ja, je kunt twee weken opname regelen voor het meisje dat uitgehuwelijkt was om tot rust te komen, maar toch trouwen ze en het patroon gaat door.'

Maddoe constateert dat er een grote onbekendheid is met de culturele en religieuze achtergronden van allochtonen. Het voorbeeld van de Nederlandse hulpverleenster die het verzoek om bij een huisbe-

zoek haar schoenen uit te trekken niet begreep, staat niet op zichzelf. 'Maar als je weet dat de mensen een gebedsruimte in huis hebben en dat dan de schoenen uit moeten, dan zou ze het misschien hebben gedaan.'

Daarnaast is het een gegeven dat migranten enorm hoge verwachtingen hebben van de hulpverlening. Men heeft de indruk dat in dit welvaartsland alles opgelost moet kunnen worden. Ook om aan het thuisland te kunnen vertellen dat het allemaal goed gaat. Daarom willen ze het met iemand bespreken die zegt 'Ik regel het wel voor je'.

Meliesie ziet dat de hulpverlening niet altijd aansluit. 'Voor de jongenen uit de Schilderswijk is de Jeugdzorg in Voorburg veel te ver weg, dat is ongeveer het buitenland. Het AMW is er voor mensen boven de achttien jaar. Gelukkig is er sinds kort een Marokkaanse jongerenwerker in een clubhuis. Daar heb ik veel contact mee en hij vangt veel jongeren op. Dat geldt ook voor jongens met een proces-verbaal die ik aanmeld bij De Kans in de Schilderswijk.'

Sommige jongens waar *Meliesie* mee te maken heeft, worden onder toezicht gesteld van een voogd. 'Maar de voogd ziet de jongen vrijwel nooit, want die zwerft en is niet te traceren. Als er vervolgens wordt geadviseerd om de jongen in een gesloten inrichting hulp te bieden, zodat hij niet kan weglopen, dan komt hij op een wachtlijst van zes of negen maanden. Intussen gaat het echt mis. Het zijn er geen honderden, maar zeker vele tientallen waar ik dat bij zie.'

Over de hulpverlening van de RIAGG kan hij weinig vertellen. "We verwijzen of brengen de jongeren er

heen en dan hoor je vervolgens niets meer. Het zal ethiek zijn wat ze wel en niet mogen zeggen, maar we krijgen heel weinig informatie. Bovendien is de hulpverlening open van 'negen tot vijf'. Als we 's avonds om zeven uur een jongen of meisje in de problemen tegenkomen, moeten we het kind eerst een nacht in sociale bewaring stellen tot de kantoren weer open gaan. 's Morgens om negen uur kun je daar dan naar toe. We moeten wel voor deze oplossing kiezen, want als je het kind naar huis brengt is het binnen vijf minuten weer vertrokken zonder dat een hulpverlener de kans heeft gehad om met hem of haar te spreken."

Wat betreft de 'westerse hulpverlening' is *Van der Zalm* van mening dat de gezondheidszorg nog een lange weg te gaan heeft. 'Ik wil niet zeggen dat we alles moeten aanpassen, maar er moet meer kennis en achtergrondinformatie worden overgedragen aan huisartsen, verpleegkundigen, alle mensen in de eerste en tweede lijn. Dat geldt ook voor de opleidingen en voor het voortgezet onderwijs. Als je iets meer weet van bijvoorbeeld de bijgelovigheid of over uithuwelijken, dan kun je erover praten, dan kun je tijdig problemen signaleren en zo nodig hulp zoeken.'

'Het gaat om een doelgroep die niet gewend is gebruik te maken van professionele hulpverlening. Men heeft van jongs af aan geleerd binnen de eigen groep oplossingen te zoeken.' Daar moet volgens *Vreeburg en Zembib* een inhaalslag worden gemaakt en dat kost tijd. 'We moeten niet zo ongeduldig zijn. Vaak verwachten de instellingen en de overheid binnen twee jaar resultaat van een preventieprogramma, maar het duurt soms wel vijf of tien jaar.'

>>

Deskundigen adviseren: Interculturalisatie en uitbreiding

Alle deskundigen zijn ervan overtuigd dat de hulpverlening aan allochtonen meer kans van slagen heeft als de kennis en de acceptatie van andere culturen toeneemt en er meer hulpverleners van allochtone afkomst komen. Daarnaast zal de hulpverlening zelf meer moeten uitleggen hoe ze werkt. Voorlichting, afgestemd op de andere culturen, is onontbeerlijk.

Volgens *Wienese en Hallatu* zal er veel meer aan psycho-educatie moeten worden gedaan, vooral via de eigen media van de allochtonen. 'We moeten de mensen er zelf bij betrekken en opvoedingscursussen en -programma's via de eigen televisie geven. We moeten de ouders helpen bij het ontwikkelen van communicatievaardigheden, hen adviseren over hoe je vragen stelt aan het kind, hoe je kunt signaleren dat er iets aan de hand is. Ook interculturele vaardigheidstrainingen voor kinderen en adolescenten zijn belangrijke ingrediënten, waarbij ook de school een belangrijke rol kan spelen. 'Als ze meer op de hoogte zijn van de culturen en hun achtergronden, kunnen ze de ouders beter begrijpen en benaderen. En daar zijn ook mensen uit de eigen cultuur bij nodig. Voor de meiden werken we in de begeleiding hard aan het zoeken naar communicatiemogelijkheden met de ouders. Niet vanuit de westerse assertiviteit, maar vanuit de eigen normen en waarden.' Beiden zijn ervan overtuigd dat er meer migranten-hulpverleners moeten komen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Daarbij zouden de opleidingseisen minder hoog moeten worden gesteld. 'Er zijn bijvoorbeeld heel goede migrantenstagiaires die een MBO of HBO volgen, maar ze worden niet aangenomen. Ze zijn heel enthousiast en dat gebruik je dus niet. Kennis van taal en cultuur is eigenlijk veel meer waard dan opleidingen; dat zou een reden moeten zijn om de eisen iets lager te stellen.'

Boer pleit voor intensieve, persoonlijke voorlichting. 'Als je de ouders wilt bereiken moet je hen persoonlijk opzoeken, uitleggen dat dit niet gebeurt om te zeggen dat ze het fout doen, maar dat je het doet om hen te helpen bij het zoeken naar mogelijkheden. Deze voorlichting zal in eerste instantie moeten

worden gegeven door migranten(werkers), want die band is er al. Maar ook als jongerenwerker moet je keihard je best doen om te laten zien wat de mogelijkheden zijn en om goed te luisteren naar de mensen.'

Op de vraag of er voldoende allochtone psychiaters zijn, telt *Kasi* op de vingers van twee handen dat er enkele hindostaanse, twee Turkse en één Marokkaanse psychiater in Nederland zijn. Er zijn wel meer Surinaamse en Antilliaanse psychiaters. Het blijft te weinig. 'Maar', zo voegt *Kasi* eraan toe: 'We moeten er niet naar streven dat alle allochtone patiënten door allochtone hulpverleners worden gezien. Dat is ook niet wenselijk.'

Zowel in kwantitatief als kwalitatief opzicht zullen de psychiatrische voorzieningen transcultureel moeten worden. Dat is volgens *Kasi* een hardnekkige zaak. 'Het heeft kennelijk meer tijd nodig om die omslag te maken en soms is het de vraag of instellingen er genoeg moeite voor doen. Als een hindostaanse patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen, gaat men er vanuit dat er geen speciale hulp nodig is. Maar alleen de taal te spreken betekent niet dat de patiënt en de hulpverlener elkaar begrijpen. Voor Turkse en Marokkaanse mensen is dat nog lastiger. Men beheerst vaak de taal niet, kan niet communiceren en voelt zich eenzaam. Het aanstellen van allochtone medewerkers gebeurt nog veel te weinig. Op het moment dat je een instelling binnenstapt moet er eigenlijk al een afspiegeling van de samenleving zichtbaar zijn. De instelling



gen zouden zelfs verplicht moeten worden gesteld om zich te verdiepen in de problematiek van allochtonen. Nu gebeurt dat nog ad hoc. Er ligt een taak, zowel bij het management van de instellingen als bij de overheid daar druk op uit te oefenen en als het niet gebeurt zouden sancties moeten volgen', aldus Kasi. Graag wil hij de samenwerking tussen zelfstandig gevestigde psychiaters en de GGZ-instellingen versterken.

Te 'Mondriaans

Scholen en huisartsen maar ook imams en pandits zouden volgens *Kasi* voorlichting moeten geven over het feit dat het niet gek is om hulp te vragen bij de GGZ, omdat voor sommige problemen deze specifieke hulp een oplossing biedt. Binnen de hindostaanse gemeenschap leeft volgens *Kasi* sterk de gedachte 'De vuile was hang je niet buiten.' Daar moet een doorbraak in komen. 'Men moet niet denken dat je slecht bent als je problemen hebt. Het moet juist een opluchting betekenen dat er hulp mogelijk is. Net als allerlei preventiecampagnes over aids en over seksualiteit moet op school al voorlichting worden gegeven over psychische problemen en de hulpverleningsmogelijkheden.'

Volgens *Bharos* zullen er meer zelfstandige, allochtone psychiaters moeten komen, want de omvang van de psychosomatische en psychische klachten is groot. Daarnaast zou de RIAGG meer allochtone gastvrouwen en hulpverleners in dienst moeten nemen. Den Haag telt op dit moment ongeveer tien allochtone huisartsen, en ook die groep zal moeten worden uitgebreid.

Volgens *Zembib* werken de instellingen te 'Mondriaans', ieder heeft zijn eigen afgebakende terrein. "Het geringe aantal allochtone hulpverleners raakt overbelast. Ze krijgen alleen de allochtone cliënten, terwijl ook de anders opgeleide, westerse hulpverleners daarvoor klaar moeten staan. Bovendien hebben hulpverleners te weinig tijd om nieuwe methodieken aan elkaar te laten zien. Als je tijd creëert om know how uit te wisselen zijn we veel efficiënter en deskundiger bezig. Het is trouwens van de gekke dat we in de GGZ in Den Haag niet kunnen verwijzen naar een psychotherapeut van Marokkaanse of Turkse afkomst. Waarom lukt het Utrecht, Amsterdam en Rotterdam wel? Dat kan men niet meer afdoen met het aspect van 'vraag en aanbod'."

Aan de kinderen van nu, de tieners en de jongvolwassenen, de groep die problemen geeft of gaat geven, moet volgens *Coskun* heel veel aandacht worden besteed. Hij pleit voor preventieprojecten op de basisschool, waarbij vooral het contact tussen ouders, kinderen en school op gang moet worden gebracht.

Zoals op de basisschool het netwerk jeugdhulpverlening functioneert, zouden volgens *Coskun* op de middelbare scholen samenwerking en netwerken moeten worden gerealiseerd. 'Een soort signaleringsoverleg, waar je met elkaar de probleemjongeren bespreekt en de beste hulpverlening zoekt. Het bestaat misschien wel incidenteel, maar het zou op wijkniveau structureel moeten zijn.'

'En ten slotte', zo bepleit *Coskun*, "moeten we niet werken vanuit het westerse, op christelijke leest geschoeide model. We moeten beleid ontwikkelen dat is toegesneden op de culturele beweging van de mensen zelf. En zolang een 'groepje jongeren' niet op een plein mag staan en wordt weggestuurd door de omgeving en de politie, is de kans groot dat ze hun ontevredenheid gaan uitleven zonder dat je hebt geprobeerd hen te bereiken. En dan is het te laat."

Coskun vindt het onterecht dat van het geringe aantal migrantenhulpverleners wordt verwacht dat ze deze problemen kunnen oplossen. 'Dat kan niet. Er zal op beleidsniveau iets aan moeten worden gedaan, want de samenleving heeft de verantwoordelijkheid met elkaar de problemen op te lossen.'

Om een brug tussen de eerste en de tweede generatie, tussen religie en Nederlandse samenleving te slaan zijn volgens *Maddoe* vertrouwelingen nodig. Vooral voor de jongeren die van huis zijn weggelopen. "Ze zijn het meest gedupeerd, want ook de westerse samenleving ontvangt hen niet met open armen. Veel jongeren glijden af naar het criminele circuit. Reguliere hulp lijkt haast niet meer mogelijk. Daarom zijn vertrouwelingen nodig, die een 'veilige plek' bieden." 'Ik denk daarbij aan mensen die het vertrouwen kunnen winnen van verschillende partijen, van de jongeren, van de ouders zowel als van de Nederlandse hulpverleners. Mensen die kennis hebben van beide leefwerelden en een analyse kunnen maken van de problemen. Scholen, hulpverleners en de ouders en jongeren moeten daar een beroep op kunnen doen. Hulpverleners kunnen cliënten verwijzen of advies vragen en bijvoorbeeld

regelmatig met elkaar overleggen over de beste wijze om de doelgroep te benaderen.

Leren spelen

Voor de jongeren vanaf veertien jaar waar hij mee te maken heeft is volgens *Meliesie* 'praktisch gesproken niet veel meer te verbeteren'. 'Nederland heeft nauwelijks antwoorden op hun problemen. Ze zijn er wel, die antwoorden, maar hulpverleners zitten vol, er zijn wachtlijsten en dat is zeker voor jongeren die afglijden heel slecht.' Hij pleit er dan ook voor om op zo jong mogelijke leeftijd aandacht te geven. 'We moeten aan preventie doen en de kinderen leren spelen. Als ik bij de mensen thuis kom is er geen speelgoed te zien. Daar moeten we, met de basisschool, hulpverleners, vrijwilligers in het buurthuis en jeugdzorg samen de schouders onder zetten.'

Er zal zowel voorlichting aan migranten als aan hulpverleners moeten worden gegeven. Volgens *Van der Zalm* is massabeïnvloeding nodig. "Het is geen geliefd begrip en we houden er niet van, maar alleen op die manier kun je iets doen aan de wederzijdse beeldvorming. Toen in 'Zeg es A' Mien Dobbelsteen naar de volwasseneducatie ging stonden er de dag erna hier rijen mensen bij de volwasseneducatie. We hadden het project met de Haagse Jonge Helden, de jonge succesvolle allochtonen die het goed deden en dat aan anderen vertelden. Daarmee stijgt het zelfbeeld. Hoe harder je roept dat het slecht gaat met de Schilderswijk, hoe negatiever het werkt. De media kunnen in die zin een belangrijke bijdrage leveren."

Ook zal meer voorlichting over opvoeding moeten worden gegeven, zowel aan de vaders als aan de moeders. De ouders missen de steun van de familie en omgeving in het thuisland en moeten leren dat ze het in Nederland zelf moeten doen. *Jafary*: 'Want het gaat erom hoe je hier je kinderen opvoedt, en hoe je met elkaar over dingen kunt praten. De mos-

keeën zouden hier een belangrijke rol in moeten vervullen, mensen vertrouwen de imam. De overheid zou daar gebruik van moeten maken en er geld voor beschikbaar moeten stellen.'

Bovendien hoopt *Jafary* dat er meer dagprogramma's kunnen worden geboden. De vrouwen willen zich graag kunnen redden. Ik wil meer mensen bereiken en daar zijn we mee bezig. Daarvoor moet je hen opzoeken, want je bereikt hen niet via kranten of folders.'

Om het juiste beleid te ontwikkelen is het van belang zicht te krijgen op de omvang en de aard van de problematiek. Daarvoor is aan beide zijden een behoorlijke mentaliteitsverandering nodig om op constructieve wijze de signalen uit te zenden. *El Batoul Zembib*: 'We moeten hen helpen op een goede manier de boodschap aan te geven of behoeften uit te spreken. We moeten zelf leren tijdig de signalen en boodschappen waar te nemen. Het is dan ook een must om leden van de groeperingen een plek te geven in organisaties en op functies waar ze die vertaalslag kunnen maken.'

Bovendien is het de taak van de Nederlandse hulpverleners en beleidsmakers om nieuwe ingangen te zoeken. "We staren ons blind op 'gesloten deuren'. Het is onze verantwoordelijkheid nieuwe wegen te vinden en de mensen niet meer van loket naar loket te sturen. Als iemand bij een woningcorporatie komt voor een ander huis omdat ze met tien personen in een driekamerflat wonen, dan moet er rekening mee worden gehouden dat er meer nodig is dan grotere huisvesting. Dan kunnen er opvoedingsproblemen, financiële problemen en dergelijke spelen. Het is onze taak dat men wordt geïnformeerd over opvoedingssteunpunten, over subsidiemogelijkheden, clubs voor de kinderen en noem maar op. Maar dan wel via de juiste communicatiekanalen, desnoods via de satelliet. Maar ga geen Postbus 51-spotje in het Nederlands maken en bij de NPS uitzenden!"

Moslim en hindoe geestelijke verzorging in algemene ziekenhuizen

Haagse ervaringen en een Utrechts project

A. van Bommel, A.W.I.M. de Gruijter, mw C.J. Kruijthof en A.K. Ramdhani

De tijd dat enkel de dominee, de pastoor en de humanistisch raadsman het ziekenhuis betraden is voorbij. In Medisch Centrum Haaglanden - beter bekend als het Westeinde Ziekenhuis - werken nu ruim een jaar een imam (moslim) en een pandit (hindoe). De verwachtingen bij de patiënten lopen nogal uiteen. Ze willen belangenbehartiging bij het krijgen van het juiste eten of bemiddeling tussen hun en de verpleegkundige of de arts. Ze rekenen op genezende of rustgevende gebeden. Vragen om Koranrecitatie, gesprekken over ziekte, dood, opvoeding en werkloosheid. 'Vaak is vooral een luisterend oor nodig voor de enorme opgekropte onzekerheid en angst.'

Naast de geestelijk verzorger met een katholieke, protestantse of humanistische achtergrond werken in een aantal ziekenhuizen in Nederland ook geestelijk verzorgers met een moslim- en hindoe-achtergrond (1). In het Westeinde Ziekenhuis in Den Haag (officiële naamgeving: Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde) werken sinds maart 1998 een imam (moslim geestelijke verzorging) en een pandit (hindoe geestelijke verzorging).

De eerste ervaringen van de imam en de pandit worden in dit artikel beschreven. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de inhoud en de uitkomsten van een pilotproject dat in het Academisch Ziekenhuis Utrecht (AZU) - inmiddels Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) - heeft plaatsgevonden (2). Daar zijn na aanstelling in oktober 1996 van de imam, dr. Karagül, verschillende aspecten van zijn werk systematisch gevolgd en vastgelegd. Dit is

gedaan mede ten dienste van andere ziekenhuizen die niet-westerse geestelijk verzorgers in dienst nemen. Op 3 maart jl. werden de resultaten van dit pilotproject gepresenteerd op de conferentie: 'Geestelijke verzorging in de gezondheidszorg in multicultureel perspectief' in Amersfoort.

Verwachtingen en ervaringen van patiënten

Utrecht

In het pilotproject van het AZU zijn met behulp van vragenlijsten en interviews 105 moslim-patiënten gevraagd naar hun verwachtingen van islamitische geestelijke verzorging. En na het contact met de imam zijn ook hun ervaringen met hem opgetekend.

Bijna allen (93%) vinden de aanwezigheid van een imam in dienst van het ziekenhuis nodig. De belangrijkste activiteiten die van hem worden verwacht zijn het voeren van gesprekken en de controle op de bereiding van maaltijden.

Na het contact met de imam vragen vrouwelijke patiënten een enkele keer om een vrouwelijke geestelijk verzorger. In het projectverslag wordt voorgesteld op regionaal niveau te streven naar een netwerk van islamitische geestelijk verzorgers. Voor afzonderlijke instellingen is het immers niet mogelijk zowel mannelijke als vrouwelijke en Turkse en Marokkaanse geestelijk verzorgers aan te stellen. Samenwerking kan daarbij helpen.

Ook is de patiënten gevraagd of men in het algemeen de artsen en verpleegkundigen goed begrijpt. Een bevestiging komt van 60% van de patiënten, 20% zegt 'soms' en 19% begrijpt hen 'bijna nooit'. De laatste groep denkt zelf ook bijna nooit door verpleegkundigen en artsen te worden begrepen.

Over de auteurs:

A. van Bommel, geestelijk verzorger (imam), A.W.I.M. de Gruijter, geestelijk verzorger (pastor), mw C.J. Kruijthof, staf-medewerker Zorg, A.K. Ramdhani, geestelijk verzorger (pandit), allen werkzaam in het Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde.

Den Haag

De mate waarin de imam en de pandit in het Westeinde aan verwachtingen van patiënten kunnen voldoen, wordt beïnvloed door hun beperkte aanwezigheid: de imam is aangesteld voor twaalf uur per week, de pandit voor zes uur.

Er wordt in Den Haag gewerkt aan een netwerk van geestelijk verzorgers, zodat bij afwezigheid van de imam of de pandit of bij onoverbrugbare taalproblemen iemand van buiten de instelling kan worden ingeschakeld.

De verwachtingen die Haagse patiënten van de imam en pandit hebben lopen meer uiteen: belangenbehartiging (voedseleisen, bemiddeling tussen patiënt en verpleegkundige of arts); genezende of rustgevendende gebeden; Koranrecitatie; gesprekken over ziekte, dood, opvoeding en werkloosheid. Vaak is vooral een luisterend oor nodig voor de enorme opgekropte onzekerheid en angst.

De imam en de pandit ondervinden dat ze als adviseur worden benaderd: in levensbeschouwelijke en in ethische kwesties vragen moslims of hindoes wat de islam of het hindoeïsme hierover zegt en leert ('model centered'). Patiënten van katholieke of protestantse achtergrond zoeken eerder naar een eigen positie binnen hun geloofskader ('client centered').

Het feit dat één op de vijf ondervraagde moslimpatiënten in het AZU de hulpverleners bijna nooit begrijpt, is ook voor Westeinde een ernstig signaal. Vanwege het belang van wederzijds verstaan en begrijpen vinden de imam en de pandit het verzoek om te tolken in principe een terechte vraag. Maar voordat ze dat kunnen doen moeten zij artsen en verpleegkundigen vaak weer vragen de informatie in gewoon Nederlands uit te leggen.

De imam

Het feit dat de imam zich reeds zeventien jaar binnen de Haagse moslimgemeenschap beweegt, helpt uiteraard bij zijn contacten met patiënten.

De meeste moslimpatiënten waarderen zijn aanwezigheid en vinden het positief dat het ziekenhuis aan het religieuze aspect van hun mens-zijn en ziek-zijn heeft gedacht. Er zijn ook patiënten die denken dat ze wel heel ernstig ziek moeten zijn, anders komt er geen imam aan hun bed.

De wat orthodoxer of fundamentalistischer ingestelde patiënten laten merken dat de ziekenhuis-imam deel uitmaakt van 'het systeem' en dus mis-

schien niet voor hun belangen zal opkomen. Deze groep heeft zeer strikte opvattingen. Vanwege de aanwezigheid van christelijke symboliek bidden ze bijvoorbeeld niet in de kapel van het ziekenhuis.

De imam: "Vrouwen reageren veel positiever dan ik had ingeschat. Ook de mate van intimiteit in gesprekken is vrij hoog. Een vrouw heeft, weliswaar huilend, gedurende drie gesprekken over haar voor-huwelijkse escapades met mij gesproken. Ze vroeg zich af of dat doorwerkte in haar thans zo gelukkige huwelijk, waarbij ik steeds weer Gods oneindige vergevingsgezindheid als kalmeringsmiddel aanreikte. Ik schrijf die openheid toe aan de andere omgeving - een nieuwe wereld: het ziekenhuis - die hun die vrijheid geeft. Bovendien behoort ik niet tot de gemeenschap, waardoor ik een veilige gesprekspartner ben die niet met bekenden kan 'roddelen'."

De pandit

De pandit werkte reeds als instellingspandit in Parnassia, psycho-medisch centrum (psychiatrisch ziekenhuis Rosenberg). In het Westeinde is hindoe geestelijke verzorging een nieuw fenomeen. Toch is er in korte tijd een enorme vraag ontstaan naar hindoe-geestelijke verzorging. Hij neemt ambtshalve de taken van de traditionele familiepandit waar, maar gaat vanuit zijn professie van geestelijk verzorger ook verder. Naast gebed en rituelen, waar patiënten en familie om vragen, is gespreksvoering een belangrijk middel om ziekte en lijden draaglijker te maken.

Hindoepatiënten in het Westeinde stellen de aanwezigheid van de pandit op prijs: zijn begeleiding is snel inzetbaar, terwijl de huispandit moeilijker bereikbaar is. Bovendien is contact met de familie belangrijk: de instellingspandit kan helpen bij het herstel van de sociale structuur, die door ingrijpende gebeurtenissen schade heeft opgelopen.

Attitude en verwachtingen van ziekenhuismedewerkers*Utrecht*

Met behulp van een schriftelijke enquête is geïnventariseerd wat de attitude en de verwachtingen zijn van ziekenhuismedewerkers (artsen en verpleegkundigen) met betrekking tot de aanwezigheid van een imam. De enquête is ingevuld door 226 medewerkers. Hun kennis over de islam wordt door 48%

van de Utrechtse medewerkers als 'voldoende' beoordeeld; 48% noemt de kennis 'ontoereikend' en 4% vindt ze 'goed'.

De aanwezigheid van een imam wordt door 74% van de respondenten nodig geacht (10% vindt het niet nodig en de rest heeft geen idee of het nodig is). Ze wensen vooral dat hij de medewerkers achtergrondinformatie aanreikt ten gunste van de patiëntenzorg en dat hij bij medisch-ethische onderwerpen informatie of assistentie geeft.

Den Haag

De 48% 'voldoende kennis over islam' uit het AZU, ervaren de imam en de pandit in het Westeinde niet. Artsen en verpleegkundigen geven, bijvoorbeeld in gesprekken met de geestelijk verzorgers, grif toe vrijwel niets te weten over de islam of het hindoeïsme. Zeker niet als het gaat over medische ethiek of over visies op de gezondheidszorg.

De imam en pandit geven in het Westeinde klinische lessen en worden (al is het nog sporadisch) betrokken bij medisch-ethische beslissingen en besprekingen.

Imam

Een jonge Turkse patiënt weigerde een geneesmiddel waarin gelatine was verwerkt (bevat mogelijk varkensbot). De bruikbaarheid en samenstelling van andere medicijnen werden in een team, waarbij de imam was betrokken, besproken.

Bij moeilijkheden bij rituele lijkwassing, waarbij de infuuslangetjes nog aan het lichaam van de overledene zijn bevestigd (obductie), bemiddelde de imam tussen de Marokkaanse moskeegemeenschap en de betrokken afdelingen in het ziekenhuis.

Pandit

De pandit werd verzocht naar de kinderafdeling te komen vanwege 'iets typisch cultureels'. De vader van een Hindoestaanse jongen was langs geweest, zonder dat de moeder dit wist. De ouders bleken gescheiden te zijn. De jongen (12 jaar) zei dat zijn vader hem 'iets had aangedaan. De arts en de verpleegkundigen vermoedden dat zijn verhaal misschien te maken had met rituelen, voodoo of andere religieus-culturele zaken.

Doordat de pandit inzicht heeft in zowel de culturele werkelijkheid van de jongen en zijn moeder als in de medische werkelijkheid van de artsen en ver-

pleegkundigen van de kinderafdeling, kon hij optreden als intermediair. Beide werkelijkheden bleven gerespecteerd bij de behandeling van de jongen.

Integratie van islamitische geestelijke verzorging

Enige decennia geleden accepteerde een protestantse patiënt nauwelijks een katholieke pastor aan het bed en vice versa. Dat klimaat is veranderd. Er wordt nu territoriaal gewerkt: zowel de dominee als de pastor hebben ieder een aantal afdelingen als werkterrein en alleen wanneer de patiënt daarom vraagt verwijst men door naar een collega met de gewenste denominatie.

De moslim en de hindoe geestelijke verzorging is daar nu bij gekomen. De imam en de pandit werken in het Westeinde, evenals dat het geval is in het AZU, categoriaal (dat heeft in het Westeinde uiteraard ook te maken met het aantal beschikbare uren). In de toekomst wordt het misschien mogelijk over te gaan tot een territoriale werkwijze. Patiënten kunnen daarbij natuurlijk altijd zelf aangeven of ze een voorkeur hebben voor een geestelijk verzorger met een andere religieuze achtergrond.

Wanneer bij afwezigheid van de pandit of de imam in het Westeinde specifiek wordt verzocht om zijn komst, stellen de wel aanwezige geestelijk verzorgers vast of uitstel mogelijk is. Als dat niet het geval is, proberen ze de begeleiding (voor zover mogelijk) zelf op zich te nemen of een imam of pandit uit het 'netwerk' in te schakelen.

De samenwerking en openheid binnen het team 'geestelijke verzorging' in het Westeinde zijn goed en worden noch verstoord door de categoriale werkwijze van de imam en de pandit noch door inhoudelijke verschillen in geloofstraditie. De kwaliteit van de samenwerking wordt uiteraard voor het grootste deel bepaald door de geestelijk verzorgers zelf. Het feit dat het 'zittende' team zich intensief heeft inspanssen voor het aantrekken van de pandit en de imam is hierbij van groot belang gebleken. Het lukt goed om met elkaar in een open dialoog te blijven.

Professionalisering

Geestelijk verzorgers in Nederlandse ziekenhuizen zijn in dienst van de zorginstelling. De westerse geestelijk verzorgers zijn verbonden met hun



levensbeschouwelijke of religieuze achtergrond door een 'zendende instantie'. Een dergelijke instantie bestaat niet voor moslim en hindoe geestelijk verzorgers. Velen van hen hebben een opleiding genoten in het land van herkomst. Met de 'pionier' moslim en hindoe geestelijk verzorgers in Nederland wordt bij benoeming in een zorginstelling een persoonlijke leerroute vastgesteld.

In het Utrechtse projectverslag wordt de moslim- en hindoe koepelorganisaties de aanbeveling gedaan besluiten te nemen over het organiseren van een zendende instantie.

In Den Haag is de Stichting Haags Islamitisch Platform (SHIP) de zendende instantie voor de imam en de Stichting Sanathan Platform (SSP) voor de pandit. Ze bewaken en begeleiden de uitoefening van het ambt van de imam en de pandit.

De uitoefening van het ambt van imam en pandit vindt in het Westeinde plaats binnen de professie van de geestelijke verzorging in zorginstellingen. Deze combinatie van ambt en professie is onderwerp van gesprek in een individueel supervisie-traject bij een erkende supervisor (buiten het ziekenhuis). Daarnaast worden uiteraard met collegae gesprekken gevoerd over elkaars praktijkervaringen.

Kwaliteitsverbetering in multi-cultureel perspectief

Veel activiteiten die zijn beschreven in het Utrechtse projectverslag overstijgen het werkerterrein van de geestelijk verzorger. Kwaliteitsverbetering binnen de sector geestelijke verzorging moet onderdeel zijn van een bredere multiculturele zorgvisie in het ziekenhuis. Als dit niet het geval is, worden moslim en hindoe geestelijk verzorgers opgezadeld met problemen en vragen die niet bij hun taken horen, bijvoorbeeld op het gebied van voeding, diëtetiek en tolkenvoorzieningen.

De multireligieuze patiëntenpopulatie van het Westeinde - en de daaruit voortkomende gevolgen voor faciliteiten en zorgaanbod - krijgt al lange tijd aandacht, bijvoorbeeld op kwaliteitsconferenties en in managementteambijeenkomsten. De aanstelling van de imam en de pandit is mede resultaat van deze aandacht.

Zij zullen op hun beurt in overleg treden met andere disciplines die in het ziekenhuis zijn betrokken bij de moslim- en hindoe patiënten, bijvoorbeeld de ondersteunende en faciliterende disciplines (onder andere de voedingsdienst). Religie en cultuur zijn voor moslim- en hindoe patiënten onlosmakelijk met elkaar verweven. De imam en de pandit hebben daarom in het ziekenhuis een belangrijke adviserende rol voor andere betrokkenen.

Uiteraard moeten de imam en de pandit niet overmatig als tolk worden ingeschakeld. Er moet meer aandacht komen voor het gebruik van de tolktelefoon en voor de ontwikkeling van voorlichting in de eigen taal.

Ook andere afdelingen zijn actief op dit gebied.

'Multiculturaliteit' in de betekenis van 'gelijkwaardigheid van culturen' kan in ziekenhuizen mede inhoud geven aan het streven naar patiëntgerichte zorg. Het aanbieden van moslim en hindoe geestelijke verzorging is hierbij een belangrijk onderdeel. Van hieruit kan een bredere visie op patiëntenzorg in multicultureel perspectief worden ontwikkeld.

Literatuur:

1. Gruijter AWIM de. Geestelijke verzorging voor moslims en hindoes in zorginstellingen. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr. 1: 4-9.
2. Geestelijke verzorging in de gezondheidszorg in multi-cultureel perspectief. Verslag van het project Geestelijke Verzorging in zorginstellingen. Universitair Medisch Centrum, Utrecht. Utrecht, maart 1999.

Interview met René A.F. Pasanea, lid Raad van Bestuur Parnassia, psycho-medisch centrum Den Haag

Liesbeth M. van Dalen

René A.F. Pasanea, psychiater, is lid van de Raad van Bestuur van Parnassia, het nieuwe psycho-medisch centrum waarin de verschillende instellingen van de Haagse GGZ per 1 januari zijn gefuseerd. Volgens hem moeten instellingen snel mensen in dienst nemen van allochtone oorsprong en de Nederlandse hulpverleners in hoog tempo bijscholen. 'Over tien jaar bestaat de Haagse jongvolwassen bevolking voor meer dan de helft uit mensen van allochtone afkomst.' Als de geestelijke gezondheidszorg tegen die tijd de andere culturele normen en waarden niet als gelijk beschouwt, ontstaat 'pseudo-culturalisatie'.

In een gesprek met René Pasanea over de hulpverlening aan allochtonen wordt duidelijk dat wat hem betreft de geestelijke gezondheidszorg de zorgvraag eigenlijk niet herkent en er bovendien vanuit de westerse cultuur op reageert. 'Over zo'n tien jaar bestaat de Haagse jongvolwassen bevolking voor meer dan de helft uit mensen van allochtone afkomst. De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zal de andere culturele normen en waarden als gelijkwaardig moeten beschouwen, anders realiseren we pseudo-culturalisatie en worden de allochtonen afgerekend op hun aanpassing aan onze normen en waarden.'

Een markant signaal komt voor Pasanea uit het vorig jaar gepubliceerde rapport van de Stedelijke Adviesraad Multiculturele Stad (SAM), namelijk dat de GGZ eigenlijk niet herkent wat de zorgvraag is. "We kunnen wel zeggen dat een toenemend aantal mensen van allochtone afkomst in de psychiatrie terecht komt en daar 'een trend' uit herleiden, maar dat zegt

niet dat we de zorgvraag en ontwikkelingen herkennen."

Een verklaring hiervoor ligt volgens Pasanea in het feit dat de zorgverlening vanuit een totaal andere cultuur naar deze doelgroepen en hun hulpvragen kijkt. 'We kijken met een westerse bril en hebben een westers antwoord. Dat is begrijpelijk, want deze reactie is inherent aan onze maatschappij, waar de sturende krachten monocultureel zijn bepaald. Het zijn puur westerse, autochtone instellingen. Onbewust trachten we onze machtsposities in stand te houden. Het is kenmerkend voor elke cultuur, dat men reageert vanuit het eigen referentiekader. Daarmee is echter een probleem geschapen, want alles wat bedreigend is voor die dominante cultuur zullen we afwijzen. Nederland streeft in feite niet naar interculturalisatie, maar naar het aanpassen van de andere cultuur aan de eigen normen en waarden zodat het cultuurbestel niet in gevaar komt', aldus Pasanea.

Een bevestiging van deze benadering bleek tijdens een onlangs gehouden bijeenkomst met een groep van ongeveer vijftig mensen die op één of andere wijze bij de zorg zijn betrokken. Deze aanbieders, consumenten, financiers en beleidsmakers spraken zich uit over de belangrijkste thema's in de GGZ. "Wetenschappelijk betekent het niets, maar op de uitspraak 'zorgverleners moeten redelijk zicht hebben op de culturen en eigenschappen van de multiculturele groepen' gaven zeven mensen aan dit belangrijk te vinden. Met de uitspraak echter dat 'het personeelsbestand een weerspiegeling moet zijn van de Haagse bevolking' was de overgrote meerderheid het van harte eens. Hier zien we in feite een ontkenning van de ontwikkelingen. Veel mensen denken nog dat de Haagse bevolking vooral autoch-

Over de auteurs:

Mw. E.M. van Dalen, tekstschrijver Koopmans & Van Dalen bv, Rijswijk

toon is en pleiten van daaruit voor 'afspiegeling van de samenleving'. Dat leidt er echter ook toe dat men minder snel waarde hecht aan het 'redelijk zicht hebben op de culturen en eigenschappen van multiculturele groepen'. We moeten er geen oordeel aan koppelen', benadrukt Pasanea. 'Elke cultuur zal die neiging hebben in Arabische landen is het niet anders. Maar het is een belangrijk gegeven voor het proces dat zich hier afspeelt.'

De GGZ moet volgens Pasanea ook oppassen voor de valkuil alleen te blijven kijken naar doelgroepen die nu een beroep doen op de GGZ. 'We moeten de hele Haagse bevolking als doelgroep zien, zowel qua cliënt als qua personeel. Daarom hebben we gekeken naar cijfers van de leerlingtellingen van de Haagse basisscholen. Duidelijk werd dat bijna de helft van de basisschoolleerlingen van allochtone oorsprong is. Als we de getallen extrapoleren, dan is binnen vijf à tien jaar in feite de meerderheid van de jonge volwassen bevolking van allochtone oorsprong. Daar moeten we dus zowel qua hulpvraag als qua personeelsbestand op inspelen.'

Bovendien zal de gezondheidszorg volgens Pasanea meer onderzoek moeten verrichten. Het is niet de gewoonte dat in dit verband naar tellingen op de basisscholen in Den Haag wordt gekeken. Tot nu toe kijkt de gezondheidszorg naar de cliënten die er zijn, naar de eigen cijfers en de druk op het bestaande zorgsysteem. 'Pas als dat te veel problemen gaat geven is men geneigd verandering toe te passen.'

Nog niet te laat

Het is voor Pasanea duidelijk dat, als het de GGZ niet lukt om daadwerkelijk vanuit het normen- en waardepatroon van de andere cultuur zorg te bieden, de allochtonen zelf een zorgsysteem gaan realiseren. Eenzelfde ontwikkeling speelt zich nu reeds af op onderwijs- en geloofsgebied. 'Willen we die ontwikkeling niet, dan zal de zorgverlening zowel de culturele waarde als de professionaliteit ter discussie moeten stellen. Want ook ons professioneel handelen en het toetsen ervan is principieel gebaseerd op het westers wetenschappelijk normen- en waardepatroon. We moeten op onderdelen afstand nemen van de eigen culturele waarden en ons wetenschappelijke normenstelsel. Het grote verschil met onze westerse humanitair christelijke maatschappij is dat kerk, staat en wetenschap van elkaar gescheiden zijn, terwijl die elementen in bijna alle andere culturen zijn geïntegreerd. Dat is het kernprobleem dat

we zullen moeten oplossen. Dat lukt alleen als de top van de organisatie dat legitimeert. Ik durf het aan. We moeten er alles aan doen om de bodem ervoor klaar te maken, begrip te kweken en proberen de gedachten te verankeren dat andere normen en waarden evenveel recht van spreken hebben. Maar de behandelaars werken sterk vanuit de westerse visie en professie, het is de vraag of we het qua tijd halen. Lukt het ons niet, dan komt er een ander soort zorgsysteem van de mensen zelf. Ik weet het niet of dat zal gaan ontstaan, maar het zou een gemiste kans zijn!'

De GGZ is volgens Pasanea tot nu toe alleen nog maar geconfronteerd met aanpassingsproblemen. De binnenkomende culturen hebben in eerste instantie getracht zich aan te passen en hebben zich onderworpen aan de Nederlandse wijze van oplossen. 'Als je naar de opname-afdeling kijkt bieden we eigenlijk een EHBO-behandeling. Daarmee is in onze ogen het probleem weer even gestabiliseerd, er volgt weer schijnaanpassing, maar we hebben niets wezenlijks gedaan. Daarnaast is er een groep waar niemand raad mee weet. Dat zijn de migranten van het eerste uur die zich praktisch niet hebben kunnen aanpassen, jarenlang hun krachten hebben gegeven in allerlei laaggeschoold en laagbetaald werk en nu klachten krijgen. We verstaan ze niet, we begrijpen ze niet. Terwijl we ons nu blindstaren op de eerste groep en inmiddels ook de tweede groep, ontwikkelt zich een derde groep met een nieuwe vraagstelling, waar we geen zicht op hebben. Vanuit een revival van de eigen cultuur en de groeiende groep, zijn deze mensen niet meer benieuwd naar onze oplossingen. Ze zoeken probleemoplossingen waardoor ze binnen hun eigen kring kunnen functioneren.'

Oplossing

Het in dienst nemen van mensen van allochtone oorsprong en het bijscholen van Nederlandse hulpverleners heeft volgens Pasanea hoge prioriteit. 'Maar nogmaals', zo voegt hij er aan toe, 'als we niet laten zien dat de andere culturele normen en waarden gelijkwaardig zijn, dan realiseren we pseudo-culturalisatie en worden de allochtonen afgerekend op hun aanpassing aan onze normen en waarden. Dat is bij de politie ook gebeurd en dreigt nu ook in de zorg en het onderwijs. Het enige probate middel is de geloven bij elkaar te brengen, en dat moet vanuit de hoogste instanties van het orgaan gebeuren anders krijg je het nooit van de grond.'



De kennis van de mensen die hier werken moet worden verbreed. Als je het echt serieus wilt doen dan moet de grootste groep medewerkers in de opleiding al kennis krijgen van andere culturen en werkwijzen. Daarbij mag je de huidige kennisvelden niet veronachtzamen. Dus is een verbreding van de opleiding nodig en de enige die dat kan bewerkstelligen is de overheid.'

Impact wordt ontkend

Pasanea maakt zich ten slotte grote zorgen over de

ontkenning van hetgeen zich afspeelt. 'Als we zien hoe snel de multiculturele groepen echt grote substantiële onderdelen van de maatschappij worden, terwijl het door formele zorgsystemen, behandelaars maar ook de overheid, niet als een noodzakelijk aandachtsgebied wordt gezien, dan vind ik dat zorgelijk. We moeten echt erkennen wat de impact is van hetgeen op ons afkomt. Maar bij het beschermen van je eigen cultuur hoort het ontkennen, niet willen zien van bedreigingen en men ervaart het als bedreiging en daarmee ontkent men het.'

Reflecties op de voorgaande bijdragen

Harry G.J. Nijhuis

Uit de voorgaande artikelen blijkt dat 'we voor een adequaat begrip van de problemen niet uit de voeten kunnen met het ons vertrouwde medisch-wetenschappelijke model', aldus Harry Nijhuis, hoofd Bureau Public Health in deze slotbeschouwing. Andere wegen moeten worden bewandeld, want de wetenschap zelf geeft niet voldoende antwoorden. We moeten ons opnieuw, in dialoog met anderen, oriënteren op een eigentijdse invulling van onze normen en waarden. Er zijn naar zijn mening transformaties nodig binnen de samenleving en het zorgsysteem en dat komt zeker niet alleen de allochtone bevolkingsgroepen ten goede.

In de artikelen in dit Bulletin wordt een veelkleurig palet van impressies, opvattingen en uiteenzettingen gepresenteerd over de geestelijke gezondheid van allochtonen en de zorg daarvoor. Veel van het geschrevene komt voort uit persoonlijke ervaringen in de professionele praktijk. De uitspraken over achtergronden en oplossingen lopen uiteen en hebben veelal te maken met persoonlijke opvattingen over en waardering van maatschappelijke issues zoals individuele versus collectieve verantwoordelijkheid, integratie versus multiculturaliteit en de rol van de wetenschap en de betekenis van cultuur en religie. In deze bijdrage wil ik relevante uitspraken en stellingen nog eens bezien en in het licht van enkele - in mijn ogen verhelderende - theoretische noties met elkaar in verband brengen. Daar komen misschien meer vragen en discussiepunten uit voort dan concrete oplossingen. Maar kritische vragen stellen, reflectie en discussie zijn, mijns inziens, nodig om stappen voorwaarts te zetten en antwoorden te vinden op de aan de orde gestelde, complexe problematiek van geestelijke gezondheid bij allochtonen.

Bestaande kennis van de problemen

Uit de bijdrage van May en Middelkoop blijkt, dat in ons land weinig wetenschappelijke informatie voorhanden is om de omvang, de aard en verklaringen van psycho-sociale problemen bij allochtonen goed in beeld te kunnen brengen. Terecht stellen ze, dat uitsluitend consumptiecijfers van de GGZ-instellingen niet zoveel zeggen. In hun belichting leggen ze de nadruk op het complexe, meervoudige karakter van het ontstaan en de persoonlijke beleving van problemen. Ze zetten het etiologische belang uiteen van migratie-geschiedenissen en de beleving en verwerking hiervan door verschillende generaties. Ook beklemtonen ze het belang van de culturele context voor het ontstaan, de verwerking en het tot uitdrukking brengen van geestelijke problemen. De gunstige en ongunstige effecten van de wisselwerking tussen allochtone culturen en de Nederlandse autochtone cultuur veranderen in de loop van de tijd en wisselen ook per groep en generatie. Verder heeft de doorgaans zwakke sociaal-economische positie van allochtonen volgens hen een ongunstige uitwerking bij geestelijke problematiek.

Uit hun presentatie komt duidelijk naar voren, dat we voor een adequaat begrip van de problemen niet uit de voeten kunnen met het ons vertrouwde, universele medisch-wetenschappelijke model. Ons autochtone westerse denken wordt niet begrepen door de allochtoon, en omgekeerd. Toch wordt wederzijds begrip tussen hulpverlener en cliënt gevraagd over oorzaken, motieven en uitdrukkingen van problemen. En hiervoor is een zekere mate van gemeenschappelijk cultureel referentiekader nodig. Er kan worden gesproken van een 'miss match' tussen enerzijds de verwerking van problemen in de allochtone cultuur en anderzijds de diagnostische en therapeutische standaarden van de formele (geestelijke) gezondheidszorg. Onze ziekteclassificatie is niet goed passend (stemmen horen versus psycho-

Over de auteur:

Dr. H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, Hoofd Bureau Public Health, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag.

ses), de verklaringen zijn anders (intern-persoonlijke processen versus exogene oorzaken) en de therapeutische regimes werken ook niet goed (counseling versus externe invloeden aanpakken). De auteurs veronderstellen, dat het open staan voor en het eenvoudigweg goed luisteren naar de levensgeschiedenissen en verhalen - in plaats van het etiketteren met universeel geachte diagnostische categorieën en behandelmethoden - beter begrip opleveren en therapeutisch al heel wat kunnen betekenen.

Impressies van betrokkenen

In de bijdragen van Van Dalen vertellen de geïnterviewden ons eveneens zonder uitzondering, dat we in het geval van geestelijke problemen van allochtonen te maken hebben met een uitermate complexe werkelijkheid van gezondheid en zorg. Ze belichten het sociale en meerdimensionele karakter van het ontstaan van problemen voor verschillende generaties en groepen allochtonen. Het verlies van de vertrouwde sociale omgeving en levenspatronen, het maatschappelijke falen en de daarmee samenhangende teleurstelling staan centraal bij de eerste generatie migranten. Het leven in twee werelden en het zoeken naar een stabiele identiteit komt naar voren als grondslag van veel problemen voor de tweede generatie. De derde generatie zou wellicht in staat zijn om in een redelijke harmonie met de nieuwe sociale en culturele bestaansomgeving in Nederland een eigen identiteit en leven op te bouwen. Andere opvattingen zeggen dat het de komende jaren alleen nog maar erger zal worden. Ook hier komt sterk naar voren, dat persoonlijke geschiedenissen, evenals culturele en maatschappelijke omstandigheden, de grondslag vormen van het merendeel van de problemen waarmee allochtonen zich aanmelden bij de poorten van de formele (maatschappelijke) gezondheidszorg.

Impliciet of expliciet wordt in de interviews als mening tot uitdrukking gebracht, dat de ernst, de hardnekkigheid en de omvang van de problemen absoluut niet in verhouding staan tot de aandacht, die eraan wordt gegeven. Daarmee wordt eigenlijk verondersteld, dat in ons land velen de ernst van de werkelijkheid niet onderkennen. Het kan ook zijn dat vanwege bovengenoemde complexiteit de problemen niet goed worden begrepen en men er geen raad mee weet. Als gevolg hiervan worden ze mogelijk genegeerd. Dit spreekt overigens ook uit de bij-

drage van May, die de lange weg schetst om het onderhavige thema bij plaatselijke instellingen van geestelijke gezondheidszorg adequaat onder de aandacht te krijgen.

Waarheid, werkelijkheid en de waarheidstrechter

Bommeljé stelt naar aanleiding van actuele verwikkelingen rond de Bijlmerramp over complexe werkelijkheden het volgende: 'De kwestie is deze: wie op zoek gaat naar de waarheid, zoals de enquêtecommissie, stuit vroeg of laat op de werkelijkheid. En dan blijkt die werkelijkheid een stuk chaotischer, tegenstrijdiger, sukkeliger, gewoner en misschien ook wel ingewikkelder dan de waarheid ooit kan zijn. Doch wie het heil verwacht van de waarheid loopt het gevaar slechts moeizaam in staat te zijn de werkelijkheid te aanvaarden, hoe verbluffend menselijk - al te menselijk - die ook is (1).'

Waarheden zijn in een bepaalde cultuur algemeen aanvaarde geldigheidsaanspraken over de werkelijkheid. Ze zijn onder meer zeer bepalend voor hoe in een samenleving problemen worden gezien, begrepen en aangepakt. De wijze waarop waarheden tot stand komen is sterk cultuur-afhankelijk. Voor onze moderne, westerse cultuur gelden uitspraken in toenemende mate als waarheden als ze gebaseerd zijn op wetenschappelijke objectivering. In de Middeleeuwen lag dat bijvoorbeeld heel anders. De wetenschappelijke waarheid van Copernicus dat de aarde niet het middelpunt vormt van het heelal, werd - omdat het niet passend was bij het bestaande religieuze wereldbeeld - als ketterse onwaarheid afgewezen. Allochtone culturen en specifieke perioden in autochtone geschiedenissen kennen ieder hun eigen criteria, waarmee vermeende waarheidsuitspraken over de werkelijkheid worden beoordeeld.

Kunneman gebruikt voor de specifieke wijze, waarop waarheidsuitspraken in een cultuur worden gewaardeerd de metafoor van de 'waarheidstrechter'(2)(3). In onze moderne westerse samenlevingen geldt de wetenschap als trechter voor de waarheid over allerlei technische, economische, sociologische en psychologische zaken. Ook in de moderne geneeskunde maken we voortdurend gebruik van deze trechter om de werkelijkheid van het ontstaan en de verwerking van ziekte en gezondheid te beoordelen.

De twee belangrijkste criteria hierbij zijn: (a) kan de werkelijkheid worden begrepen volgens oorzaak en gevolg-mechanismen; (b) kunnen verschijnselen objectief worden vastgesteld, dat wil zeggen op afstand, zonder persoonlijke betrokkenheid van de waarnemer.

Het oorzaak-en-gevolg-denken geldt in de moderne gezondheidszorg als het primaire verklaringsmodel voor ziekte en problemen. In de hoofdstroom van de gezondheidszorg, ook de geestelijke gezondheidszorg, wordt er voortdurend naar gestreefd om de waarheid over problemen te achterhalen door vanuit dit denken naar de werkelijkheid te kijken. Voor de interpretatie van psycho-sociale problematiek bij allochtonen levert dit denken grote problemen op. De persoonlijke en sociale processen, waarnaar de auteurs van de bijdragen in dit themanummer verwijzen, verlopen helemaal niet als oorzaak-en-gevolg-mechanismen. Hoe kunnen de complexe migratiegeschiedenissen en de wederzijdse beïnvloeding van bijvoorbeeld de Marokkaanse en de Nederlandse cultuur, en het effect daarvan op de geestelijke gezondheid, worden begrepen als simpele oorzaak-en-gevolg-gebeurtenissen?

Om de complexe ontstaanswijzen van ziekten beter te kunnen doorgronden wordt tegenwoordig gebruik gemaakt van het zogenaamde 'Lalonde-model'. Hierin worden gezondheid en ziekte voorgesteld als de uitkomsten van vier krachtenvelden in de omgeving van mensen: gedrag, sociale omgeving, fysieke omgeving en gezondheidszorg (4). Dit model heeft zonder twijfel een belangrijke impuls gegeven aan de verbreding van het denken over het in stand houden en verstoringen van gezondheid. Maar het blijft - evenals het persoonsgerichte medische model - in wezen gevangen in het natuurwetenschappelijke oorzaak-en-gevolg-denken. Het biedt daarom geen geschikt model om de wisselwerking tussen de genoemde velden, de sociale processen en de invloed van de persoonlijke betekenisverlening te begrijpen (5)(6).

Ook het criterium van de objectieve afstand geeft met name op het terrein van de geestelijke gezondheid onoverkomelijke problemen te zien. Het open staan voor en het begrijpen van het levensverhaal van een allochtoon die in de problemen zit, vraagt juist een heel persoonlijke inzet van de professionele hulpverlener. Hij raakt zodoende met zijn eigen

emotie en persoonlijke interpretaties betrokken bij zijn 'object' en voldoet daarmee niet meer aan de criteria van de waarheidstrechter. In de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg kunnen hulpverleners dan ook niet anders dan zonder de inzet van de wetenschappelijke waarheidstrechter oordelen en handelen. Maar daarmee plaatsen ze zich buiten de gouden standaard en het ultieme referentiepunt van de moderne gezondheidszorg, dat wil zeggen de 'evidence based medicine'.

Met name de beoefenaars van psychiatrie, psychotherapie, huisartsgeneeskunde en maatschappelijk werk bekleden dan ook wetenschappelijk en maatschappelijk een marginale positie ten opzichte van medisch-biologisch georiënteerde vakken als interne geneeskunde en chirurgie. Het zijn vakgebieden, waarin de persoonlijke beleving, cultuur, normen en waarden en persoonlijke inzet juist heel belangrijk zijn.

De wetenschappelijke waarheidstrechter vormt in de praktijk een serieuze handicap voor de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg in algemene zin. Daarmee is niet gezegd dat het streven naar objectieve verklaringen geen plaats zou hebben in dit domein. Ook hier blijft het zaak om - waar het in het belang van patiënten en cliënten is en ook mogelijk is - algemene patronen en wetmatigheden bloot te leggen. In het geding is echter het dominante karakter van de moderne waarheidstrechter, die veel te weinig ruimte laat voor de subjectief-persoonlijke en sociaal-normatieve aspecten van dit deel van de menselijke werkelijkheid.

Dezelfde conclusie wordt - maar dan voor het menselijke handelen in meer algemene zin - getrokken door Habermas, een toonaangevende Duitse hedendaagse socioloog en filosoof (3)(7). Hij stelt, dat mensen sociaal handelen vanuit drie te onderscheiden perspectieven: het subjectieve, het objectieve en het normatieve perspectief. Rationeel handelen is voor hem niet alleen maar het technisch-wetenschappelijke denken en doen. Hij beschouwt de drie bovengenoemde perspectieven als aparte 'handelings-rationaliteiten'. In onze moderne westerse cultuur is de objectief-technische rationaliteit - aldus Habermas - veel te dominant geworden. De fragmentatie van de systeemwereld en de vervreemding in de leefwereld van mensen zijn hiervan belangrijke negatieve consequenties. Hij concludeert, dat het voor de voortdurende evolutie van een menswaardig



Fotografie: Truus Groen

bestaan nodig is om te streven naar een gelijkwaardiger inzet van ook de andere perspectieven bij het maken van redelijke keuzes in samenlevingen. Habermas' denkkader is niet een heel concreet handelingsrecept. Het is wel een interessante belichting, die kan helpen bij het beter begrijpen van maatschappelijke spanningen en ook bij het uitzetten van nieuwe strategieën. Dit geldt zeker ten aanzien van het werken aan de geestelijke gezondheid van allochtonen.

Het belang van normen en waarden

Het zal duidelijk zijn, dat veel van wat de geïnterviewden als belangrijk aanduiden buiten de waarheidstrechter valt. Iemand die voor het ontstaan van zijn ziekte verwijst naar exogene krachten als voorouders of magische bezwering past niet in de westerse ziekteclassificatie en verklaringsmodellen. De formele (geestelijke) gezondheidszorg weet hiermee dan ook in het algemeen niet goed weg mee. Sommige hulpverleners zien het inschakelen van geestelijk leiders als imams en pandits als een mogelijkheid om cultuureigen normen en waarden in te zetten bij het formuleren van adequate antwoorden. Anderen zijn hier juist beducht voor. Huisarts Bha-

ros ziet er bijvoorbeeld weinig heil in om religieuze waarden te gebruiken in de geestelijke gezondheidszorg: 'Imams en pandits bekijken de problemen puur vanuit de eigen religie en houden geen rekening met deze samenleving. Ik geloof niet dat ze de oplossing kunnen bieden.'

Pasanea stelt het inzetten van westerse methoden voor de behandeling van allochtone problematiek ter discussie: 'Als je naar de opname-afdeling (van de GGZ, red) kijkt bieden we eigenlijk een EHBO-behandeling. Daarmee is in onze ogen het probleem weer even gestabiliseerd, er volgt weer schijnaanpassing, maar we hebben niets wezenlijks gedaan.'...' We kijken met een westerse bril en hebben een westers antwoord. Dat is begrijpelijk, want deze reactie is inherent aan onze maatschappij, waar de sturende krachten monocultureel zijn bepaald '...' Onbewust trachten we onze machtsposities in stand te houden. '...' Want alles wat bedreigend is voor die dominante cultuur zullen we afwijzen. Nederland streeft in feite niet naar interculturalisatie, maar naar het aanpassen van de andere cultuur aan de eigen normen en waarden, zodat het cultuurbestel niet in gevaar komt.'

De beperkte kennisfunctie van de medische wetenschap en de gesignaleerde problemen zijn - aldus Pasanea - niet alleen maar medisch-technische onvolkomenheden van de bestaande gezondheidszorg. Het gaat bij geestelijke gezondheid bij allochtonen om een totaal verschillende wereld van kijken, oordelen en waarderen, die de onze niet is. En deze vormt een bedreiging voor onze autochtone sociaal-culturele orde. Willen we nog wat betekenen voor de psychosociale problematiek van allochtonen dan betekent dit volgens de woorden van Pasanea: 'De GGZ zal de andere culturele normen en waarden als gelijkwaardig moeten beschouwen '...' en de zorgverlening zal zowel de culturele waarde als de professionaliteit ter discussie moeten stellen'.

Hij stelt in feite, dat er voor allochtonen en Nederlanders verschillende mens- en maatschappijbeschouwingen bestaan en dat deze in hoge mate bepalend zijn voor het antwoord op de vraag hoe men geestelijke problemen en gezondheid moet aanpakken. Een Marokkaan bijvoorbeeld stelt, wanneer de dingen misgaan, zijn sociale en culturele omgeving voorop; wij stellen in onze geïndividualiseerde cultuur eerder de persoon met zijn eigen verantwoordelijkheid centraal.

Pasanea raakt in mijn ogen de kern van de zaak. Ook hij stelt met zoveel woorden, dat onze waarheids-trechter te nauw is om de werkelijkheid van geestelijke problematiek in de context van andere culturen te leren kennen. Het genereren van kennis via andere, niet wetenschappelijke wegen dient ten minste gelijk te worden gewaardeerd als de standaardmethoden van onze moderne geestelijke gezondheidszorg.

Ook meent hij, dat het adequaat omgaan met geestelijke problemen van allochtonen een diepgaande discussie noodzakelijk maakt over de normen en waarden, die de grondslag vormen van onze eigen gezondheidszorg. Traditionele modellen en handlingsroutines in de gezondheidszorg zijn - aan de oppervlakte bezien - theoretische en technische systemen. Maar het zijn 'au fond' culturele waardesystemen die de grondslag en de oorsprong vormen van technische systemen. Er wordt - zo stelt hij - reflectie en relativering gevraagd van ons westerse mensen maatschappijbeeld. Het werken aan de verbetering van de kwaliteit van gezondheidszorg voor allochtonen is met andere woorden niet alleen een medisch-technische discussie, maar is misschien nog meer een waardendiscussie over wat als waarheid over de werkelijkheid geldt, en wat als goed en niet goed wordt aanvaard.

Het vernieuwen van normen en waarden

Een en ander is makkelijker gezegd dan gedaan. Hoe kunnen we nu in de praktijk de zorg verbeteren, de waarheidstrechter verbreden én de discussie aangaan over de normatieve grondslagen van ons eigen zorgsysteem?

Volgens de Canadese filosoof Taylor biedt de wetenschap zelf geen antwoorden op morele kwesties (8). We moeten - tegen de achtergrond van onze geschiedenis, onze cultuur en onze collectieve en persoonlijke ervaringen - in dialoog met anderen ons steeds weer opnieuw oriënteren op een eigentijdse invulling van onze normen en waarden. Naar mijn mening kunnen deze vernieuwing, en de aanpassing van de daarmee samenhangende theoretische inzichten en methoden, in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg in Den Haag, op vier niveau's plaatsvinden.

1. Op individueel contactniveau kan dat doordat hulpverleners een open oor hebben voor de culturele aspecten en de beleving van bijvoorbeeld migra-

tiegeschiedenissen en verhalen over acculturatie van hun cliënten. Door het andere serieus te nemen - met andere woorden geldig en gelijkwaardig te achten aan onze interpretaties en verwerking van problemen - ontstaat als vanzelf reflectie op ons eigen mensbeeld en waardesystemen. Is dat niet wat Middelkoop en May bedoelen met 'Ieder contact met een allochtoon is een ontdekkingsreis' (9).

Wanneer langs deze weg ziekten en problemen vanuit de persoonlijke perceptie worden benaderd spreekt men in de antropologische literatuur wel van 'illness' (3)(10)(11). De aan Parnassia gerelateerde initiatieven die aan de orde worden gesteld in het tweede artikel van May gaan zonder uitzondering over het accentueren van deze 'illness'-benadering.

2. Op projectniveau kunnen, zoals geschetst in hetzelfde artikel van May, nieuwe benaderingen op grotere schaal in de praktijk worden uitgetest en in de praktijk van de gezondheidszorg verankerd. Een project als 'Nieuwe Sporen' accentueert het belang van de cultuureigen methodes, waarmee problemen worden begrepen en benaderd. Het verbindt de zienswijzen en methoden van ons autochtone zorgsysteem met die van zorgsystemen uit andere culturen.

In projecten gericht op de bevordering van de geestelijke gezondheid van allochtonen dient - behalve voor de (individuele) zorgaspecten - ook aandacht te zijn voor de invloeden van (collectieve) culturele en maatschappelijke omstandigheden. Het gesignaleerde probleem van parasuïcidaal gedrag bij allochtone jonge vrouwen bijvoorbeeld vraagt het bespreekbaar maken van dit thema als aspect van de eigen culturele ontplooiingsmogelijkheden, opvoedingpatronen en het onderwijs voor jongens meisjes (13). Uitsluitend aandacht voor 'zorg' voor de slachtoffers zou inderdaad niet meer dan een EHBO-behandeling zijn. Ook meer aandacht voor de niet zelden uitzichtloze sociaal-economische positie van allochtone gezinnen maakt onderdeel uit van een brede aanpak van de geestelijke gezondheid van deze groep medeburgers.

Wanneer aldus ziekte en problemen worden benaderd vanuit hun institutionele en sociaal-maatschappelijke context spreekt men wel van 'sickness'. De ervaringen met en evaluatie van met name dit soort projecten kunnen een leidmotief gaan vormen voor discussies binnen Parnassia, de huisartsenzorg en het maatschappelijk werk over de betekenis van de nieuwe benaderingen voor het professionele denken

en doen. Aan de hand van deze discussies zullen contra-bewegingen tot leven komen als tegenwicht tegen de door Pasanea gesignaleerde ineffektieve, etnocentrische opstelling van de geïnstitutionaliseerde (geestelijke) gezondheidszorg.

3. Op het niveau van de instellingen zelf kunnen dezelfde discussies leiden tot modernisering van de functie- en personeelstructuur en de organisatievorm. Blijkens de bijdrage van May is dit op diverse onderdelen voor Parnassia reeds het geval. Een ingrijpend onderdeel vormt het ontwikkelen van een nieuw personeelsbeleid. In de hulpverlening speelt het dilemma of er specifieke hulpverleners moeten worden ingezet voor specifieke hulpvragers (bijvoorbeeld vrouwelijke hulpverleners voor vrouwelijke cliënten; Turkse mannelijke hulpverleners voor Turkse mannen), of dat door deskundigheidsbevordering moet worden bewerkstelligd dat elke hulpverlener in staat is elke klant te helpen. De tweede situatie geeft een ideaal beeld weer, maar de praktijk is nog lang niet zover. Er zal dus nog veel moeten worden geïnvesteerd in deskundigheidsbevordering; verder moet op dit moment prioriteit worden gegeven aan het opbouwen van een personeelsbestand, dat meer dan nu een afspiegeling is van de multiculturele samenstelling van de Haagse bevolking. Juist door medewerkers van diverse komaf binnen de eigen muren op te nemen kan de Haagse geestelijke gezondheidszorg een lerende organisatie worden.

Vaak blijkt het echter niet mogelijk een allochtoon te vinden die qua opleiding en ervaring geschikt is voor hoogwaardige functies waarvoor vacatures bestaan. Een essentieel discussiepunt van personeelsbeleid is, of het beter is de functie onveranderd te laten en in te vullen met een autochtone medewerker, óf dat het beter is een substituerende functie te creëren waarvoor andere functie-eisen gelden maar waarvoor wél een grote kans bestaat een gekwalificeerde allochtone kandidaat te vinden.

Met het oog op de toekomstige groei van het aandeel allochtone cliënten zou een dergelijke diepte-investering wel eens van wijs beleid kunnen getuigen.

4. Last but not least dient ook op politiek-bestuurlijk niveau de discussie over de vernieuwing van normen en waarden in relatie tot de geestelijke gezondheid van allochtonen plaats te vinden. De uitgelezen 'kamer' daarvoor is het zogenaamde regio-

visie-overleg geestelijke gezondheidszorg. In dit overleg waaraan de belangrijkste partners (aanbieders, gebruikers en overheid) op het terrein van de GGZ deelnemen worden - zo is de bedoeling - strategische knelpunten besproken, alsook een langetermijnvisie en -strategie ontwikkeld. Het in 1997 uitgebrachte SAM-advies inzake de geestelijke gezondheid van allochtonen biedt een waardevol document om de besprekingen op dit terrein te funderen (13). Met een gemeenschappelijk gedragen visie, waarin de discussie over de normatieve grondslagen van ons eigen zorgsysteem niet mag ontbreken, zouden we in Den Haag een waardevol richtsnoer ter beschikking hebben om de in dit Bulletin genoemde en andere ontwikkelingsprojecten aan te sturen.

Tot slot

Bommeljé stelde, dat wie heil verwacht van de waarheid, een weerbarstige werkelijkheid maar moeilijk kan aanvaarden. Het is niet aangenaam om meer dan drie decennia na het begin van de migratiebewegingen te ervaren, dat er volop problemen zijn op het terrein van de geestelijke gezondheid van allochtonen. Weerbarstiger nog lijkt de werkelijkheid, wanneer we ons ten doel stellen, de ziel van onze eigen gezondheidszorg, onze eigen culturele normen en waarden, onze zekerheden en ons prestige ter discussie te stellen.

Uit de interviews komt de opvatting naar voren, dat vele van de met migratie samenhangende problemen onder de druk van assimilatie op de lange duur, in een 'natuurlijk verloop' tot oplossing komen.

Ik ben van mening dat onze beschaving van ons vraagt, meer en met name adequate aandacht te geven aan de geestelijke gezondheid van allochtonen. Dat we de waarheid over deze werkelijkheid nog niet helemaal kennen mag geen motief zijn om dat niet te doen. Deze tekortkoming komt voor een belangrijk deel voort uit het feit dat we te veel rekenen op onze waarheidstrechter, maar die is voor het gegeven onderwerp niet geschikt. Onderzoek gericht op het verkrijgen van meer inzicht in de problematiek zou in ieder geval een goed evenwicht moeten laten zien van analyses vanuit het subjectieve, het normatieve en het objectieve perspectief. En de te ondernemen activiteiten zouden hiermee in de pas moeten lopen door veel meer ruimte te scheppen voor de persoonlijke beleving en benadering

('illness'), als ook voor het werken met normen en waardesystemen en sociaal-economische situaties ('sickness'). De extra aandacht betekent geenszins, dat opnieuw een categoriale aanpak van allochtonenproblematiek aan de orde is. In tegendeel. Er zijn geen extra of bijzondere voorzieningen nodig, maar transformaties binnen de bestaande samenleving en ons zorgsysteem. En deze komen zeker niet alleen de allochtone bevolkingsgroepen ten goede.

Er is reden te veronderstellen dat juist in deze tijd in Den Haag goede vooruitgang kan worden geboekt. Er zijn in de stad, zoals blijkt uit de diverse bijdragen in dit nummer, volop initiatieven en positieve ontwikkelingen aan de gang.

Bij Parnassia wordt - zo blijkt - de situatie serieus genomen en worden in de vorm van projecten, patiënten- en personeelsbeleid initiatieven genomen. Er zijn daarnaast in Den Haag, ook van andere huize, een veelheid van kleinschalige projecten gestart. Bestuurders hebben in regiovisie-verband een vorm gecreëerd om dit thema samen krachtig op te pakken. Er bestaat in de vorm van de Stichting ter Ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (STIOM) op stadsdeelniveau een uitstekende infrastructuur om projecten van maatschappelijke gezondheidszorg te realiseren, te verbeteren en te verankeren. Naar aanleiding van de verontrustende signalen over zelfmoordgedrag onder allochtone jonge meisjes en vrouwen is een breed discussie-forum public health van start gegaan om beter begrip en oplossingen te creëren voor deze problematiek. Verder wordt in breed verband van Haagse hulpverleners en instellingen van gezondheidszorg gewerkt aan een stedelijk 'Kenniscentrum voor Gezondheid en Allochtonen' (14).

Een cruciaal punt van aandacht blijft de noodzaak op diverse niveaus (cliëntcontact, projectniveau, bestuurlijk) in passende vormen een waarachtige participatie van allochtonen en allochtone organisaties zelf te realiseren.

De redactie van het Epidemiologisch Bulletin beschouwt deze editie als een presentatie van de huidige stand van zaken met betrekking tot de geestelijke gezondheid van allochtonen in Den Haag. Ze zou graag in de vorm van themanummers periodiek - bijvoorbeeld eenmaal per twee jaar - verslag doen over de voortgang van de Haagse inspanningen om de situatie te verbeteren.

Literatuur:

1. Bommeljé B. Waarheidskwesie Bijlmer-enquête verhult de werkelijkheid, NRC, 20 februari 1999.
2. Kunneman H. De waarheidstrechtter. Een communicatietheoretisch perspectief op wetenschap en samenleving. Meppel: BOOM, 1986.
3. Nijhuis HGJ. Voorwaarden voor vernieuwing van public health. Een wetenschaps- en maatschappijtheoretisch perspectief. Delft: ELMAR, 1994.
4. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document. Ottawa: Ministry Health and Welfare, 1974.
5. Susser M. Does Risk Factor Epidemiology put Epidemiology at Risk. Peering into the Future. J. Epidemiol Community Health 1998; 52: 608-11.
6. Krieger N. Epidemiology and the Web of Causation: has anyone seen the Spider? Soc Sci Med 1994; 39: 887-903.
7. Habermas J. Theorie des Kommunikativen Handelns. Band 1 und 2. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1981.
8. Taylor C. Sources of the Self: the Making of Modern Identity. Cambridge: Press Syndicate of the University of Cambridge, 1994: 73.
9. Limburg-Okken A. Migranten in de psychiatrie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1989.
10. Frankenberg R. Your Time or Mine? An Anthropological View on the Tragic Contradictions of Biomedical Practice. Int J Health Serv 1988; 1: 11-35.
11. Richters JM. De medische antropoloog als verteller en vertaler. Met Hermes op reis in het land van de afgoden. Heemstede: Smart, 1991.
12. Schudel WJ, Struben HWA, Vroom-Jongerden JM. Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst Den Haag 1987-1993. Epidemiol Bul Grav 1998; 33 nr. 4: 7-13.
13. Stedelijke Adviesraad Multiculturele Stad. Geloven in de geestelijke gezondheidszorg: naar een ontvankelijke en toegankelijke interculturele geestelijke gezondheidszorg. Den Haag, 1997.
14. Kerkhoff AHM, et al. Moderne public pealth in Den Haag. Den Haag: Gemeente, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, 1999.

Aanbevolen literatuur:

1. Boedjarath I, Bekkem D van. Een blik in de transculturele hulpverlening. Vijftien jaar ervaring met verlies en verrijking. Utrecht: Jan van Arkel, 1997.
2. Eppink A, Mouthaan I, Janssen C. Migrant and their Mental Health. A Survey of the International Literature and Assessment of the Situation in the Netherlands. NcGv. Utrecht 1992.
3. Giel R. Vreemde zielen. Een sociaal-psychiatrische verkenning in andere culturen. Meppel: Boom, 1984.
4. Jong J de, Berg M van den. Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1996.
5. Kleinman A. Rethinking Psychiatry. From Cultural Category of Personal Experience. New York: Free Press, 1988.
6. Kleinman A, Good B. Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-cultural Psychiatry of Affect and Disorder. Berkeley: University of California Press 1985.
7. Leff J. Psychiatry around the Globe: a Transcultural View. New York: Marcel Dekker, 1981.
8. Limburg-Okken A. Migranten in de psychiatrie. Van Loghum Slaterus, Deventer 1989.
9. Marsella AJ, Friedman MJ, Gerrity ET, Scurfield RM. Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder. Wastington: American Psychiatric Association, 1996.
10. Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL. Culture and Psychiatric Diagnosis: A DSM-IV Perspective. Wastington: American Psychiatric Press, 1996.
11. Serman D. Een olijfboom op de ijsberg. Een transcultureel- psychiatrische visie op en behandeling van de problemen van jonge Noord-Afrikanen en hun families. Nederlands Centrum Buitenlanders, Amsterdam/Utrecht 1996.
12. Thomaes K. Turkse vrouwen aan het woord. Een onderzoek naar ziekteverklaringen en hulpzoekgedrag met betrekking tot geestelijke gezondheidsproblemen bij Turkse vrouwen in Maastricht. RIAGG. Maastricht 1994.
13. Veer G van der. Counselling and Therapy with Refugees and Victims of Trauma. Chichester/ New York: Wilcy, 1998.
14. Waning A van. Multiculturele samenleving en psychoanalyse. Assen: Van Gorcum, 1999.

Tijdschrift:

Culture, Medicine & Psychiatry (verschijnt vier keer per jaar);

korte berichten

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Onderzoek in het kort

Komt allergie steeds vaker voor?

Allergische reacties in de luchtwegen, bijvoorbeeld hooikoorts, komen steeds meer voor. Vooral kinderen hebben last van luchtwegallergieën: maar liefst 10-15% van de kinderen in de westerse wereld heeft een allergische luchtwegaandoening. Daarnaast lijkt huidallergie ook toe te nemen. Dit zijn uitkomsten van een inventariserend onderzoek van de Wetenschapswinkel Biologie Utrecht. Het onderzoek is uitgevoerd door drs. M. van Zijverden en dr. R. Pieters van het Research Instituut Toxicologie van de Universiteit Utrecht.

Allergie kan optreden in de luchtwegen, het maag-darmstelsel of de huid. Soms is de aandoening op die plek ontstaan, maar soms ook niet. Een allergie voor iets dat wordt ingeademd, kan zich bijvoorbeeld in de huid openbaren als eczeem. Dat maakt het moeilijk te achterhalen welke stof de allergie veroorzaakt.

Dit maakt het ook lastig vast te stellen waardoor sommige allergieën tegenwoordig vaker voorkomen. Omgevingsfactoren zoals hygiëne, het doorstaan van infecties en luchtvervuiling spelen op enigerlei wijze in meer of minde-

re mate een rol. De enige factor waarvan onomstotelijk is bewezen dat het de kans op allergie doet toenemen is roken.

Hoewel artsen de beschikking hebben over verschillende diagnostische methoden en mogelijkheden om de klachten te verminderen, is genezing van een allergie niet mogelijk. Wel kan iemand 'over een allergie heen groeien'.

Wat allergie is, welke vormen te onderscheiden zijn, hoeveel mensen er last van hebben en in hoeverre dit aantal toeneemt staat beschreven in het rapport: 'Allergie, werkelijke of vermeende toename; inventarisatie van de wetenschappelijke kennis rond het ontstaan en voorkomen van allergische reacties bij de mens.' Rapportnummer: P-UB-99-01, prijs f. 7,50. Te bestellen bij de Wetenschapswinkel Biologie Utrecht, tel. 030 - 253 73 63, fax 030 - 253 57 95.

Voorlichting

Drugs Informatielijn nu ook 's avonds open

Mensen die een gesprek willen met een medewerker van de Drugs Informatielijn kunnen nu op alle werkdagen terecht van 13.00-21.00 uur. Hiermee komt het Trimbos-instituut tegemoet aan de wensen van mensen die niet tij-

dens kantooruren kunnen bellen. In 1998 werd de lijn ongeveer 30.000 maal gebeld. Ook de drugsinformatie op de website (www.trimbos.nl) is populair: vorig jaar werden deze pagina's bijna 47.000 maal geraadpleegd, ruim twee maal zoveel als in het jaar daarvoor.

De Drugs Informatielijn (tel. 0900-1995, 22 ct/min) is een landelijke telefoonlijn waar iedereen met vragen over drugs en druggebruik terecht kan. De lijn wordt gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en ZorgOnderzoek Nederland. Ruim de helft van de bellers kiest voor een gesprek met een medewerker (56%), anderen maken gebruik van het voice response systeem om informatie over middelen of adressen te krijgen of om een folder te bestellen. Vorig jaar werden ongeveer 36.500 folders besteld, 4.000 meer dan in 1997. Dit bestellen en het beluisteren van informatie blijven 24 uur per dag mogelijk. De meeste gesprekken worden gevoerd met jongeren beneden de 21 jaar. Van alle vragen over middelen gaat 14% over hasj en wiet, 6% over XTC, 6% over cocaïne en 4% over speed. Bijna de helft van de bellers (46%) vraagt informatie voor een werkstuk of scriptie voor school of opleiding. Een op de zeven telefoontjes (14%) betreft vragen over het eigen

gebruik. Men wil dan meer weten over de werking en risico's van de verschillende middelen. Andere groepen bellers zijn beroepskrachten (11%) en ouders (8%). Er bellen meer vrouwen (61%) dan mannen. Van de ouders belt in 86% van de gevallen de moeder.

Docent 'Gezondheidsvoorlichting in de eigen taal en cultuur'

Sinds 1988 geven migrantenvoorlichters in Den Haag groepsvoorlichting over gezondheid en opvoeding in de eigen taal en cultuur. Om aan de toenemende vraag tegemoet te komen zijn voorlichters nodig. De GGD, afdeling Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding (GVO), start binnenkort met een nieuwe opleiding voor allochtone mannen. De cursusduur is van september 1999 tot juli 2000. De cursisten krijgen drie keer per week les, twee keer in het Nederlands en één keer in de eigen taal en cultuur. Een les duurt drie uur. De thema's waarin les wordt gegeven zijn Gezondheidszorg in Nederland, Begrijp je lichaam, Psychosomatiek, Medicijngebruik, Seksualiteit, SOA, Aids en Gezond op reis. De lestijden worden in overleg met de cursisten bepaald. De lessen worden gegeven op een locatie in de Schilderswijk in Den Haag.

Voor de lessen in het Nederlands zoekt de GGD iemand met ervaring in de gezondheidszorg en met lesgeven (min. HBO niveau), die affiniteit met de doelgroep heeft en die bereid is om zondag op zaterdag en in de avonden les te geven.

Informatie en aanmelden:

De GGD, afdeling GVO, Thorbeckelaan 360, 2564 BZ Den Haag, Contactpersonen zijn mevrouw

K. Bree (telefoon 070 - 353.7254) en de heer G. Linkerhof (070 - 353.7216). Aanmelden kan tot en met 1 juli 1999.

Nieuw verschenen

Een half woord is meestal niet genoeg

In de gezondheidszorg en het onderwijs wordt de cliëntenpopulatie steeds meer divers. Veel allochtone cliënten begrijpen onvoldoende Nederlands om naar wens gebruik te kunnen maken van hulp of voorzieningen, of ze spreken niet voldoende Nederlands om hun verhaal adequaat te kunnen doen. Toch wordt door hulpverleners, leerkrachten en andere medewerkers nog maar mondjesmaat gebruikgemaakt van tolken.

Het boekje 'Een half woord is meestal niet genoeg.' Aanbevelingen voor het werken met een tolk in gezondheidszorg en onderwijs wil de drempel om met een tolk te werken verlagen en de kwaliteit van gesprekken met tolken verhogen. Inzichtelijk worden valkuilen en succesfactoren tijdens het werken met tolken in kaart gebracht en lastige praktijksituaties beschreven. Een aantal bijlagen, onder andere over talen in Nederland en over de tolkdiensten van Tolkencentra, maken het boekje tot een handig naslagwerk.

Het boekje is gebaseerd op praktijkervaringen van diverse medewerkers in Audiologische Centra. Het is echter geschreven voor een bredere doelgroep in de gezondheidszorg en het onderwijs. Te denken valt aan hulpverleners binnen het (speciaal) onderwijs en

in het bijzonder op scholen voor slechthorenden en doven en op scholen voor kinderen met ernstige spraak-taalmoeilijkheden, binnen RIAGG's, SPD's en ziekenhuizen. Daarnaast kunnen ook individuele beroepsoefenaren zoals logopedisten, fysiotherapeuten en huisartsen hun voordeel doen met de adviezen.

Speciale aandacht wordt besteed aan de rol van tolken bij logopedisch onderzoek. Bij meertalige kinderen moet immers ook de ontwikkeling in de taal die ze thuis spreken worden onderzocht. Zonder tolk is dit niet mogelijk.

Het boekje (ISBN 90 5517 111 5) kost f. 14,50. Te bestellen bij NCB, afd. Verkoop, Postbus 638, 3500 AP Utrecht, fax 030 - 236 45 46, onder vermelding van artikelnummer 987.1115.

Aangifte infectieziekten

Op pag.48 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Delfland (locatie Rijswijk) en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer). Eénmaal per jaar wordt de opgave per regio gespecificeerd.

Draagt u zorg voor een tijdige en juiste aangifte van de infectieziekten die zich in uw praktijk voordoen?

Onderstaand volgt enige casuïstiek van de Haagse opgave over het eerste kwartaal 1999.

De gemelde febris typhoidea-patiënt heeft de besmetting opgelopen in Pakistan. Patiënt heeft zich voor vertrek niet laten vaccineren.

De 3 aangegeven dysenteria bacillaris-patiënten (1 *Sh. sonnei*, 1 *Sh. boydii*, 1 *Sh. flexneri*) liepen allen de besmetting op in het buitenland, respectievelijk in India en tweemaal in Curacao.

Van de 38 aangemelde hepatitis A-patiënten werden de meeste besmettingen via contacten op school opgedaan. De overige besmettingen vonden vooral plaats via huisgenoten en 2 patiënten werden in respectievelijk de Dominicaanse Republiek en Duitsland besmet.

Om verdere verspreiding onder huisgenoten te voorkomen is in diverse families aan de huiscontacten gamma globuline gegeven.

De besmettingsbron van de 2 hepatitis B-patiënten was waarschijnlijk seksueel contact.

De bron van de aangegeven leptospirosisbesmetting was waarschijnlijk een meertje in Noord-Frankrijk.

De besmetting van de malaria-patiënt (*P. falciparum*) werd opgelopen tijdens vakantie in Suriname. Patiënt bleek geen malaria-profylaxe te hebben genomen.

Er werden 9 meningococcosis-patiënten gemeld. Een patiënt is overleden. Alle directe contacten kregen profylaxe met rifampicine toegediend.

Tevens werd aan diverse scholen informatie verstrekt.

De 2 aangegeven mazelen-patiënten bleken beiden volledig gevaccineerd te zijn.

Er werden 20 pertussis-patiënten in de leeftijd van 6 maanden tot 14 jaar gemeld. De meeste kinderen bleken volledig gevaccineerd volgens het Rijks vaccinatieprogramma; 3 kinderen bleken uit geloofsovertuiging niet gevaccineerd. De meeste besmettingen waren school- of familiegerelateerd.

Van de 35 gemelde scabies-patiënten werden de meeste besmettingen gevonden bij personen die bij aankomst in Nederland waren opgenomen in een asielzoekerscentrum.

Bij een zelfstandig wonende jongen, werkzaam op een beschermde werkplaats, werd met behulp van de thuiszorg en een vrijwilliger na verschillende pogingen met veel moeite de scabies bestreden.

Van de 5 gemelde voedselinfectie-patiënten waren 2 patiënten ziek geworden na het eten van roerei in een restaurant. De Keuringsdienst van Waren werd hiervoor ingeschakeld. Van de overigen bleef de bron onbekend.

Aan deze rubriek werkten mee:

Mw. A. Tiemen (GGD Delfland-Rijswijk);

Mw. G.J. Wijkmans;

K.B. Yap (GGD West-Holland).

Overzicht aangifte infectieziekten regio Den Haag naar meest voorkomende besmettingsbron en onderverdeeld naar *voornaamste* besmettingsweg

Bron	Besmettingsweg	Ziekte	1999 1e kw	1999 2e kw	1999 3e kw	1999 4e kw	1999 1e kw	1999 1e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		lepra (B)						
		meningococcosis (B)*	11				9	11
		morbilli (B)	2					2
		(atyp.) pertussis (B)**	40				43	40
		rubella (B)					7	
		tuberculosis (B)	21				19	21
		parotitis epidemica (C)	1					1
	seksueel contact	gonorrhoea (C)	4				10	4
		syfilis prim./sec. (C)	5				3	5
		syfilis congenita (C)						
	seksueel cont./bloed	hepatitis B (B)1	3				4	3
		HIV-infectie/Aids (1)***					1	
	faecaal/oraal	poliomyelitis (A)(2)						
hepatitis A (B)(3)		45				66	45	
dysenteria bacillaris (B)(3)		3				3	3	
huid/kleding/bed	scabies (B)(4)	38				48	38	
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)						
		Q-koorts (B)(5)						
	insectenbeet	lassakoorts (A)(6)						
		febris recurrens (B)						
		gele koorts (B)						
		malaria (B)	1				4	1
		typhus exanthematicus (B)						
	beet/speeksel	rabies (A)						
		pest (A)						
	aanraking	anthrax (B)						
tularemia (B)								
brucellosis (B)(5)								
omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)						
	consumptie	cholera (B)						
		trichinosis (B)						
		voedselvergiftiging (B)	5				13	5
		febris typhoidea (A)	1					1
		paratyfus B (B)						
		botulisme (B)(7)						
contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)	1					1	
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)							
totaal							229	181

(A)(B)(C) traditionele categorie-aanduiding

* samenvoeging meningitis cer. epid. en men. sepsis

** samenvoeging pertussis en atypische pertussis

*** niet aangifteplichtig, bekend bij GGD

(1) ook besmetting door medisch handelen/prikaccidenten

(2) ook aerogene besmetting

(3) ook besmetting via water/voedsel

(4) soms besmetting via beddengoed

(5) ook besmetting door consumptie rauwe melkproducten

(6) ook andere vormen van Afr. vir. haem. koorts

(7) ook wondbesmetting