



‘Voorlichting psychosomatiek in Den Haag: in evenwicht voorgelicht?’

*Een kwalitatief onderzoek naar de voorlichting psychosomatiek voor allochtonen
in de gemeente Den Haag*

**Afstudeerscriptie voor de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap,
Universiteit Twente, Enschede**

Suzanne Krutwagen

In opdracht van GGD Den Haag
Afdeling Gezondheidsvoorlichting
Steunpunt VETC Den Haag

Den Haag, 28 oktober 2005

Afstudeercommissie:

Universiteit Twente: dr. C.H.C. Drossaert

Universiteit Twente: dr. E. Taal

GGD Den Haag: dr. M.J. Bakker

Samenvatting

In Nederland hebben zich de afgelopen jaren steeds meer allochtonen gehuisvest. Aangekomen in Nederland, wordt van hen verwacht dat zij zich zo snel mogelijk aanpassen aan de Nederlandse cultuur. Dit neemt stress en spanningen met zich mee, welke zich kunnen uiten in allerlei lichamelijke en psychische klachten. Op dit grensvlak liggen psychosomatische klachten: lichamelijke klachten met een psychische oorzaak. Vanuit het Steunpunt Voorlichting Eigen Taal en Cultuur Den Haag (VETC) wordt aan allochtonen in Den Haag de voorlichting psychosomatiek aangeboden door allochtone voorlicht(st)ers: VETC-ers.

De voorlichting psychosomatiek is door het NIGZ ontwikkeld in 1996. De inhoud van de voorlichting psychosomatiek is vastgelegd in 'Psychosomatische klachten. Lesboek voor de kadercursus gezondheidsvoorlichting aan groepen migranten'. Dit lesboek wordt gebruikt door de VETC-ers. Daarnaast kunnen zij gebruik maken van enkele voorlichtingsmaterialen, ontwikkeld eind jaren tachtig: 2 video's, een brochure en een wandplaat. De samenleving evolueert. De voorlichting psychosomatiek zoals ontwikkeld in 1996, sluit niet meer aan op de samenleving van 2005 en de behoeften van de daarin levende allochtone doelgroepen. Tevens blijken doelstellingen voor de voorlichting psychosomatiek te ontbreken. Daarom is onderzoek nodig.

Dit onderzoek heeft betrekking op het evalueren van de huidige voorlichting psychosomatiek en het inventariseren van de wensen voor de toekomst van de voorlichting psychosomatiek. Daarbij is getracht om concrete, toetsbare doelstellingen voor de voorlichting psychosomatiek te formuleren. Dit onderzoek probeert een antwoord te vinden op de volgende onderzoeksvraag:

“Wat is het oordeel van VETC-ers, VETC-coördinatoren en relevante deskundigen over de huidige voorlichting psychosomatiek, wat zijn daarnaast de wensen ten aanzien van de toekomst van de voorlichting psychosomatiek en hoe kunnen deze wensen worden vertaald naar de praktijk?”

Dit onderzoek bestond uit drie deelonderzoeken. Het eerste deelonderzoek bestond uit literatuuronderzoek, waarbij werd ingegaan op de gezondheid van allochtonen en mogelijke oorzaken van hun gezondheidsproblemen. Het tweede deelonderzoek betrof kwalitatief onderzoek onder 15 VETC-ers en 2 VETC-coördinatoren, waarbij de huidige voorlichting psychosomatiek werd geëvalueerd en de wensen voor de toekomst werden geïnventariseerd door middel van interviews. In het derde deelonderzoek zijn twee focusgroepen van deskundigen gevormd met als doel consensus te bereiken over doelstellingen en inhoud van de voorlichting psychosomatiek, voorlichtingsmaterialen, methodieken, de rol van de VETC-er en de insteek van

de voorlichting psychosomatiek (preventief of curatief). De belangrijkste resultaten worden hieronder samengevat, waardoor antwoord wordt gegeven op de hoofdvraag.

Uit het tweede deelonderzoek bleek dat VETC-ers en VETC-coördinatoren over het algemeen redelijk positief zijn over de inhoud van de voorlichting psychosomatiek. Echter, zij misten unaniem diepgang en vonden de voorlichting (vooral de materialen) verouderd. Een aantal onderwerpen werd gemist (zoals depressie, generatieverschillen) of verdiende aanvulling (zoals verband tussen lichaam en geest, verwijsmogelijkheden). Ook gaven zij aan kennis over het gebruik van methodieken te missen. Wat betreft de doelstellingen van de voorlichting psychosomatiek waren VETC-ers en VETC-coördinatoren het in grote lijnen met elkaar eens. Echter niet wanneer de hulpverlening in zicht kwam. VETC-ers leken sneller geneigd om doelstellingen op het gebied van hulpverlening naar zich toe te trekken, terwijl de VETC-coördinatoren dit juist wilden voorkomen. De belangrijkste resultaten van dit deelonderzoek waren dan ook de volgende: de grenzen tussen voorlichting (preventief) en hulpverlening (curatief) bleken voor VETC-ers in de praktijk lastig te zijn en er was dringende behoefte aan diepgang (kennis), vernieuwd voorlichtingsmateriaal en interactieve methodieken.

In het derde deelonderzoek participeerden relevante deskundigen in focusgroepen. Hoewel volledige consensus over hoe de voorlichting psychosomatiek er in de toekomst uit zou moeten zien op basis van twee focusgroepen niet bereikt kon worden, hebben de focusgroepen toch geresulteerd in een aantal belangrijke conclusies. De deskundigen bevestigden dat doelstellingen voor de voorlichting psychosomatiek niet alleen gericht moeten zijn op het niveau van kennis (informereren), maar ook op niveaus van gedragsdeterminanten. De voorlichting psychosomatiek moet tevens rekening houden met de mogelijke oorzaken van gezondheidsklachten van deelnemers, als gevolg van het migratieproces. De deskundigen noemden een aantal nieuwe voorlichtingsmaterialen, methodieken en voorwaarden voor de expertise van de VETC-er om de voorlichting psychosomatiek te kunnen geven. Tot slot is gebleken dat de voorlichting psychosomatiek in de toekomst een grotendeels preventieve insteek zou moeten hebben, aangevuld met een curatief deel. Dit curatieve gedeelte zou een brug moeten slaan tussen allochtonen met klachten en de Nederlandse gezondheidszorg.

Summary

The last few years, more and more members of ethnic minorities settled in the Netherlands. Once in the Netherlands, migrants are expected to adapt to the Dutch culture as soon as possible. This new situation leads to stress and strains which can cause physical and psychological health problems. On the verge of these problems there are psychosomatic complaints which are physical health complaints with a psychological cause. In The Hague, the education in psychosomatic complaints which focuses on migrants is provided by the 'Steunpunt Voorlichting Eigen Taal en Cultuur (VETC). The concept of VETC is based on the health education of migrants in their own language and culture (peer-education). The courses are given by foreign health educators: VETC-educators.

The health education in psychosomatic complaints was developed by the NIGZ in 1996. The health education format is written down in a manual named 'Psychosomatische klachten. Lesboek voor de kadercursus gezondheidsvoorlichting aan groepen migranten'. This manual is used by VETC-educators. In addition to this manual, VETC-educators can use educational material like videotapes, a brochure and a poster. This material was developed in the late eighties. The society evolves. It is expected that the health education in psychosomatic complaints, as it was developed in 1996, does not correspond to the needs of the different ethnic target groups in the society nowadays. A complication is that aims for the health education in psychosomatic complaints are missing. Therefore research is necessary.

In this study the present health education in psychosomatic complaints has been evaluated and an inventory of wishes for the future health education in psychosomatic complaints has been made. Meanwhile an attempt has been made to formulate concrete, testable aims for the health education in psychosomatic complaints. This study attempts to find an answer on the following research question:

"What is the opinion of VETC-educators, VETC-coordinators and relevant experts of the present health education in psychosomatic complaints, what are their wishes in respect of the future health education in psychosomatic complaints and how can these wishes be put into practice?"

The study consisted of three research parts. The first part consisted of literature research, which described health problems of migrants and possible causes of these problems. The second research part consisted of a qualitative research amongst 15 VETC-educators and 2 VETC-coordinators. The present health education in psychosomatic complaints has been evaluated and an inventory of wishes for the future has been made by means of interviews. In the third research part two focus groups of experts have been formed in order to reach consensus about aims and

contents, educational materials, methodologies, the role of the VETC-educator and the direction of the health education in psychosomatic complaints (preventive or curative). The most important results will be summarized below in order to provide an answer to the main research question.

In the second research part it appeared that VETC-educators and VETC-coordinators in general are rather positive about the contents of the health education in psychosomatic complaints. However they unanimously missed profundity and they thought the education, especially the educational materials, was old-fashioned. Some topics, like depression and differences between generations were missing, other topics, like relation between body and mind and references needed more amplification. The educators also pointed out to the lack of knowledge how to use different methodologies. About the aims of the health education in psychosomatic complaints, both educators and coordinators had the same opinion. However they disagreed about the subject of medical assistance. Educators were inclined to fulfil the role of medical assistant, while coordinators, in contrary tried to prevent this to happen. In conclusion: it appeared to be difficult to draw a line between education (preventive) and medical assistance (curative), there was an urgent need for profundity (knowledge) and a need for updated educational materials and interactive methodologies.

In the third research part relevant experts participated in two focus groups. Although full consensus has not been reached, the meetings have led to important conclusions. Experts confirm that the aims of the health education in psychosomatic complaints should not be focussed on the level of knowledge only (to inform) but also on levels of behavioural determinants. The health education in psychosomatic complaints has to deal with possible causes of health problems of the participants, as a result of their migration process. The experts pointed out some new educational materials, methodologies and conditions for the assessment of a VETC-educator. Finally the focus groups concluded that the future of the health education in psychosomatic complaints should be focussed mainly on prevention and completed with a small curative part. This curative part should create a bridge between migrants with psychosomatic complaints and the Dutch health care.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Summary	4
Inhoudsopgave	6
Voorwoord	8
1 Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Doelstellingen onderzoek	9
1.3 Onderzoeksopzet	10
1.4 Opzet van de afstudeerscriptie	10
2 Allochtonen en gezondheid	11
2.1 Begripsbepaling	11
2.2 Allochtonen	12
2.2.1 Allochtonen in Nederland	12
2.2.2 Allochtonen in Den Haag	13
2.3 Gezondheid van allochtonen	13
2.3.1 Psychische klachten	14
2.3.2 Psychosomatische klachten	16
2.4 Mogelijke oorzaken gezondheidsproblemen	17
2.4.1 Migratieproces	17
2.4.1.1 Pre-migratie: Bagage	18
2.4.1.2 Post-migratie: Adaptatie, werk & huisvesting, sociale steun	19
2.4.2 Conflicten tussen de eerste en tweede generatie	22
2.4.3 Culturele verschillen in opvattingen over ziekte en gezondheid	23
2.5 Conclusies	24
3 Voorlichting psychosomatiek	26
3.1 Opdrachtgever: GGD Den Haag	26
3.2 Voorlichting Eigen Taal en Cultuur: een historische schets	26
3.3 Voorlichting Eigen Taal en Cultuur: Den Haag	27
3.4 Doelgroep voorlichting psychosomatiek Den Haag	28
3.5 Doelstellingen voorlichting psychosomatiek	29
3.6 Inhoud van de voorlichting psychosomatiek	30
3.7 Voorlichtingsmateriaal	31
3.8 Methodieken	32
3.9 Bijscholing	32
3.10 Werving	33
3.11 Evaluatie	33
3.12 Gesignaleerde problemen	34
3.13 Conclusies	35
3.14 Onderzoeksvragen	36
4 Onderzoeksmethoden	39
4.1 Interviews	39
4.1.1 Respondenten	39
4.1.2 Procedure & interviewschema's	39
4.1.3 Analyse	43
4.2 Focusgroepen	43
4.2.1 Respondenten	44
4.2.2 Procedure & vragenschema's	45
4.2.3 Analyse	47
5 Resultaten interviews VETC-ers & VETC-coördinatoren	48
5.1 Achtergrondgegevens	48
5.2 Doelstellingen voorlichting psychosomatiek	50
5.3 Inhoud van de voorlichting psychosomatiek	54
5.4 Voorlichtingsmateriaal	58
5.5 Methodieken	64

5.6	Bijscholing	66
5.7	Werving	67
5.8	Evaluatie	68
5.9	De rol van de VETC-er	68
6	Resultaten focusgroepen bestaande uit deskundigen	70
6.1	Achtergrondgegevens	70
6.2	Doelstellingen en inhoud	70
6.3	Doelgroepen	76
6.4	Voorlichtingsmateriaal	76
6.5	Methodieken	78
6.6	De rol van de VETC-er	80
7	Conclusies en discussie	82
7.1	Doelstellingen en inhoud voorlichting psychosomatiek	82
7.2	Voorlichtingsmateriaal	86
7.3	Methodieken	87
7.4	Bijscholing	88
7.5	Werving	89
7.6	Evaluatie	89
7.7	De rol van de VETC-er	89
7.8	Kanttekeningen bij het onderzoek	91
7.9	Relevantie en generaliseerbaarheid van dit onderzoek	93
8	Aanbevelingen	94
8.1	Aanbevelingen voor de toekomst van de voorlichting psychosomatiek	94
8.2	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	96
	Referenties	97
	Bijlagen	103
	Bijlage 1: Interview-schema VETC-ers	103
	Bijlage 2: Interview-schema VETC-coördinatoren	111
	Bijlage 3: Doelstellingen	117
	Bijlage 4: Vragenschema focusgroep 1	118
	Bijlage 5: Vragenschema focusgroep 2	121

Voorwoord

De komende pagina's neem ik u mee naar mijn afstudeeronderzoek, ter afronding van mijn studie Toegepaste Communicatiewetenschap aan de Universiteit Twente te Enschede. Toen ik half maart aan deze klus begon, had ik van het woord psychosomatiek wel eens gehoord, maar wat het precies inhield, dat wist ik niet goed. Na een duik in de literatuur bleek het een lastig onderwerp. Een onderwerp, waarover informatie moest worden overgebracht aan allochtone doelgroepen. Gevarieerde doelgroepen bestaande uit mannen, vrouwen, arbeidsmigranten, vluchtelingen, asielzoekers: mensen met verschillende achtergronden en afkomstig uit verschillende landen. Het middel om de informatie over te brengen was groepsvoorlichting door allochtone voorlicht(st)ers. De wereld van VETC: Voorlichting Eigen Taal en Cultuur.

Vanaf het begin is het grappige voor mij aan deze opdracht het feit dat ik mijn studie zo kan afronden op een gebied, waarmee ik een beetje ben opgegroeid. Menig asielzoeker of vluchteling kwam bij ons thuis over de vloer, doordat mijn ouders vrijwilligers waren binnen Vluchtelingenwerk. Deze ervaringen (onder andere Internationale Vrouwendagen) heb ik kunnen gebruiken bij de Nationale Vrouwen Beweging in Suriname en zo ook afgelopen maanden in het onderzoek naar de voorlichting psychosomatiek onder allochtonen, woonachtig in Den Haag. Tenminste één rode draad is daarmee te ontdekken!

Deze rode draad, oftewel de structuur, bleek het sleutelwoord gedurende de gesprekken met mijn begeleiders in Enschede. Stans Drossaert wist samen met Erik Taal steeds de draad te vinden en vast te houden, wanneer ik die onderweg uit het oog dreigde te verliezen. Beiden hartelijk dank daarvoor. In Den Haag werden zulke gesprekken gevoerd met Martijntje Bakker. Ook haar wil ik bedanken voor de nuttige feedback. Feedback kwam ook van de VETC-coördinatoren: Gerard Linkerhof en Els Enting: bedankt. In het derde deelonderzoek heb ik kort maar intensief mogen samenwerken met Marion Ferber en Els Enting. Bedankt voor jullie tijd, moeite en waardevolle bijdragen aan mijn onderzoek.

Tot slot wil ik van dit moment gebruik maken om mijn ouders, Henk & Dineke, te bedanken voor het vertrouwen in mij en mijn keuzes en samen met Eefke & Michiel voor een warm thuis. Vrienden, vriendinnen, ("schoon")familie: dank jullie wel voor jullie steun, vriendschap en betrokkenheid. Als laatste, maar voor mij misschien stiekem belangrijkste, wil ik Toon bedanken. Je hebt altijd achter me gestaan, toen ik naar Suriname en toen ik naar Den Haag ging. Dank je wel voor je steun, je humor en je vertrouwen.

Den Haag, 28 oktober 2005

1 Inleiding

In Nederland hebben zich de afgelopen jaren steeds meer allochtonen gehuisvest. Vooral in de grote steden vormen zij een aanzienlijk deel van de bevolking. Iedere allochtoon neemt zijn of haar eigen bagage mee: ervaringen van het migratieproces, migratiemotieven, maar ook sociaal-maatschappelijke factoren zoals opleidingsniveau. In Nederland wordt van hen verwacht dat zij zich zo snel mogelijk aanpassen aan de westerse, Nederlandse cultuur. Vaak ver weg van familieleden en vrienden trachten zij een nieuw bestaan op te bouwen in een voor hen onbekende samenleving. Dit alles brengt stress en spanningen met zich mee, welke zich kunnen uiten in allerlei lichamelijke en psychische klachten. Op dit grensvlak liggen psychosomatische klachten: lichamelijke klachten met een psychische oorzaak. Voor allochtonen, woonachtig in Den Haag, wordt door de GGD Den Haag, vanuit het Steunpunt Voorlichting Eigen Taal en Cultuur Den Haag, sinds 1998 de voorlichting psychosomatiek aangeboden.

1.1 Aanleiding

Einde 2004 ontving het Steunpunt VETC Den Haag uit het veld signalen, dat de voorlichting psychosomatiek niet meer helemaal zou aansluiten bij enerzijds de behoeften van de doelgroep en anderzijds bij wat er in de doelgroep speelt. Mogelijke oorzaak daarvoor zou kunnen zijn, dat het materiaal voor de VETC-ers (lesboek, bijscholingsmateriaal) en het voorlichtingsmateriaal voor de deelnemers (video's, brochure, wandplaat) was verouderd en aan herziening toe was. Bovendien zou de psychosomatische problematiek onder allochtonen in de afgelopen tien jaar veranderd kunnen zijn. De allochtonen van toen zijn niet meer dezelfde anno 2005. Het Steunpunt VETC Den Haag wilde daarom de voorlichting psychosomatiek evalueren. Er moet daarbij bekeken worden in welke vorm de voorlichting psychosomatiek in de toekomst gegoten kan worden en welke rol de VETC-er kan vervullen. Met een onderwerp als psychosomatiek vervagen vaak onbewust de grenzen tussen voorlichten en hulpverleners. Maar de functie van een VETC-er is (preventieve) voorlichter en geen hulpverlener. Belangrijke aandacht wilde het Steunpunt vestigen op methodieken, die de VETC-ers zouden helpen bij het geven van de voorlichting psychosomatiek. Hier ontbrak het de voorlichting psychosomatiek aan. Tevens bleek bij het bekijken van de mogelijkheden tot evaluatie, dat specifiek omschreven doelstellingen voor de huidige voorlichting psychosomatiek ontbraken. Het is raadzaam om voor de toekomst concrete, toetsbare doelstellingen te formuleren.

1.2 Doelstellingen onderzoek

De doelstellingen van dit onderzoek luiden op grond van bovenstaande:

1. "Het bestuderen van wetenschappelijke literatuur, waardoor duidelijk wordt welke onderwerpen in de voorlichting psychosomatiek zouden moeten worden behandeld."

2. "Het evalueren van de huidige voorlichting psychosomatiek, bestemd voor allochtonen woonachtig in Den Haag."
3. "Het inventariseren van de wensen voor de toekomst inzake de voorlichting psychosomatiek, bestemd voor allochtonen woonachtig in Den Haag."

Subdoelen daarbij luiden:

- a. Het op papier zetten van concrete, toetsbare doelstellingen voor de voorlichting psychosomatiek en bekijken of deze doelstellingen momenteel behaald worden en of deze doelstellingen (met het oog op de toekomst) moeten worden aangepast.
- b. Het inventariseren van beschikbare materialen en methodieken.
- c. Het inventariseren van de mogelijkheden door wie en op welke wijze de voorlichting psychosomatiek het beste gegeven zou kunnen worden.
- d. Het inventariseren van de doelgroepen, waaraan de voorlichting psychosomatiek gegeven wordt en/of gegeven kan worden en daarbij de mogelijk aanwezige verschillen in benadering van de afzonderlijke doelgroepen aangeven.

1.3 Onderzoeksopzet

Dit afstudeeronderzoek bestaat uit drie deelonderzoeken. Het eerste deelonderzoek betreft literatuuronderzoek, waarbij bekeken wordt welke aspecten of elementen binnen de voorlichting psychosomatiek aan bod zouden moeten komen. Het tweede deelonderzoek betreft kwalitatief onderzoek onder VETC-ers en VETC-coördinatoren, waarbij de huidige voorlichting psychosomatiek wordt geëvalueerd en de wensen voor de toekomst worden geïnventariseerd door middel van het afnemen van interviews. In het derde deelonderzoek participeren tot slot deskundigen in twee focusgroepen: een focusgroep met de nadruk op de inhoud van de voorlichting psychosomatiek en een focusgroep met de nadruk op materialen & methodieken van de voorlichting psychosomatiek. Doel van de groepen is het bereiken van consensus over een aantal thema's, waardoor een opzet gegeven kan worden voor de toekomstige voorlichting psychosomatiek.

1.4 Opzet van de afstudeerscriptie

In de komende zeven hoofdstukken wordt dit afstudeeronderzoek gepresenteerd. Hoofdstuk 2 geeft daarbij aandacht aan de literatuur op het gebied van de psychische en psychosomatische problematiek onder allochtonen. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 de huidige voorlichting psychosomatiek beschreven en worden de onderzoeksvragen gepresenteerd. In hoofdstuk 4 worden de onderzoeksmethoden toegelicht. De resultaten worden beschreven in hoofdstuk 5 en 6. In hoofdstuk 7 worden de conclusies van het onderzoek gegeven en is er ruimte voor discussie. Tot slot worden in hoofdstuk 8 enkele aanbevelingen voor de toekomst geformuleerd.

2 Allochtonen en gezondheid

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van psychisch gerelateerde gezondheidsklachten bij allochtonen. Daarnaast worden mogelijke oorzaken van die gezondheidsklachten gepresenteerd.

2.1 Begripsbepaling

Onder allochtonen verstaat het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) personen, van wie tenminste één ouder in het buitenland is geboren. Momenteel bestaan er in Nederland drie generaties allochtonen. Allochtonen van de eerste generatie zijn personen, die zelf in het buitenland zijn geboren en waarvan tenminste één ouder in het buitenland is geboren. De tweede generatie betreft personen, die in Nederland zijn geboren, maar waarvan tenminste één ouder in het buitenland is geboren. De derde generatie is de jongste: personen, waarvan de ouders in Nederland zijn geboren en de grootouders in een niet-westers land. De derde generatie wordt door het CBS vooralsnog gerekend onder autochtonen: personen, van wie beide ouders in Nederland zijn geboren, ongeacht het land waar ze zelf zijn geboren (CBS, 2004a). Omdat de derde generatie onder de autochtone bevolking valt, is de omvang van deze generatie moeilijk te bepalen.

Naast onderscheid in generaties wordt onderscheid gemaakt tussen westerse en niet-westerse allochtonen. Tot de categorie westers behoren allochtonen met als herkomstgroepering Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika, Oceanië, Indonesië of Japan. Tot de categorie niet-westers behoren allochtonen uit Turkije, Afrika, Latijns-Amerika en Azië met uitzondering van Indonesië en Japan. Op grond van hun sociaal-economische en sociaal-culturele positie worden allochtonen uit laatstgenoemde landen tot de westerse allochtonen gerekend (CBS, 2004a).

Arbeidsmigranten, vluchtelingen en asielzoekers behoren allen tot de groep allochtonen. Een migrant is een landverhuizer of een buitenlandse werknemer (gastarbeider) (van Dale, 2005). Een vluchteling is een vreemdeling van wie op grond van het Vluchtelingenverdrag van Genève van 1951 is vastgesteld dat hij of zij in het land van herkomst gegronde vrees heeft voor vervolging vanwege een godsdienstige of politieke overtuiging, nationaliteit, ras of het behoren tot een bepaalde sociale groep. Een asielzoeker is een persoon, die een aanvraag tot toelating als vluchteling heeft ingediend (CBS, 2004a). In dit onderzoek zal gesproken worden over arbeidsmigranten in de zin van gastarbeiders of buitenlandse werknemers, vluchtelingen en asielzoekers. De term migratie wordt gebruikt om de beweging van het land van herkomst naar het gastland aan te geven. De term migrant wordt gebruikt voor een persoon in migratie.

2.2 Allochtonen

Wanneer de ontwikkelingen van de migratie in Nederland onder de loep worden genomen, worden een aantal bewegingen zichtbaar. Tot aan het begin van de jaren zestig was Nederland overwegend een emigratieland. Vooral de invloed van de Tweede Wereldoorlog is daarbij merkbaar. In de jaren zestig en zeventig zorgt het toegenomen vertrouwen in de economie, het tekort aan arbeidskrachten en de hogere individuele welvaart voor een stijging van de immigratie. Door de komst van zogenaamde gastarbeiders uit aanvankelijk Italië, Spanje en later voornamelijk Turkije en Marokko, slaat het vertrekoverschot om in een vestigingsoverschot. Ook de onafhankelijkheid van Suriname in 1975 leidt tot een immigratiestroom. De jaren tachtig en de jaren negentig stonden aansluitend in het teken van gezinshereniging (vrouwen en kinderen over laten komen) en gezinsvorming (huwelijkssluiting met een partner uit het land van herkomst). Het immigratieniveau werd nog verder opgestuwd door de komst van vluchtelingen en asielzoekers uit verschillende delen van de wereld, zoals voormalig Joegoslavië, Irak, Iran, Somalië en Afghanistan (van Imhoff & van der Erf, 2004). Een soortgelijke historische ontwikkeling is te zien in andere Europese landen zoals Zweden en Zwitserland (Sundquist, 1995; Gilgen et al., in druk).

2.2.1 Allochtonen in Nederland

Nederland telde op 1 januari 2004 in totaal ruim 16 miljoen inwoners (CBS, 2005). Op dat moment woonden ruim 3 miljoen allochtonen in Nederland. Iets minder dan de helft daarvan behoorde tot de groep westerse allochtonen en iets meer dan de helft tot de groep niet-westerse allochtonen. De grootste groepen allochtonen, op basis van de cijfers op 1 januari 2004, waren Marokkanen, Turken, Antillianen & Arubanen, Surinamers en (voormalig) Joegoslaven (Tabel 1).

Tabel 1
Allochtone bevolking in Nederland

	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Totale bevolking</i>	15863950	15987075	16105285	16192572	16258032
<i>Totaal aantal allochtonen</i>	2775302	2870224	2964949	3038758	3088152
<i>Totaal aantal westerse allochtonen</i>	1366535	1387036	1406596	1416156	1419855
<i>Totaal aantal niet-westerse allochtonen</i>	1408767	1483188	1558353	1622602	1668297
<i>Turkije</i>	308890	319600	330709	341400	351648
<i>Suriname</i>	302514	308824	315177	320658	325281
<i>Marokko</i>	262221	272752	284124	295332	306219
<i>Nederlandse Antillen & Aruba</i>	107197	117089	124870	129312	130722
<i>(Voormalig) Joegoslavië</i>	66947	71438	74640	76007	76346

Bron: CBS (2005)

Op 1 januari 2005 telde de allochtone bevolking in Nederland in totaal ruim drie miljoen allochtonen, waarvan 1 606 664 allochtonen van de eerste generatie en 1 516 053 allochtonen van de tweede generatie (CBS, 2005).

2.2.2 Allochtonen in Den Haag

De gemeente Den Haag telde op 1 januari 2004 ongeveer een half miljoen inwoners (Tabel 2). Op 1 januari 2004 woonden ruim 200 000 allochtonen in Den Haag. Daarvan behoorde ongeveer 60 000 allochtonen tot de groep westerse allochtonen en ruim 140 000 allochtonen tot de groep niet-westerse allochtonen. De grootste groepen allochtonen, op basis van de cijfers op 1 januari 2004, kwamen uit Suriname, Turkije, Marokko, Nederlandse Antillen & Aruba en Pakistan.

Tabel 2
Allochtone bevolking in Den Haag

	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Totale bevolking</i>	441094	442356	457726	463826	469059
<i>Totaal aantal allochtonen</i>	176912	183204	191668	198337	204505
<i>Totaal aantal westerse allochtonen</i>	53970	54678	56563	57541	58346
<i>Totaal aantal niet-westerse allochtonen</i>	122942	128526	135105	140796	146159
<i>Suriname</i>	41607	42018	43683	44285	44883
<i>Turkije</i>	25425	26592	27808	29301	30830
<i>Marokko</i>	19860	20657	21385	22280	23372
<i>Nederlandse Antillen & Aruba</i>	7955	9012	9942	10380	10749
<i>Pakistan</i>	2527	2607	2717	2782	2839

Bron: CBS (2005)

Hoewel de allochtone bevolking zowel landelijk als in Den Haag nog steeds toeneemt, is de allochtone bevolkingsgroei de afgelopen jaren afgenomen. Dit heeft vooral te maken met de sterk afgenomen groei van het aantal niet-westerse allochtonen (CBS, 2004b). Toch bedraagt de allochtone bevolking in Den Haag uitgaande van 1 januari 2004 43,6 % van de totale bevolking. Allochtonen vormen dus in Den Haag een grote bevolkingsgroep. Voorlichting Eigen Taal en Cultuur heeft daardoor een behoorlijk grote doelgroep met verschillende etnische achtergronden.

2.3 Gezondheid van allochtonen

Over de gezondheid van allochtonen is in harde cijfers weinig bekend. Bekend is dat de ziektegeschiedenis van iemand (autochtoon of allochtoon) niet los staat van zijn of haar levensgeschiedenis (Van Houdenhove, 1998). Zo bleek uit onderzoek van Sundquist (1995) in Zweden dat de gezondheidstoestand van allochtonen werd beïnvloed door de etnische achtergrond, de culturele achtergrond en ervaringen uit het migratieproces. Uit onderzoek van Al-Windi (2005) onder 9500 inwoners van eveneens Zweden bleek dat verschillende socio-demografische karakteristieken en het geboorteland de waargenomen gezondheid van een persoon beïnvloeden. De eigen gezondheid werd slechter ervaren door respondenten, die buiten Zweden waren geboren en nog slechter door personen, die buiten Europa waren geboren. Respondenten in de leeftijdscategorie 45-64 jaar rapporteerden vooral een slechtere ervaren gezondheid (Al-Windi, 2005). Iglesias et al. (2003) voegden toe dat Zuid-Europeanen en

vluchtelingen (de grootste groepen allochtonen in Zweden) naarmate de leeftijd toenam een lagere gezondheid rapporteerden (Iglesias et al., 2003). In Nederland zijn wetenschappelijke studies naar de gezondheid van migranten divers van aard en soms incompleet. Toch zijn er sterke indicaties dat migranten meer gezondheidsproblemen ervaren dan Nederlandse inwoners (Uniken Venema, Garretsen & van der Maas, 1995). Marokkanen en Turken blijken hun eigen gezondheid slechter te beoordelen dan Nederlanders van hetzelfde geslacht en leeftijd. Zij voelen zich minder gezond dan autochtone Nederlanders. De ervaren gezondheid van Marokkanen is zelfs nog slechter dan die van Turken (van Haastrecht, 2004).

2.3.1 Psychische klachten

Uit gegevens van allochtone cliënten, die in 2003 in behandeling waren geweest bij de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), bleek dat inwoners in Nederland afkomstig uit Iran, Afghanistan, voormalig Joegoslavië en Irak, dat jaar relatief meer in aanraking kwamen met de GGZ dan Nederlanders of inwoners afkomstig uit andere landen. Wanneer hieraan leeftijdscategorieën gekoppeld werden, dan scoorden in de categorieën 18-34 jaar en 35-54 jaar klassieke allochtone groepen en overige niet-westerse groepen hoger dan Nederlanders in die categorie. Angst/stressgebonden stoornissen neigden binnen deze gegevens het meeste in de richting van psychosomatische klachten. Wanneer deze stoornissen bekeken werden, dan werden vrouwen meer voor angst/stressgebonden stoornissen behandeld dan mannen. Vooral vrouwen uit voormalig Joegoslavië en Afghanistan en vooral mannen uit Iran, Irak, Afghanistan en voormalig Joegoslavië (GGZ Nederland, 2004).

Psychische problemen worden zowel bij vluchtelingen als bij arbeidsmigranten geconstateerd, maar de aard van de problematiek is vaak anders. Migrantengroepen, die vanuit zojuist genoemde landen naar Nederland trekken zijn overwegend vluchtelingen en asielzoekers. Door allerlei stressvolle gebeurtenissen en ervaringen gedurende hun migratie hebben vluchtelingen en asielzoekers vaak trauma's opgelopen. Trauma's komen onder vluchtelingen en asielzoekers vaak voor (Timotijevic & Breakwell, 2000; Hunt & Gakenyi, in druk). Een meta-analyse onder 7000 vluchtelingen in zeven westerse landen (Australië, Canada, Italië, Nieuw-Zeeland, Noorwegen, Groot-Brittannië & Verenigde Staten) suggereerde dat ongeveer 1 op de 10 volwassen vluchtelingen in westerse landen lijdt aan een posttraumatische stress aandoening (PTSD). Ongeveer 1 op de 20 vluchtelingen heeft een depressie en 1 op de 25 vluchtelingen heeft een angststoornis, met de aannemelijkheid dat genoemde stoornissen elkaar overlappen (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005). Uit onderzoek van Hunt en Gakenyi (in druk) onder Bosnische vluchtelingen wonend in Groot-Brittannië en niet gevluchte Bosniërs bleek dat de Bosnische vluchtelingen meer traumatische ervaringen hadden gehad dan de niet gevluchte Bosniërs. De volgende traumatische ervaringen werden significant vaker gevonden: bedreigingen aan familie

of zichzelf, dood van een familielid, slachtoffer van geweld of seksueel misbruik en persoonlijke ongelukken. Bosnische vluchtelingen bleken na 10 jaar in Groot-Brittannië geleefd te hebben, meer psychische klachten te hebben dan niet gevluchte Bosniërs (Hunt & Gakenyi, in druk).

Een verslechterde psychische gezondheid wordt tevens gevonden bij arbeidsmigranten. Uit onderzoek van Kamperman, Komproe en de Jong (2003) onder Turkse, Marokkaanse en Surinaamse arbeidsmigranten bleek dat er verschillen bestonden in psychische gezondheid tussen migrantengroepen, welke samenhangen met verschillen in sociaaldemografische variabelen, migratie- en gezondheidsvariabelen, acculturatie, levensstijl en sociaal netwerk. Psychiatrische stoornissen bleken vaker voor te komen in de Surinaamse dan in de Turkse groep, maar niet vaker dan in de Marokkaanse groep. Bron van inkomsten, verblijfsduur in Nederland, niveau van acculturatie, actief coping-gedrag en de aanwezigheid van een chronisch somatische aandoening waren variabelen, die een belangrijke rol speelden in de verklaring van deze psychiatrische gezondheidsverschillen. Zo nam de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen af, naarmate actief coping-gedrag toenam (Kamperman, Komproe & de Jong, 2003).

De psychische gezondheid zou ook kunnen samenhangen met generatieverschillen. De verwachting is dat de prevalentie van psychische klachten onder de eerste generatie allochtonen (ouderen) hoger zal zijn dan bij de tweede generatie allochtonen, aangezien enkele determinanten oververtegenwoordigd zijn bij de eerste generatie. Zo heeft de eerste generatie ten opzichte van de tweede generatie een lagere sociaal-economische positie, een hoger niveau van psychosociale stressfactoren en een zeer lage ervaren gezondheidsstatus (Spijker et al., 2004; van der Wurff et al., 2004). Een veel gehoorde klacht onder de eerste generatie is depressie. Het onderzoek van Spijker et al. (2004) bekeek met behulp van de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) depressie onder Turkse en Marokkaanse arbeidsmigranten in Nederland. Vergeleken met de Nederlandse controlegroep, was de sociaal-economische status (SES) en het opleidingsniveau van Turken en Marokkanen laag. Gevoelens van neerslachtigheid, depressiviteit, angst, mislukking, eenzaamheid en verdriet scoorden in de Nederlandse onderzoeksgroep niet en in de Turkse en Marokkaanse onderzoeksgroepen wel. Daarbij gaven Turkse vrouwen de hoogste scores aan (Spijker et al., 2004). Uit onderzoek naar prevalentie en risicofactoren voor depressie onder oudere Turkse en Marokkaanse arbeidsmigranten in Nederland blijkt tevens dat het opleidingsniveau bij Turkse en Marokkaanse ouderen lager ligt dan bij Nederlandse ouderen, evenals het inkomen. Beide migrantengroepen leden vaker aan lichamelijke klachten dan de ondervraagde Nederlandse ouderen. De prevalentie van klinisch significante depressieve symptomen was in vergelijking met de Nederlandse ouderen erg hoog voor beide migrantengroepen en het hoogste voor Turkse migranten. Depressieve symptomen werden door alle onderzoeksgroepen geassocieerd met de

variabelen geslacht, chronische lichamelijke stoornissen en lichamelijke beperkingen (Wurff et al., 2004).

2.3.2 Psychosomatische klachten

In het voorgaande is gesteld, dat zowel lichamelijke als psychische klachten veel voorkomen bij allochtonen en vaker dan bij autochtonen. Op het grensvlak van lichamelijke en psychische klachten liggen psychosomatische klachten. Het is lastig om een goede, passende, allesomvattende definitie voor psychosomatiek te geven. Kort gezegd staat 'psyche' voor geest en 'soma' voor lichaam. In het begrip psychosomatiek schuilt een zeker gevaar. Velen staren zich blind op de vraag hoe psychische problemen leiden tot organische/fysiologische stoornissen of andersom. Men gaat dan voorbij aan de vraag hoe die organische stoornissen ontstaan. Organische stoornissen kunnen immers van alles zijn: ziekten, verwondingen, gedragingen of levenswijze. De diagnose van een psychosomatische klacht is daarom een lastige (van Buchem, 1990). Volgens Van Houdenhove wordt gewoonlijk over psychosomatische klachten gesproken als lichamelijke klachten, waarbij psychosociale factoren een belangrijke, oorzakelijke, voorbeschikkende, uitlokkende, onderhoudende en/of versterkende rol spelen (van Houdenhove, 1998). Meijer noemt psychosomatiek de interactie tussen lichamelijke, psychische en sociaal-maatschappelijke factoren, die door stress en spanningen kunnen leiden tot psychosomatische klachten of deze in stand houden (Meijer, 2004).

De brede definitie van psychosomatische klachten betekent dat psychosomatiek om een heel spectrum van concrete klachten en verschijnselen kan gaan. Al-Baldawi onderscheidt onder andere de volgende psychosomatisch gerelateerde symptomen: angst, moeheid, depressieve gemoedstoestand, toenemende spanning van spieren, overgevoeligheid, hypertensie, irritatie, concentratieproblemen, slaapstoornissen, nachtmerries, paniekaanvallen, menstruatieproblemen, fibromyalgie, hoofdpijn, maag-en darmklachten en diarree (Al-Baldawi, 2002). Meijer noemt daarnaast als mogelijk psychosomatische klachten: ademhalingsklachten (zoals hyperventilatie, astma, benauwdheid), stressklachten (spierklachten; spanningsklachten: spierpijn, rugpijn, nekpijn; depressie, fobieën), hart-en vaatziekten (huidaandoeningen), orgaanklachten (hoofdpijn), pijnklachten (chronische pijn, fantoompijn), belevingsklachten (intimiteit, seksualiteit, anorexia) en complexe & psychiatrische klachten (burnout, PTSD) (Meijer, 2004).

Een volledige lijst van psychosomatische klachten lijkt ondenkbaar en oneindig. De diagnostiek is een langdurig en moeilijk proces. Er bestaan in de hulpverlening diverse verklaringsmodellen, klachtindelingen, classificaties en diagnostieken met daarbij diverse methodieken zoals gebruik van metaforen en paradoxen (Meijer, 2004). Kortom de hulpverlening rondom psychosomatische klachten is breed, complex en vereist de nodige expertise.

Over psychosomatische klachten bij allochtonen is weinig bekend. In Zweden bleek uit onderzoek van Iglesias et al. (2003) dat Finse, Zuid-Europese en gevluchte vrouwen een hogere prevalentie van psychosomatische klachten hadden in vergelijking met de autochtone Zweedse bevolking. Werkloze vrouwen onder hen hadden de hoogste prevalentie van psychosomatische klachten (Iglesias et al., 2003). In Nederland hebben Turkse mannen en vrouwen ongeveer drie keer vaker psychische klachten dan Nederlandse mannen en vrouwen. Voor Marokkaanse mannen tussen de 55-64 jaar is dit anderhalf keer en voor mannen van 65-74 jaar dertien keer zo hoog. Voor Marokkaanse vrouwen ligt dit in beide leeftijdsgroepen twee keer zo hoog als voor autochtone vrouwen (van Haastrecht, 2004). Onderzoek onder Ghanese migranten in Nederland op het niveau van de Geestelijke Gezondheidszorg gaf als resultaat dat binnen het genoemde niveau Ghanezen meer gezondheidsklachten rapporteerden (vooral psychosomatische klachten, angst en slapeloosheid) dan Nederlanders (Knipscheer et al., 2000). Uit een steekproef van autochtone Nederlandse patiënten en allochtone Ghanese patiënten in huisartsenpraktijken bleken tevens tussen beide groepen geen verschillen te bestaan in het hebben van psychosomatische klachten (Knipscheer et al., 2000).

2.4 Mogelijke oorzaken gezondheidsproblemen

In deze paragraaf worden enkele mogelijke oorzaken gegeven voor (psychosomatische) gezondheidsklachten onder allochtonen in de vorm van enkele factoren, die van invloed zouden kunnen zijn op de gezondheid en het welbevinden van allochtonen. Allereerst wordt ingegaan op mogelijke oorzaken rondom het migratieproces. Vervolgens op conflicten tussen de eerste en tweede generatie. Tot slot komen oorzaken rondom culturele verschillen in opvattingen over ziekte en gezondheid aan de orde.

2.4.1 Migratieproces

Allochtonen hebben een bepaald migratieproces doorlopen. Het is aannemelijk dat allochtonen daardoor meer worden blootgesteld aan potentiële stressfactoren, dan de autochtone bevolking (Uniken Venema, Garretsen & van der Maas, 1995). Stressvolle en spannende gebeurtenissen kunnen van invloed zijn op de gezondheid (Shadid, 1998). Aan zulke gebeurtenissen kunnen migranten lichamelijke klachten overhouden, met een psychische oorzaak (Uniken Venema, Garretsen & van der Maas, 1995).

Volgens Bhugra (2004) kunnen drie stadia van het migratieproces worden onderscheiden: pre-migratie, migratie en post-migratie. Het migratieproces is niet zomaar een fase, maar een serie van gebeurtenissen. Verschillende factoren op sociaal en individueel niveau spelen gedurende het migratieproces een rol (Bhugra, 2004). Al-Baldawi (2002) gaat uit van een soortgelijk

migratieproces. De door Al-Baldawi en Bhugra in het migratieproces opgenomen factoren komen grotendeels overeen.

Kortom: ieder stadium in het migratieproces brengt verschillende factoren met zich mee, welke gedurende het migratieproces een rol kunnen spelen. Dit onderzoek richt zich vooral op factoren in het stadium van pre-migratie en post-migratie. Hieronder worden voor deze twee stadia enkele voor dit onderzoek relevante factoren besproken.

2.4.1.1 Pre-migratie: Bagage

Symbolisch gezegd, neemt iedere migrant zijn of haar persoonlijke bagage mee in de vorm van persoonlijke achtergrond, ervaringen en ontwikkeling. De bagage bestaat uit allerlei elementen zoals persoonlijkheid, leeftijd, sociaal-economische status (SES), opleidingsniveau, analfabetisme, migratiemotieven, verwachtingen en bovenal ervaringen, die de migrant gedurende de migratie heeft opgedaan. Deze elementen neemt de migrant mee naar het gastland en zullen daar een bepaalde rol spelen. Genoemde elementen zouden mogelijke oorzaken kunnen vormen voor (psychosomatische) gezondheidsklachten. Hieronder worden enkele elementen nader toegelicht: migratiemotieven, verwachtingen en opleidingsniveau & analfabetisme.

Migratiemotieven

Mensen hebben verschillende redenen of motieven voor migratie. De motieven van een arbeidsmigrant verschillen van de motieven van een vluchteling of asielzoeker. Vluchtelingen hebben hun huizen verlaten vanwege toenemend (oorlogs)geweld en politieke vervolging, terwijl arbeidsmigranten vrijwillig hun huizen hebben verlaten om hun economische situatie te verbeteren (Sundquist, 1995; Al-Baldawi, 2002 en Bollini & Siem, 1995). Voor ieder motief geldt dat het stress, spanningen en zorgen met zich meebrengt en schadelijk kan zijn voor de gezondheid. Elk migratieproces wordt beïnvloed door de vrijwillige of gedwongen aard van de migratie (Al-Baldawi, 2002; Bhugra, 2004). Een onderzoek naar onder andere de migratiekarakteristieken van 180 Somalische vluchtelingen geeft als migratiemotieven risico voor het eigen leven, onderdrukking op basis van ras, religie & of politieke voorkeur, voedseltekorten, hongersnood, stammenrivaliteit en etnische zuiveringen. Deze migratiemotieven zouden allemaal trauma's kunnen opleveren (Bhui et al., 2003).

Verwachtingen

Migranten hebben bepaalde verwachtingen over de toekomst in het gastland. Het is onzeker of deze verwachtingen zullen uitkomen. In een onderzoek onder Ghanese migranten in Nederland hadden de ondervraagde Ghanese onder meer de volgende verwachtingen: beter leven en betere toekomst, mogelijkheden om een opleiding te beginnen of af te ronden, verbeterde

werkgelegenheid, vriendelijkheid, tolerantie, wetgeving, politieke vrede en politieke stabiliteit. Bijna de helft van de respondenten (35 van de 81) was van mening dat het leven in Nederland in gebreke was gebleven ten opzichte van hun verwachtingen. Tien respondenten gaven aan dat hun verwachtingen wel waren uitgekomen en eenzelfde aantal vond dat hun verwachtingen deels waren uitgekomen (Knipscheer et al., 2000).

Opleidingsniveau & analfabetisme

Het opleidingsniveau, dat arbeidsmigranten en vluchtelingen/asielzoekers in het thuisland bereikt hebben, nemen migranten mee naar het gastland. Het vormt een onderdeel van hun bagage. Voor vluchtelingen geldt vaak dat het in het thuisland behaalde opleidingsniveau in Nederland hoog genoeg zou zijn, maar dat de elders behaalde diploma's en certificaten in Nederland niet geldig zijn. Veel arbeidsmigranten (vooral de eerste generatie) zijn afkomstig van het platteland en beschikken over een laag opleidingsniveau. Een laag opleidingsniveau hangt vaak samen met een slechtere ervaren gezondheid (Tijhuis & Hoeymans, 2002). Het dikwijls lage opleidingsniveau van migranten hangt wellicht samen met het voorkomen van analfabetisme. In een onderzoek onder eerste en tweede generatie Berbers sprekende Marokkaanse vrouwen waren 25 van de 75 onderzochte vrouwen analfabeet. Uit dit onderzoek bleek dat analfabetische eerste generatie Marokkaanse vrouwen in vergelijking met alfabetische eerste generatie Marokkaanse vrouwen een slechtere ervaren gezondheid rapporteerden. 76% van de analfabeten, tegenover 36% van de alfabeten, rapporteerde tenminste één gezondheidsklacht (Bekker & Lhajoui, 2004).

2.4.1.2 Post-migratie: Adaptatie, werk & huisvesting, sociale steun

Een aantal factoren in het stadium van post-migratie kunnen mogelijk als oorzaak worden gezien voor (psychosomatische) gezondheidsklachten. De factoren adaptatie, werk & huisvesting en sociale steun worden hieronder besproken.

Adaptatie

Arbeidsmigranten, vluchtelingen en asielzoekers zullen zich moeten aanpassen aan de systemen en culturen, die in het gastland gehanteerd worden. Migratie betekent daarom niet alleen een verschuiving van plaats en tijd, maar ook een verschuiving tussen sociale en economische systemen (Al-Baldawi, 2002). Aangekomen in het gastland, ervaart men een cultuurschok. Deze term wordt in de literatuur toegeschreven aan de antropoloog Oberg. In 1960 onderscheidde Oberg zes symptomen voor cultuurschok (Shadid, 1998):

1. Spanning als gevolg van vereiste psychologische aanpassing aan de nieuwe omgeving;
2. Gevoelens van verlies en deprivatie door het verlaten van familie, vrienden, status en bezittingen;
3. Afwijzing van en het afgewezen worden door leden van de nieuwe cultuur (gastland);
4. Verwarring door de nieuwe rolverwachtingen, waarden en identiteit;

5. Verbazing, ongerustheid en verontwaardiging na bewustwording van de culturele verschillen;
6. Gevoelens van incompetentie als gevolg van het zich niet kunnen redden in de nieuwe omgeving.

Of een cultuurschok goed door iemand opgevangen kan worden en of de aanpassing op een goede manier verloopt, hangt sterk samen met de persoonlijkheid van het individu (Shadid, 1998). De verwachtingen van de migrant kunnen in verwarring raken door de verwachtingen, die de nieuwe cultuur van hen heeft: rolverwachtingen, waarden en identiteit. Veel niet-westerse culturen zijn collectivistische samenlevingen, terwijl de meeste westerse culturen individuele samenlevingen zijn (Hofstede, 1997). Het verwachtingspatroon van deze soorten culturen is verschillend. Wanneer de migrant zich bewust wordt van culturele verschillen, ontstaat er verbazing, ongerustheid en verontwaardiging, wat kan leiden tot een cultuurconflict. De migrant voelt zich nu eens allochtoon (thuis in de eigen cultuur), dan weer autochtoon (thuis in de cultuur van het gastland) (Shadid, 1996). Het zesde symptoom van Oberg heeft te maken met de mate van zelfredzaamheid van het individu of de eigen-effectiviteitsverwachting (Bandura, 1997).

Werk & huisvesting

Migranten hebben in het gastland vaak een lagere sociaal-economische status (SES) dan de autochtone bevolking. In Nederland is uit onderzoek gebleken dat verschillende aspecten van SES een nadelig effect hebben op de gezondheid. Personen uit lagere sociaal-economische groepen ervaren zelf een slechtere gezondheid dan personen uit hogere sociaal-economische groepen. De kans op een minder dan goed ervaren gezondheid is ongeveer 2,5 maal zo hoog onder degenen met een lage opleiding dan onder personen die een hogere beroepsopleiding of universitaire opleiding hebben. Ook mensen met een hogere beroepsstatus en inkomen rapporteren gemiddeld een betere gezondheid (Tijhuis & Hoeymans, 2002). Allochtonen vallen vaak onder de lagere sociaal-economische groepen van de Nederlandse samenleving. Zo is de onderwijsachterstand van allochtonen nog steeds erg groot, hoewel de afgelopen jaren enige vooruitgang te bespeuren is. Het opleidingsniveau van allochtonen in Nederland is zelfs de afgelopen vijftien jaar sneller gestegen dan dat van autochtonen. Deze conclusie betreft overigens uitsluitend zogenaamde klassieke groepen allochtonen (Turken, Marokkanen, Surinamers, Antillianen). Van de vluchtelingengroepen zijn geen gegevens beschikbaar. De verwachting bestaat dat bepaalde bevolkingsgroepen asielzoekers en vluchtelingen er qua opleidingsniveau aanzienlijk beter voor staan, vooral Iraniërs, Afghanen en Irakezen. Voor de hoogopgeleiden geldt vaak dat hun diploma in Nederland niet erkend wordt. Hoewel het opleidingsniveau van allochtonen stijgt, blijft het opleidingsniveau nog steeds laag. Wat betreft de scholing, beheersen veel allochtonen de Nederlandse taal onvoldoende, waardoor de aanpassing

aan de nieuwe cultuur bemoeilijkt wordt. Mogelijke oorzaak van het slecht beheersen van de Nederlandse taal is het voorkomen van analfabetisme onder allochtonen (Bhugra, 2004).

Ook op de arbeidsmarkt hebben allochtonen in Nederland achterstand. Momenteel heeft slechts de helft van de niet-westerse allochtonen in de beroepsgeschikte leeftijd een baan. Dit komt voor een groot deel door de weliswaar stijgende maar nog steeds geringe arbeidsparticipatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen en van vrouwen uit vluchtelingenlanden. De werkende allochtonen zijn sterk oververtegenwoordigd aan de onderkant van de arbeidsmarkt. De werkloosheid onder allochtone jongeren (eenderde van de Surinaamse en Antilliaanse jongeren is werkloos) en onder vluchtelingengroepen (eenderde van de Afghanen, Irakezen en Somaliërs) is hoog (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004). Langdurige werkloosheid, sociaal isolement, schulden, slechte huisvesting en bij velen een onzekere verblijfstatus maken allochtonen extra kwetsbaar voor het ontstaan van psychische klachten (van Haastrecht, 2004).

Huisvesting geeft tevens problemen. Veel allochtonen in Nederland leven in de grote Nederlandse steden, veelal in achterstandswijken. Turkse en Marokkaanse families wonen in vergelijking met de totale Nederlandse bevolking vaak in kleine, slechte huizen. Voor Surinamers en Antillianen is de huisvesting iets beter, maar nog niet gelijk aan de huisvesting van Nederlanders (Uniken Venema, Garretsen & van der Maas, 1995).

Sociale steun

Een andere mogelijke oorzaak van psychische en lichamelijke problemen kan het gebrek aan sociale steun zijn. De meeste allochtonen hebben huis en haard verlaten. In onderzoek van Heptinstall, Sethna en Taylor werden kinderen en hun ouders onderzocht op associaties met pre-migratie trauma en post-migratie stress. De grootste zorg van de ouders bleek hier, naast praktische problemen zoals taal en huisvesting, het welzijn van de achtergelaten familieleden in het thuisland te zijn (Heptinstall, Sethna & Taylor, 2004). Migranten, die alleen komen en wachten op hun families, ervaren veel spanningen terwijl justitiële problemen worden uitgezocht. Het gebrek aan emotionele ondersteuning en het ontstaan van lange afstandsrelaties geven spanningen en/of stress (Bhugra, 2004).

Behalve het ontbreken van familie en vrienden, zijn veel arbeidsmigranten, vluchtelingen en asielzoekers (tijdelijk) gescheiden van hun partner. Omdat de kwaliteit van een vaste relatie invloed heeft op de gezondheid kunnen problemen ontstaan. Sociale steun en geborgenheid van een goede relatie kunnen migranten beschermen tegen het ontwikkelen van psychische klachten (Garssen & Hoeymans, 2002).

Verschillende malen is aangetoond dat het ervaren van sociale steun ten tijde van of na een traumatische gebeurtenis als buffer werkt tegen het ontwikkelen van psychische klachten, zoals posttraumatische stressstoornis of depressie (Candel et al., 2005). Omdat veel migranten hun sociaal netwerk en sociale steun hebben achtergelaten ontstaat in het gastland het gevaar van sociale isolatie (Uniken Venema, Garretsen & van der Maas, 1995). Beschikbaarheid van sociale steun is van kritiek belang in de preventie van depressieve klachten (Bhugra, 2004). Er is weinig bekend over de relatie tussen sociale steun en het ervaren van traumaklachten en depressieve klachten bij vluchtelingen in Nederland (Candel et al., 2005). Candel et al. (2005) hebben onderzoek verricht of het wel of niet hebben van familie in Nederland (sociale steun) samenhangt met de mate waarin jonge vluchtelingen in Nederland traumaklachten en depressieklachten rapporteren. Uit dit onderzoek blijkt dat vluchtelingen, die in gezelschap van hun familie naar Nederland zijn gekomen of hier al familie hadden, meer sociale steun ervaren dan vluchtelingen die alleen naar Nederland zijn gekomen. Vluchtelingen met familie in Nederland ervaren ook minder traumaklachten dan vluchtelingen zonder familie. Sociale steun van familiebanden biedt een dempend effect op traumaklachten (Candel et al., 2005).

2.4.2 Conflicten tussen de eerste en tweede generatie

Voor tweede generatie allochtonen gelden genoemde problemen binnen het migratieproces niet. Zij hebben zelf geen migratieproces doorlopen. De tweede generatie heeft echter te maken met andere problemen: problemen door verschillen tussen generaties. Vaak ontstaan generatieconflicten. Zo is de eerste generatie vaak bezig met de mogelijkheid tot remigratie naar het land van herkomst. De tweede generatie, geboren en getogen in het gastland, zet zich daar vaak tegen af. Dit zorgt voor spanningen tussen beide generaties (Dagevos, 2001). Tevens wijzen uitkomsten uit onderzoek van Dagevos (2001) op patronen dat Marokkaanse en vooral Turkse ouderen overwegend contacten onderhouden met migranten van de eigen groep. Zij gaan weinig om met autochtonen. Familiebanden en relaties met vrienden & kennissen uit de eigen groep spelen een belangrijke rol. Turkse en Marokkaanse ouderen staan ver af van de autochtone samenleving, omdat zij nauwelijks contacten onderhouden en dergelijke contacten minder wenselijk vinden. Mogelijke oorzaak is het probleem met de Nederlandse taal. In vergelijking met eerste generatie Turken en Marokkanen zijn eerste generatie Surinamers en Antillianen overigens sterker sociaal geïntegreerd; hun vrienden- en kennissenkring bestaat onder andere uit autochtonen. De tweede generatie, participierend op school of in verenigingsleven (sport en ontspanning), heeft een sociaal netwerk om zich heen gebouwd. Het verschil in sociale relaties vergroot de kloof tussen beide generaties (Dagevos, 2001). Door de mogelijkheden met betrekking tot educatie heeft de tweede generatie ook dikwijls een hoger opleidingsniveau (Spijker et al., 2004).

2.4.3 Culturele verschillen in opvattingen over ziekte en gezondheid

Culturele verschillen in opvattingen over ziekte en gezondheid bemoeilijken het contact van migranten met de gezondheidszorg. In het onderstaande wordt ingegaan op een aantal verschillen tussen westerse en niet-westerse culturen op het gebied van ziekte en gezondheid.

Somatiseren

Veel niet-westerse patiënten zijn geneigd om mogelijk psychische klachten uit te drukken in fysieke klachten, terwijl westerse patiënten psychische klachten meestal ook daadwerkelijk uitdrukken in psychische klachten (Spijker et al., 2004). Allochtonen wijten ziekte vaak aan een lichamelijke oorzaak. Emoties, stress en andere psychische oorzaken zijn moeilijk te begrijpen en te accepteren. Vooral niet-geschoolde allochtonen hebben weinig inzicht in de werking van het menselijke lichaam, omdat biologische basiskennis ontbreekt. Het verband tussen lichaam en geest wordt daarom niet zomaar gelegd (Haveman & Uniken Venema (*Red.*), 1996). Lichamelijke klachten, die niet of volstrekt onvoldoende te verklaren zijn uit een lichamelijke ziekte, worden somatische klachten genoemd. Somatisatie wordt over het algemeen als problematisch ervaren omdat veel somatiserende patiënten de huisarts bezoeken vanwege pijn en graag een oplossing willen horen. Patiënten zijn op zoek naar geruststelling (Rooijmans, van Hemert & Speckens, 1996). In het geval van migranten zeggen hulpverleners al gauw dat de migrant somatiseert. Dit is vaak zo, maar in de praktijk ook lang niet altijd terecht (G üzelcan & Dijkstra, 1998).

Betekenis en beleving

In het thuisland krijgen lichamelijke klachten vaak een andere betekenis en beleving. Bijvoorbeeld door religie. Voor veel Turkse en Marokkaanse patiënten worden ziekte en gezondheid beschouwd als gaven van Allah. Alles wat in het leven gebeurt heeft betekenis, niets is zinloos. Volgens de Koran is iedere moslim verantwoordelijk voor de eigen gezondheid (Haveman & Uniken Venema (*Red.*), 1996). Een ander verschil is de aandacht voor spirituele aspecten en eventuele oplossingen door artsen in het thuisland. Deze worden in het westerse gastland zelden als prioriteit gezien (WHO, 2004). De beleving van een consult verschilt ook. Zo zijn mensen uit tropische landen gewend dat de arts een volledig onderzoek doet in verband met bijvoorbeeld ondervoeding of bacteriële infecties. In Nederland komen soortgelijke infecties niet voor en zal de arts niet zomaar een onderzoek uitvoeren (Huijbregts & van Tienhoven, 1999).

Behoeftte aan medicijnen

Allochtonen staan bekend als patiënten, die vanuit hun cultuur medicijnen zeer belangrijk vinden bij het herstel van een ziekte. Uit onderzoek van Gilgen et al. (in druk) blijkt onder andere dat allochtonen in Zwitserland veel nadruk leggen op de biomedische behandelmethoden. 75% van de ondervraagde allochtone patiënten maakt gebruik van medicijnen, die zonder recept te koop

zijn bij drogisterijen en apotheken (Gilgen et al., in druk). In Nederland is men terughoudend met het voorschrijven van medicijnen. In Duitsland is dat anders, daarom gaan veel allochtonen voor een second opinion de grens over (Huijbregts, 2001). Veel allochtonen wachten totdat ze in hun thuisland zijn en gaan daar naar een arts. Ze verkrijgen daar medicijnen en melden dit vaak niet aan de huisarts in Nederland (de Ridder, 2002).

Contact met de gezondheidszorg of hulpverlening

Artsen begrijpen hun allochtone patiënten vaak niet, dikwijls door communicatieproblemen en culturele misverstanden. Ook weten allochtonen (de weg naar) de gezondheidszorg of hulpverlening niet altijd te vinden (Güzelcan & Dijkstra, 1998; Huijbregts & van Tienhoven, 1999). Uit onderzoek van Knipscheer et al. (2000) onder Ghanese migranten in Nederland bleek dat een kwart van de respondenten geen hulp zocht voor hun problemen. Van de respondenten, die wel hulp zochten (46 van de 62 respondenten), consulteerde een vijfde eerst de huisarts en een vijfde als eerste een maatschappelijk werker. Nog een vijfde deel stapte direct af op professionele geestelijke gezondheidszorginstellingen. Zelfhulpgroepen, medische specialisten, het arbeidsbureau en geestelijken werden tevens bezocht. De helft van de hulpzoekende respondenten had geen moeilijkheden in de weg naar de gezondheidszorg. Een kwart vond het moeilijk en nog een kwart vond het heel moeilijk. Onbekendheid met de wegen in de Nederlandse hulpverlening, de kosten en een illegale verblijfstatus waren veelgenoemde redenen. De hulpzoekers kwamen met twee soorten verzoeken bij een hulpverlener. Allereerst vroegen zij om advies voor hun problemen, financiële ondersteuning en het verkrijgen van werk. Ten tweede om medische hulp en medicatie (Knipscheer et al., 2000). Uit breed literatuuronderzoek van Watters en Ingleby (2004) kwamen enkele kernpunten naar voren, van belang voor goede praktijk binnen de geestelijke gezondheidszorg en binnen de sociale zorg voor vluchtelingen in Europa. Verondersteld wordt dat deze kernpunten ook belangrijk zijn bij arbeidsmigranten. Gevonden kernpunten zijn: toegankelijkheid & promotie (weet men waar men terecht kan, zijn er verwijzingen noodzakelijk en in hoeverre is dit alles bekend), betrokkenheid van de zorgverleners bij de allochtone gebruikers (de allochtone patiënten), continuïteit van zorg, samenwerking tussen instellingen (bijvoorbeeld tussen GGZ en huisartsenpraktijk), culturele gevoeligheid (rekening houden met normen en waarden van de cultuur), ondersteuning en tot slot controle & evaluatie van de betreffende gezondheidszorg (Watters & Ingleby, 2004).

2.5 Conclusies

Allochtonen vormen in Nederland een groot deel van de totale bevolking. Op basis van de literatuur kan geconcludeerd worden dat allochtonen in vergelijking met autochtonen een slechtere lichamelijke en geestelijke gezondheid hebben. Psychische en psychosomatische

klachten vormen een probleem. Tevens zijn psychosomatische klachten lastig te diagnosticeren en moeilijk te behandelen.

Verschillende oorzaken voor (psychosomatische) gezondheidsklachten onder allochtonen lijken belangrijk. Op grond van bovenstaand kader zou de voorlichting psychosomatiek daarom aandacht moeten schenken aan of rekening moeten houden met de volgende aspecten:

- Migratieproces:
 - Bagage:
 - Migratiemotieven;
 - Verwachtingen;
 - Opleidingsniveau & analfabetisme.
 - Adaptatie, werk & huisvesting en sociale steun.
- Conflicten tussen de eerste en tweede generatie;
- Culturele verschillen in opvattingen over ziekte en gezondheid:
 - Somatiseren;
 - Betekenis & beleving;
 - Behoeftte aan medicijnen;
 - Contact met de gezondheidszorg of hulpverlening.

3 Voorlichting psychosomatiek

In het voorgaande is beschreven dat allochtonen te maken hebben met allerlei gezondheidsklachten, in het bijzonder psychosomatische klachten. Sinds 1998 wordt door de GGD Den Haag vanuit het Steunpunt VETC Den Haag de voorlichting psychosomatiek aangeboden, voor allochtonen in de gemeente Den Haag. Dit hoofdstuk beschrijft deze voorlichting psychosomatiek. Alvorens de voorlichting psychosomatiek te beschrijven, volgt een historische schets van Voorlichting in Eigen Taal en Cultuur (VETC).

3.1 Opdrachtgever: GGD De n Haag

De GGD Den Haag bewaakt, beschermt en bevordert de collectieve gezondheid van de inwoners van Den Haag. De productgroep Epidemiologie, Gezondheidsvoorlichting en GGD-beleid (EGG) is onderdeel van de GGD Den Haag. De productgroep ontwikkelt en coördineert verschillende preventieprogramma's, gericht op gezond gedrag en een gezonde leefstijl. Een taak van de productgroep is het coördineren van VETC in Den Haag. Het Steunpunt VETC Den Haag voert deze taak uit en verzorgt daarom groepsvoorlichting voor allochtonen in Den Haag op het gebied van ruim 20 gezondheidsonderwerpen, waaronder psychosomatiek (Gemeente Den Haag, 2004).

3.2 Voorlichting Eigen Taal en Cultuur: een historische schets

Voorlichting in eigen taal en cultuur komt voort uit ontwikkelingen eind jaren tachtig, doordat de hoeveelheid allochtonen in de Nederlandse samenleving zoals reeds vermeld aanzienlijk toenam. In beginsel is voorlichting in eigen taal en cultuur opgezet vanuit de werkgroep Vrouwen en Minderheden van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid in 1985. In 1988 startten enkele voorlichtingsprojecten in Amsterdam, Dordrecht, Nijmegen en Den Haag over gezondheid en opvoeding aan groepen Turkse en Marokkaanse vrouwen. Deze voorlichting had tot doel de overdracht van kennis en vaardigheden over gezond leven, maar ook het uit een sociaal isolement trekken van deze vrouwen en daarmee hun zelfredzaamheid te bevorderen. In de grote steden vond toen al op kleine schaal voorlichting plaats over AIDS/HIV (NIGZ, 1998).

Al snel werd duidelijk, dat er behoefte was aan een netwerk van allochtone voorlichtsters, die zelfstandig in de eigen taal voorlichting zouden kunnen geven over belangrijke gezondheidsvragen (NIGZ, 1998). Voor voorlichting in eigen taal en cultuur bestond destijds veel belangstelling. Allochtonen, die onvoldoende Nederlands spraken om deel te nemen aan Nederlandstalige voorlichtingsactiviteiten of die om andere redenen weinig of geen gebruik maakten van Nederlandse voorlichtingskanalen, vonden aansluiting bij de voorlichting in de eigen taal en cultuur. Voorlichting, die op het gebied van gebruiken, gewoonten, ziekte en gezondheid aansloot bij de eigen cultuur (NIGZ, 1998). In 1986 begon het Bureau Voorlichting

Gezondheidszorg Buitenlanders (BVGB) met het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal- en methodieken en daarnaast met het opzetten van een kadercursus voor allochtone groepsvoorlichtsters. In dat jaar ging de eerste kadercursus voor kadervrouwen van start. Door het volgen van de kadercursus waren kadervrouwen in staat om groepsvoorlichting te geven over verschillende gezondheidsonderwerpen. In 1989 is landelijk gestart met het opleiden van kadervrouwen (NIGZ, 1998). De afgelopen jaren is VETC uitgegroeid tot een volwassen vorm van gezondheidsvoorlichting, waarmee jaarlijks enkele tienduizenden arbeidsmigranten en vluchtelingen/asielzoekers worden bereikt (Verhoeven, Drewes & van Haastrecht, 2002). Sinds 1996 fungeert het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) als Landelijk Steunpunt VETC. Het Landelijk Steunpunt VETC coördineert en bewaakt de kaderopleiding en de landelijke bijscholing van de VETC-ers. Het Steunpunt ontwikkelt hiervoor lesmaterialen en begeleidt docenten. Daarnaast heeft het Landelijk Steunpunt een coördinerende en ondersteunende rol in het netwerk van lokale en regionale steunpunten. De VETC-opleiding betreft tegenwoordig een tweejarige deeltijdopleiding op MBO-3 niveau en is geïntegreerd binnen de MBO-opleiding Sociaal Pedagogisch Werk (SPW). Daarmee kunnen officiële certificaten behaald worden, wat met de vroegere kadercursus niet mogelijk was. VETC-ers hebben een gedegen kennis van de Nederlandse gezondheidszorg, diverse gezondheidsthema's (waaronder psychosomatiek), opvoedingsthema's en de eigen taal & cultuur. VETC-ers geven groepsvoorlichting aan zowel arbeidsmigranten als aan vluchtelingen of asielzoekers. Het voorlichten over gezondheid vraagt bij bepaalde groepen allochtonen om een specifieke aanpak: mondelinge overdracht in de eigen taal en in overeenstemming met de cultuur van de groep en de eigen normen & waarden. De aandacht in de voorlichting ligt op preventie, zelfzorg en toegang tot de Nederlandse gezondheidszorg (NIGZ, 2002).

3.3 Voorlichting Eigen Taal en Cultuur: Den Haag

In 1988 werd het Steunpunt VETC Den Haag opgericht en ondergebracht bij de GGD Den Haag. Daarmee vormt de groepsvoorlichting een onderdeel van gezondheidspreventie. Het Steunpunt besloot direct om de kadercursus te starten voor een groep kadervrouwen (van Roomen, Lingen & van Schaick, 2002 & Enting, 2005). Deze kadervrouwen behaalden in 1990 hun certificaat. Het product VETC bleek in Den Haag aan te slaan. Om de vraag met het aanbod te kunnen combineren, werd in 1992 wederom een tweejarige opleiding VETC gestart. De opleidingen van 1988 en 1992 werden gevolgd door vrouwen van Turkse, Marokkaanse, Antilliaanse en Surinaamse afkomst. Na de successen van de jaren '88 en '92 werd besloten om in Den Haag ook kadervrouwen op te leiden. De eerste VETC-opleiding voor kadervrouwen van hiervoor genoemde afkomst was in 1994 een feit. Zij slaagden in 1996. Omdat de vraag bleef toenemen en bovendien de vraag ontstond naar anderstaligen dan van genoemde afkomst, werd besloten tot een derde kadercursus voor kadervrouwen. Naast Turkse en Marokkaanse nationaliteiten

volgden ook enkele Somalische, Iraanse, Afghaanse en Bosnische vluchtelingen de opleiding. Voor kadermannen werd in 2000 besloten tot een tweede opleiding. Hier zaten ook veel vluchtelingen bij (van Roomen et al., 2002 & Enting, 2005).

Het Steunpunt VETC Den Haag stemt de vraag en het aanbod van groepsvoorlichting op elkaar af en verschaft praktische en inhoudelijke ondersteuning aan de VETC-ers. Belangrijk hierbij is de organisatie en afstemming van bijscholing. Bijscholingen kunnen voor ieder onderwerp georganiseerd worden, mits mensen uit het veld (VETC-ers en (zelf)organisaties) of (actuele) maatschappelijke ontwikkelingen hierom vragen. Daarnaast verschaft het Steunpunt voorlichtingsmateriaal en advies aan VETC-ers. Het Steunpunt houdt zich tevens bezig met kwaliteitsbewaking, het onderhouden van allerlei contacten en het aanvragen van budgetten. De voorlichtingen worden voornamelijk gegeven aan een specifieke groep uit één cultuur in de eigen taal. De vraag naar voorlichting in het Nederlands neemt behoorlijk toe. De voorlichtingen vinden veelal plaats in de achterstandswijken van Den Haag op diverse locaties: buurthuizen, scholen, moskeeën, zelforganisaties en welzijnsorganisaties (van Roomen et al., 2002 & Enting, 2005). Anno 2005 bestaat het Steunpunt VETC Den Haag uit twee coördinatoren, twee ondersteunende medewerkers, 12 kadermannen en 20 kadervrouwen.

De kadermannen geven voornamelijk aan groepen mannen voorlichting en de kadervrouwen voornamelijk aan groepen vrouwen. De groep VETC-ers bestaat uit verschillende lichten, die de kadercursus hebben gevolgd. De 12 kadermannen mogen op basis van presentie bij de bijscholing allen de voorlichting psychosomatiek geven. Zes kadermannen hebben de afgelopen jaren (2003, 2004 en januari-juli 2005) geen voorlichting psychosomatiek gegeven. Van de 20 kadervrouwen mogen op basis van presentie bij de bijscholingen 15 kadervrouwen de voorlichting psychosomatiek geven. Daarvan zijn 12 kadervrouwen de afgelopen jaren actief in het geven van de voorlichting psychosomatiek. De kadermannen en kadervrouwen zijn van verschillende etnische afkomst. Van de 12 kadermannen, die de voorlichting psychosomatiek mogen geven, zijn er 4 van Turkse, 3 van Marokkaanse, 2 van Surinaamse, 2 van Somalische en 2 van Afghaanse afkomst. Van de 15 voor psychosomatiek beschikbare kadervrouwen zijn er 7 van Marokkaanse, 6 van Turkse en 2 van Iraanse afkomst.

3.4 Doelgroep voorlichting psychosomatiek Den Haag

Op basis van de door het Steunpunt verzamelde gegevens over 2003 en 2004 is getracht om een beeld te geven van de doelgroep van de voorlichting psychosomatiek (Tabel 3). De voorlichting psychosomatiek bestaat in de praktijk voor een groep mannen uit een eenmalige bijeenkomst of twee bijeenkomsten. De voorlichting psychosomatiek aan een groep vrouwen bestaat vaak uit 2, 3 of 4 bijeenkomsten. De voorlichting psychosomatiek trok in 2003 en 2004 ongeveer 350

Tabel 3

Aantal gegeven voorlichtingen psychosomatiek & aantallen deelnemers

	Door kadervrouwen		Door kadermannen		Totaal aantal	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
<i>Aantal gegeven voorlichtingen</i>	18	16	8	9	26	25
<i>Aantal deelgenomen vrouwen</i>	234	193	0	26	234	219
<i>Aantal deelgenomen mannen</i>	0	14	127	111	127	125
<i>Totaal aantal deelnemers</i>	234	207	127	137	361	344

Bron: GGD Den Haag, 2005

deelnemers per jaar. De kadervrouwen gaven de voorlichtingen in het Nederlands, Turks, Iraans, Afghaans en Surinaams. De kadermannen gaven de voorlichtingen in het Nederlands, Somalisch, Turks en Marokkaans. Op basis van deze gegevens maakten verschillende doelgroepen van verschillende etnische afkomst gebruik van de voorlichting psychosomatiek, te weten: Afghaanse, Iraanse, Marokkaans/Arabische, Somalische, Surinaamse, Turkse en gemengde doelgroepen met verschillende nationaliteiten. Daarbij zijn de Turkse en Marokkaans/Arabische doelgroepen het grootst.

In 2005 werd de voorlichting psychosomatiek in de maanden januari tot en met juli 11 maal (2 maal een eenmalige bijeenkomst, 9 maal een serie) door kadervrouwen en 2 maal (eenmalige bijeenkomsten) door kadermannen gegeven. De kadervrouwen gaven de voorlichtingen 3 maal in het Nederlands en de overige voorlichtingen in de eigen taal (Turks, Berbers). De kadermannen gaven de voorlichtingen 1 maal in het Nederlands en 1 maal in het Turks. Cijfers over de aantallen deelnemers aan de voorlichting psychosomatiek over de eerste helft van 2005 waren op het moment van schrijven nog niet geregistreerd.

3.5 Doelstellingen voorlichting psychosomatiek

De voorlichting psychosomatiek is landelijk ontwikkeld en daarbij is uitgegaan van de algemene, landelijke doelstellingen van Voorlichting in Eigen Taal en Cultuur. Deze luiden (NIGZ, 2002):

- Het informeren van allochtonen, die weinig of geen gebruik (kunnen) maken van de normale Nederlandstalige voorlichtingsactiviteiten;
- Het bevorderen van de zelfredzaamheid en mondigheid;
- Het organiseren van lotgenotencontact;
- Het doorbreken van sociaal isolement;
- Het streven naar een betere participatie in de Nederlandse samenleving.

Als belangrijkste aandachtspunten van de voorlichting psychosomatiek worden uitgaande van het lesboek de volgende punten genoemd: wat zijn psychosomatische klachten, het omgaan met psychosomatische klachten en het contact met de hulpverlening (Verhoeven, Drewes & van Haastrecht, 1996). Doelstellingen, die specifiek zijn geformuleerd voor de voorlichting

psychosomatiek zoals deze in Den Haag gegeven wordt, zijn niet op papier gezet. VETC-ers worden vanuit de kadercursus VETC geacht om voor iedere te geven voorlichting psychosomatiek zélf doelen op te stellen.

3.6 Inhoud van de voorlichting psychosomatiek

De inhoud van de voorlichting psychosomatiek is gebaseerd op het lesboek 'Psychosomatische klachten, lesboek voor de kadercursus gezondheidsvoorlichting aan groepen migranten'. Dit lesboek vormt voor VETC-ers de basis van de voorlichting psychosomatiek. Het is de bedoeling dat alle onderwerpen, die in het Lesboek aan de orde komen, worden behandeld. Vaak wordt begonnen met een korte kennismaking en/of een korte inleiding, zodat de deelnemers weten waar de voorlichting psychosomatiek zoal over gaat. De volgorde van de te behandelen onderwerpen wordt bepaald door de VETC-er, evenals de keuze van het voorlichtingsmateriaal. Na afloop wordt de voorlichting psychosomatiek geëvalueerd.

Vaak worden in de voorlichting psychosomatiek de hoofdstukken uit het lesboek één voor één behandeld (Tabel 4). Het lesboek begint met de problematiek van vluchtelingen en asielzoekers. De rest van het lesboek is algemeen van aard en gaat hier verder niet op in. In het tweede hoofdstuk komen enkele theorieën aan bod: de vlucht-en vechtreactie en draagkracht & draaglast. In de vlucht-en vechtreactie van Cannon (1918) wordt uitgegaan van mobilisering van het hele organisme in een noodsituatie, wat gepaard gaat met drang tot een specifieke gedragsreactie, zoals aanval (vecht) of vlucht, afhankelijk van de situatie (Van Buchem, 1990).

Tabel 4
Inhoud van het lesboek

Hoofdstuk	Onderwerp
<i>Hoofdstuk 1</i>	Problematiek van vluchtelingen en asielzoekers
<i>Hoofdstuk 2</i>	Wat zijn psychosomatische klachten
<i>Hoofdstuk 3</i>	Functie van de klachten
<i>Hoofdstuk 4</i>	Contact met de gezondheidszorg (huisarts)
<i>Hoofdstuk 5</i>	Verwijsmogelijkheden
<i>Hoofdstuk 6</i>	Medicijnen
<i>Hoofdstuk 7</i>	Voorkomen van psychosomatische klachten
<i>Hoofdstuk 8</i>	Voorlichting over psychosomatiek

Bron: Verhoeven, Drewes & van Haastrecht, 1996

De theorie over draaglast en draagkracht is in 1983 ontwikkeld door Winnubst (Van Buchem, 1990). Meijer (2004) gebruikt de begrippen 'draaglast' (de eisen, die de omgeving stelt) en 'draagkracht' (de belastbaarheid van het individu) om de balans of disbalans van een persoon aan te geven. Disbalans wordt veroorzaakt door een te hoge draaglast of een te lage draagkracht. Disbalans veroorzaakt stress en spanningen, welke kunnen leiden tot psychosomatische klachten (Van Buchem, 1990). De theorie over draaglast en draagkracht wordt

in de voorlichting psychosomatiek vaak genoemd, de vlucht-en vechtreactie minder. Naast genoemde theorieën worden psychosomatische klachten opgesomd (zoals rugpijn, benauwdheid, overmatig transpireren en zich altijd moe voelen) evenals oorzaken van psychosomatische klachten (zoals steeds geld tekort hebben, discriminatie, heimwee, zorgen over de kinderen). In het derde hoofdstuk komen de begrippen somatiseren en spanningsklachten aan de orde. De hoofdstukken 4 en 5 besteden aandacht aan de mogelijkheden van de Nederlandse gezondheidszorg bij psychosomatische klachten. Daarbij legt het vierde hoofdstuk de nadruk op het contact met de huisarts en het vijfde hoofdstuk op de mogelijke verwijzingen van de huisarts (Algemeen Maatschappelijk Werk, Riagg). Tevens is in een korte paragraaf aandacht voor alternatieve en traditionele genezers. Hoofdstuk 6 gaat in op kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen. Ook wordt aandacht gegeven aan bijwerkingen, verslaving en alternatieven voor medicijnen. Hoofdstuk 7 gaat in op mogelijkheden binnen het eigen vermogen om psychosomatische klachten te voorkomen. Daarmee eindigt het theoretische gedeelte van het lesboek. In het laatste hoofdstuk gaat het vooral om praktische zaken. Voorbeelden van doelen, die de VETC-er zelf moet formuleren, worden gegeven. De (landelijke) instellingen voor meer informatie worden opgesomd. Ook wordt een overzicht van beschikbare voorlichtingsmaterialen gegeven en een kernwoordenlijst. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk kort aandacht besteed aan enkele aandachtspunten bij het onderwerp psychosomatiek, zoals het feit dat VETC-ers geen hulpverleners zijn en het creëren van een veilige sfeer in de groep. Enkele methodieken worden daarvoor puntsgewijs aangereikt.

De inhoud van het lesboek bekeken, kunnen enkele in de literatuur gevonden aspecten worden opgemerkt: migratiemotieven (hoofdstuk 1), somatiseren (hoofdstuk 3), behoefte aan medicijnen (hoofdstuk 6) en contact met de gezondheidszorg of hulpverlening (hoofdstuk 4 & 5). Aandacht voor de overige in de literatuur gevonden aspecten: migratieproces (bagage, verwachtingen, opleidingsniveau & analfabetisme, adaptatie, woning & huisvesting, sociale steun), conflicten tussen de eerste en tweede generatie en culturele verschillen in opvattingen over ziekte en gezondheid (betekenis & beleving) ontbreekt in de huidige voorlichting psychosomatiek.

3.7 Voorlichtingsmateriaal

Onderstaande voorlichtingsmaterialen worden tijdens de voorlichting gebruikt:

- Video 'Mijn maag is als een steen van angst' (NIGZ, 1984 –speelduur 38 minuten)
Videoprogramma, gesproken in het Arabisch/Berbers/Turks en Nederlands ondertiteld, over psychosomatische klachten bij vrouwen.
- Video 'Zorg en pijn, toch helpt geen medicijn' (Studio IM, 1989 – speelduur 38 minuten)
Videoprogramma, gesproken in het Arabisch/Turks en Nederlands ondertiteld, over de oorzaken van psychosomatische klachten en de relatie met huisarts, maatschappelijk werk en familieleden.

- Brochure 'Wat zijn spanningsklachten' (NIGZ, 1999)

De brochure is van A5-formaat, telt 33 pagina's en is tweetalig opgezet. De bovenste helft van de bladzijde in de eigen taal (Turks of Arabisch), de onderste helft in het Nederlands.

- Wandplaat 'Gezond blijven, beter worden' (NIGZ, 1996).

De wandplaat is een grote illustratieve plaat met daarop verschillende afbeeldingen verwerkt, bijvoorbeeld van groente & fruit en bewegen.

3.8 Methodieken

In de kadercursus hebben VETC-ers methodieken aangereikt gekregen. Zij hebben daarbij het boek 'Voorlichting geven in de eigen taal en cultuur, methodiekboek' gebruikt om VETC als methode onder de knie te krijgen. In dit boek komen onder andere methodieken aan de orde, die VETC-ers kunnen gebruiken tijdens het geven van een groepsvoorlichting. De volgende methodieken worden genoemd: vragen stellen, omgaan met andere meningen, werken met hulpmiddelen & voorlichtingsmateriaal, omgaan met kritiek, leiding geven, grenzen stellen, lezing, vraag-leergesprek, demonstratie, discussie en rollenspel. Aan de hand van het algemene methodiekenboek worden VETC-ers verondersteld genoemde methodieken te beheersen en deze methodieken voor ieder gezondheidsonderwerp in de praktijk te kunnen gebruiken. Het is onbekend in hoeverre methodieken in de voorlichting psychosomatiek worden gebruikt.

3.9 Bijscholing

Begin 2005 is gestart met bijscholing, deze is inmiddels afgerond. De bijscholing psychosomatiek is gescheiden aan de kadervrouwen en kadervrouwen gegeven in twee bijeenkomsten door twee trainers van Pharos, het landelijke kenniscentrum voor vluchtelingen en gezondheid. Er zouden in de bijscholing vijf thema's worden behandeld: trauma, omgaan met eigen emotie, trainingsvaardigheden, gezond oud worden, opvoeden in Nederland & de effecten van de opvoeding op de ouders. De twee laatst genoemde thema's zijn voor kadervrouwen en kadervrouwen op dezelfde manier behandeld. De drie eerst genoemde thema's zijn op een andere manier behandeld doordat er verschillende trainers voor de groepen stonden. Door de twee coördinatoren en door Pharos is er materiaal bij elkaar gezocht, dat als aanvulling werd gezien op het lesboek van de VETC-ers (Tabel 5). Iedere VETC -er heeft dit materiaal gekregen, alleen is niet al het materiaal behandeld. Enkele van deze onderwerpen zijn eerder in de literatuur opgemerkt. In de bijscholing wordt getracht stil te staan bij bagage (migratiemotieven van arbeidsmigranten en vluchtelingen/asielzoekers, ervaringen) en culturele verschillen in opvattingen over ziekte en gezondheid (contact met gezondheidszorg of hulpverlening). Opvallend is de gebruikte terminologie binnen het materiaal: vanuit het kader van hulpverlening. De termen 'cliënten' en 'begeleiders' worden gebruikt, niet 'deelnemers' en 'VETC-ers'.

Tabel 5

Bijcholingsmateriaal psychosomatiek 2005

Soort materiaal	Onderwerp
<i>Uitgeprinte sheets</i>	Psychosomatiek (herhaling) Ervaringen van vluchtelingen/migranten Vluchtelingenbestaan (trauma's) Adolescentie & ontwikkeling van het kind Stappenplan activeren & gezondheid van vluchtelingen
<i>Kaart</i>	Sociale kaart voor trajectbegeleiders
<i>Artikelen</i>	Ervaringen Betekenis van begeleider zijn Omgaan met (on)macht Piekeren en psychosomatische klachten

3.10 Werving

Het Steunpunt VETC Den Haag houdt zich bezig met werving voor te geven voorlichtingen. Deze werving is vooral gericht op allerlei (zelf)organisaties in Den Haag. Het wervingsmateriaal bestaat uit een algemene folder over Voorlichting in Eigen Taal en Cultuur in Den Haag, een algemene folder met daarin de mogelijke gezondheidsonderwerpen waarover in Den Haag voorlichting gegeven kan worden en tweemaal per jaar een nieuwsbrief. Wanneer een (zelf)organisatie een aanvraag voor de voorlichting psychosomatiek neerlegt bij het Steunpunt VETC Den Haag, gaan de ondersteunende medewerkers op zoek naar een geschikte VETC-er. Daarbij wordt gelet op het onderwerp psychosomatiek, het geslacht van de doelgroep, de gewenste taal waarin de voorlichting gegeven moet worden en de beschikbaarheid van de VETC-er voor de betreffende periode. De organisatie krijgt een aantal voorwaarden toegestuurd. Zo moet deze een ruimte regelen voorzien van bepaalde apparatuur (zoals een videorecorder met televisie), koffie & thee en kinderopvang. De VETC-er neemt van tevoren contact op met de (zelf)organisatie. Hij moet een aantal zaken te weten komen, bijvoorbeeld of het om een bestaande groep mensen gaat of om een groep mensen die elkaar nog niet kent, voorkennis, de samenstelling en de grootte van de groep. Na afloop wordt de voorlichting psychosomatiek geëvalueerd. Wanneer een evaluatiegesprek plaatsvindt in aanwezigheid van één van de VETC-coördinatoren, dan worden vaak de mogelijkheden tot groepsvoorlichting over andere gezondheidsonderwerpen genoemd.

3.11 Evaluatie

Iedere voorlichting psychosomatiek wordt geëvalueerd met behulp van een evaluatieformulier, dat door de VETC-er wordt ingevuld. De deelnemers aan de voorlichting psychosomatiek vullen zelf geen evaluatieformulier in. Op het formulier vult de VETC-er het onderwerp, de taal waarin de voorlichting gegeven is, de tijdsinvestering, het gebruikte voorlichtingsmateriaal, het aantal deelnemers en de leeftijdscategorie, etnische achtergrond & verblijfsduur in Nederland van de deelnemers in. Na een serie vindt vaak een evaluatiegesprek plaats met de VETC-er, de organisatie en de VETC-coördinator. Hiervan wordt geen verslag gemaakt.

3.12 Gesignaleerde problemen

In het theoretische kader is gerefereerd aan de complexiteit van psychosomatische klachten en de diagnostiek. Door die complexiteit worden door het Steunpunt VETC Den Haag enkele problemen gesignaleerd.

Rol van de VETC-er

In bijgewoone voorlichtingen viel op dat betreffende VETC -ers soms geneigd zijn deelnemers in een bepaalde richting te sturen. Een deelnemer vertelt bijvoorbeeld dat hij of zij hoofdpijn heeft en verbindt daar de zojuist door de VETC-er genoemde geldzorgen aan. De VETC-er antwoordt bevestigend dat dit een psychosomatische klacht betreft. Maar de mogelijkheid dat een klacht weldegelijk een lichamelijke klacht betreft blijft ook bestaan. De deelnemer kan door het antwoord van de VETC-er gerustgesteld zijn en besluiten om geen hulp te zoeken. De rol van voorlichter en de rol van hulpverlener kruisen elkaar hier. VETC -ers moeten zich bewust zijn van mogelijke gevaren, die goedbedoelde adviezen als effect kunnen hebben. Zij zouden grenzen moeten kunnen stellen tussen voorlichten en hulpverleners. Mogelijke oorzaak is, mede gezien de complexiteit van het onderwerp, dat een vertaalslag van de theorie naar de praktijk ontbreekt. Het ontbreekt aan (interactieve) methodieken om het onderwerp psychosomatiek goed te behandelen. Een voorbeeld: Het lesboek geeft aan dat inzake oorzaken van spanningsklachten een video gebruikt kan worden, alleen wordt niet uitgelegd op welke manier de VETC-er de inhoud van die video kan laten aansluiten bij de informatie in het lesboek.

Psychosomatiek: preventieve voorlichting of hulpverlening?

Gezondheidsvoorlichting vindt plaats op drie verschillende niveaus van preventie. De volgende niveaus worden onderscheiden: primaire, secundaire en tertiaire preventie (Brug et al., 2001). Primaire preventie tracht gezondheidsproblemen te voorkomen. Secundaire preventie tracht mensen met een voorstadium van een bepaalde aandoening of in een vroeg stadium van een ziekte te identificeren zodat gerichte behandeling, gedrags-of omgevingsverandering mogelijk is om erger te voorkomen. Tot slot richt tertiaire preventie zich op mensen, getroffen door een ziekte of handicap (Brug et al., 2001). Voorlichting over psychosomatiek zou op alledrie de niveaus van preventie kunnen plaatsvinden. De secundaire en tertiaire preventie vinden echter vooral plaats op het niveau van de hulpverlening. Juist de grenzen tussen voorlichting en hulpverlening lijken voor VETC-ers lastig te bepalen. Daarom is het onduidelijk of en in hoeverre een voorlichting psychosomatiek, gegeven door in hulpverlening ongeschoolde VETC-ers, geschikt is voor preventie.

Binnen de verschillende niveaus van preventie streeft gezondheidsvoorlichting naar bepaalde doelstellingen, die door middel van de betreffende voorlichting bereikt moeten worden. Vaak heeft kennisoverdracht een groot aandeel binnen gezondheidsvoorlichting, aangezien

voorlichting hoofdzakelijk te maken heeft met het overbrengen van informatie (Brug et al., 2001). Met betrekking tot de voorlichting psychosomatiek kan echter de vraag gesteld worden of doelstellingen voor de voorlichting psychosomatiek alleen betrekking zouden moeten hebben op het informeren van deelnemers of dat de voorlichting psychosomatiek ook doelstellingen op andere niveaus dan op het niveau van kennisoverdracht zou moeten nastreven. Verschillende indelingen in niveaus zijn denkbaar. Mc Guire presenteerde in 1985 het Persuasion-Communication-model. Dit model geeft in een matrix de voorwaarden voor gedragsverandering door middel van communicatie weer. Het model bestaat uit drie categorieën: succesvolle communicatie, verandering determinanten & gedrag en behoud van de gedragsverandering. In de tweede categorie worden de volgende determinanten gepresenteerd: attitude, sociale steun, eigen-effectiviteitsverwachting en gedrag (Damoiseaux, van der Molen & Kok, 1993 & Brug et al., 2001). Uitgaande van de niveaus van genoemde determinanten (attitude, sociale steun, eigen-effectiviteitsverwachting, gedrag) aangevuld met kennis, moet bekeken worden in hoeverre de doelstellingen van de voorlichting psychosomatiek zich op deze niveaus bevinden.

3.13 Conclusies

Met betrekking tot de huidige voorlichting psychosomatiek kunnen op grond van het voorgaande de volgende conclusies worden getrokken:

- De voorlichting psychosomatiek, zoals beschreven in dit hoofdstuk, lijkt vergeleken met de eerder beschreven literatuur inhoudelijk enige aandacht te besteden aan migratiemotieven (verschillen tussen arbeidsmigranten en vluchtelingen/asielzoekers), het begrip somatiseren en medicijngebruik (slaap-en kalmeringsmiddelen). Betreffende het contact met de Nederlandse gezondheidszorg of hulpverlening wordt ingegaan op het contact met de huisarts en de mogelijke verwijzingen, die de huisarts aan patiënten kan geven. Een groot deel van deze informatie is verouderd. De huidige voorlichting psychosomatiek houdt geen rekening met de verwachtingen van migranten, het opleidingsniveau van de deelnemers en het mogelijk voorkomen van analfabetisme bij de deelnemers van de voorlichting psychosomatiek. Tevens wordt geen specifieke aandacht gegeven aan problemen rondom adaptatie, werk & huisvesting en sociale steun. Tot slot ontbreekt aandacht voor mogelijke conflicten tussen de eerste en tweede generatie en betekenis & beleving van ziekte;
- Concrete doelstellingen, specifiek voor de voorlichting psychosomatiek, ontbreken;
- De inhoud van de huidige voorlichting psychosomatiek is breed van opzet;
- Het materiaal (voorlichtingsmateriaal, lesboek) is verouderd en wellicht incompleet;
- Het ontbreekt de voorlichting psychosomatiek aan (interactieve) methodieken;

- De bijscholing heeft uitgemond in veel aanvullend materiaal. Het is de vraag of dit materiaal (voldoende) aansluit bij de voorlichting psychosomatiek en tevens of het materiaal gebruikt wordt;
- De werving vanuit het Steunpunt VETC Den Haag is algemeen van aard. Aandacht wordt besteed aan het product VETC als totaalconcept;
- De evaluatie ten aanzien van de voorlichting psychosomatiek is gebrekkig van aard en rijp voor verbetering;
- In de praktijk zouden bij de VETC-ers moeilijkheden kunnen bestaan in het bepalen van de eigen grenzen tussen voorlichten en hulpverleners;
- Het is de overweging waard te onderzoeken of het onderwerp psychosomatiek geschikt is voor preventie of hulpverlening.

3.14 Onderzoeksvragen

Hoewel door de vergelijking van de voorlichting psychosomatiek met de literatuur enkele interessante bevindingen naar voren kwamen, is ook de mening van de VETC-ers belangrijk. Het is onbekend wat de houding van VETC-ers ten opzichte van de voorlichting psychosomatiek is en tegen welke problemen VETC-ers in de praktijk aanlopen. Daarnaast is de Nederlandse (multiculturele) samenleving in tien jaar tijd veranderd, evenals de samenstelling van de allochtone bevolking. Het is niet bekend of de huidige voorlichting psychosomatiek voldoende aansluit bij de huidige samenleving en de allochtone doelgroepen, die daarin leven. Daarom is onderzoek nodig, waarbij de huidige voorlichting psychosomatiek onder de loep wordt genomen en waarbij de wensen en mogelijkheden voor de toekomst worden geïnventariseerd.

Uit bovenstaande achtergronden volgen enkele onderzoeksvragen. De hoofdvraag luidt:

- Wat is het oordeel van VETC-ers, VETC-coördinatoren en relevante deskundigen over de huidige voorlichting psychosomatiek, wat zijn daarnaast de wensen ten aanzien van de toekomst van de voorlichting psychosomatiek en hoe kunnen deze wensen worden vertaald naar de praktijk?

Subvragen daarbij luiden binnen het onderzoek onder VETC-ers & VETC-coördinatoren:

Doelstellingen:

- Wat zijn volgens de VETC-ers en de VETC-coördinatoren de doelstellingen van de huidige voorlichting psychosomatiek?
- Wat zijn volgens de VETC-ers en de VETC-coördinatoren de beoogde doelstellingen, die de voorlichting psychosomatiek in de toekomst zou moeten nastreven?

Inhoud:

- Hoe wordt de inhoud van de huidige voorlichting psychosomatiek (te weten het huidige lesboek) gewaardeerd door de VETC-ers en de VETC-coördinatoren?
- Met welke onderwerpen zou de voorlichting psychosomatiek in de toekomst rekening moeten houden?

Voorlichtingsmateriaal:

- Hoe wordt het voorlichtingsmateriaal (video's, brochure, wandplaat), dat in gebruik is bij de huidige voorlichting psychosomatiek ten behoeve van de deelnemers gewaardeerd door de VETC-ers en de VETC-coördinatoren?
- Welke voorlichtingsmaterialen zijn gewenst in de toekomst?

Methodieken:

- Hoe worden de methodieken, die in gebruik zijn bij de huidige voorlichting psychosomatiek gewaardeerd door de VETC-ers en de VETC-coördinatoren?
- Welke (interactieve) methodieken zijn gewenst in de toekomst?

Bijscholing:

- Hoe wordt de recente bijscholing psychosomatiek en het materiaal daarbij gewaardeerd door de VETC-ers en de VETC-coördinatoren?
- Welke invulling moet naar aanleiding van de globale inhoud van de voorlichting psychosomatiek in de toekomst aan de eerstvolgende bijscholing gegeven worden?

Werving:

- Hoe wordt de werving van deelnemers voor de huidige voorlichting psychosomatiek door de VETC-ers en de VETC-coördinatoren gewaardeerd?
- Welke vorm ten aanzien van de werving van deelnemers voor de voorlichting psychosomatiek is in de toekomst het meest geschikt?

Evaluatie:

- Hoe wordt de evaluatie (evaluatieformulier, evaluatiegesprek) van de huidige voorlichting psychosomatiek gewaardeerd door de VETC-ers en de VETC-coördinatoren?
- Welke vorm ten aanzien van de evaluatie van de voorlichting psychosomatiek is in de toekomst gewenst?

De rol van de VETC-er:

- In hoeverre ervaren de VETC -ers en de VETC-coördinatoren moeilijkheden in de grenzen tussen voorlichten en hulpverleners bij het onderwerp psychosomatiek?

Subvragen luiden binnen het onderzoek onder relevante overige deskundigen:

Doelstellingen

- Wat zijn volgens de deskundigen de beoogde doelstellingen, die de voorlichting psychosomatiek in de toekomst zou moeten nastreven?

Inhoud

- Met welke onderwerpen zou in de toekomst de voorlichting psychosomatiek rekening moeten houden?

Voorlichtingsmateriaal

- Welke voorlichtingsmaterialen zijn gewenst in de toekomst?

Methodieken:

- Welke (interactieve) methodieken zijn gewenst in de toekomst?

De rol van de VETC-er:

- Welke rol is in de toekomst weggelegd voor de VETC-er, die de voorlichting psychosomatiek geeft?

Psychosomatiek: Preventieve voorlichting of hulpverlening?:

- In hoeverre komt het onderwerp psychosomatiek in aanmerking voor preventieve groepsvoorlichting?

4 Onderzoeksmethoden

Om antwoorden te vinden op de onderzoeksvragen zijn drie deelonderzoeken verricht. Na het literatuuronderzoek zijn interviews gehouden met VETC-ers en VETC-coördinatoren. Vervolgens zijn twee focusgroepen gevormd bestaande uit deskundigen, waarmee over de inhoud van de voorlichting psychosomatiek in de toekomst en over materialen & methodieken van de voorlichting psychosomatiek in de toekomst van gedachten is gewisseld. In het onderstaande wordt de opzet van het tweede en derde deelonderzoek gedetailleerd weergegeven.

4.1 Interviews

Als onderzoeksmethode voor het deelonderzoek onder VETC-ers en VETC-coördinatoren is gekozen voor semi-gestructureerde interviews met zowel open als gesloten vragen. De keuze is hierop gevallen en niet op een schriftelijke onderzoeksmethode, vanwege mogelijke problemen met de beheersing van de Nederlandse taal door de VETC-ers. Bij onbegrip van een vraag kon de respondent vragen stellen, de interviewer kon indien nodig doorvragen en bij verkeerde interpretaties van een vraag kon de interviewer bijsturen, waardoor zo min mogelijk antwoorden onbeantwoord bleven. Bij semi-gestructureerde interviews staan de vragen weliswaar vast, maar niet de volgorde. Deze is afhankelijk van het gespreksverloop (Emans, 1990).

4.1.1 Respondenten

Wat betreft de VETC-ers bleken van de 12 voor psychosomatiek beschikbare kadersmannen 7 kadersmannen in de afgelopen jaren (2003, 2004 en januari-juli 2005) actief in het geven van de voorlichting psychosomatiek. Van de 15 kadervrouwen waren 12 kadervrouwen actief. Deze 19 VETC-ers zijn telefonisch benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Gezien de inhoud van het interviewschema is gekozen om alleen actieve VETC-ers te benaderen, omdat de vrees bestond dat andere VETC-ers geen antwoord zouden kunnen geven op sommige vragen. Van de 19 actieve VETC-ers hebben 15 VETC-ers hun medewerking toegezegd: 8 kadervrouwen en 7 kadersmannen. Zij beheersten de gesproken Nederlandse taal voldoende voor een mondeling interview. Redenen om niet deel te nemen waren onder andere de vakantieperiode (juli), de drukte rondom de vakantie en één persoon gaf aan geen zin te hebben. Wat betreft de VETC-coördinatoren zijn twee mensen werkzaam als VETC-coördinator, een man voor de kadersmannen en een vrouw voor de kadervrouwen. Beiden zijn geïnterviewd.

4.1.2 Procedure & interviewschema's

Procedure

De interviews vonden plaats bij de GGD Den Haag en bij de respondent thuis of op zijn werk. Iedere deelnemende VETC-er ontving van het Steunpunt VETC de standaardvergoeding à 30 euro.

Interviewschema's

De interviews met VETC-ers hebben eerder in de tijd plaatsgevonden dan de interviews met de VETC-coördinatoren. De verschillende interviewschema's van de VETC-ers (bijlage 1) en van de VETC-coördinatoren (bijlage 2) kwamen in grote lijnen overeen. De interviews duurden ongeveer 50 minuten. De interviewschema's bevatten vragen over verschillende onderdelen, die hieronder worden besproken. Aan deze vragen ging een inleiding vooraf, waarin het onderzoek, het doel, de duur, de soort te verwachten vragen, de werking van de semantische differentiaal schalen, de anonieme verwerking en het vertrouwelijke gebruik van de bandrecorder werden toegelicht. Tevens kon de respondent vragen stellen.

Achtergrondgegevens

Naast enkele demografische gegevens is in dit onderdeel kort gevraagd naar de persoonlijke geschiedenis als VETC-er of VETC-coördinator.

Doelstellingen

De voorlichting psychosomatiek is in het verleden altijd gebaseerd op de landelijke doelen van Voorlichting Eigen Taal en Cultuur, opgesteld door het NIGZ. Specifieke doelstellingen voor de voorlichting psychosomatiek ontbraken. De respondenten kregen aan het begin van dit onderdeel de mogelijkheid om zelf met doelstellingen voor de voorlichting psychosomatiek te komen middels een open vraag. Wat zouden deelnemers volgens hen moeten weten, moeten kunnen of moeten doen nadat zij de voorlichting psychosomatiek gevolgd hebben? Vervolgens zijn vooraf met als kader de determinanten attitude, sociale steun, eigen-effectiviteitsverwachting en gedrag uit het Persuasion-Communication-model van McGuire (1985), aangevuld met het aspect kennis, doelstellingen geformuleerd. De doelstellingen van het NIGZ en het lesboek van de VETC-ers vormden daarvoor de basis. De algemene doelen betreffende Voorlichting Eigen Taal en Cultuur maken tevens onderscheid tussen doelen, die betrekking hebben op attitude (mondigheid), sociale steun (sociaal isolement doorbreken), eigen-effectiviteitsverwachting (zelfredzaamheid) en gedrag (lotgenotencontact, streven naar een betere participatie in de Nederlandse gezondheidszorg). Uiteindelijk zijn na de pre-test 20 doelstellingen voor de voorlichting psychosomatiek in Den Haag opgesteld (bijlage 3). De 20 doelstellingen waren opgedeeld in vier blokken (4 kaarten) van vijf doelstellingen. De vier kaarten werden stuk voor stuk aan de respondenten voorgelegd. Elke kaart heeft een bepaald hoofdthema: psychosomatische klachten, stress & spanningen, herkennen, omgaan & voorkomen en contact met de Nederlandse gezondheidszorg. Tabel 6 geeft aan binnen welk niveau(s) de doelstellingen per kaart zijn opgesteld. Per kaart werden aan de VETC-ers twee vragen gesteld. Wat de respondent momenteel de belangrijkste(n) vond en daarnaast waar de respondent in de toekomst meer aandacht aan zou willen besteden (open vragen). Aan de VETC-coördinatoren is alleen de eerste

Tabel 6

Matrix van determinanten en bijbehorende doelstellingen van de voorlichting psychosomatiek

Determinant/niveau	Doelstellingen rondom			
	<i>Psychosomatische klachten</i>	<i>Stress & spanningen</i>	<i>Herkennen, omgaan & voorkomen</i>	<i>Contact Nederlandse gezondheidszorg</i>
<i>Kennis</i>	•	•		•
<i>Attitude</i>			•	
<i>Sociale steun</i>				•
<i>Eigen-effectiviteitsverwachting</i>		•	•	
<i>Gedrag</i>		•	•	•

vraag gesteld. Tot slot van dit onderdeel is gevraagd of respondenten vermoedden dat er doelstellingen op de kaartjes ontbreken en daarnaast of de doelstellingen op de kaartjes momenteel voor de voorlichting psychosomatiek werden behaald.

Inhoud van de voorlichting psychosomatiek

Voor wat betreft de inhoud van de voorlichting psychosomatiek zijn vragen gesteld over de voorlichting psychosomatiek als geheel en over het lesboek van de VETC-ers. Gelet op de voorlichting psychosomatiek als geheel zijn de volgende vragen gesteld. In een open vraag werd aan de VETC-ers gevraagd om de voorlichting psychosomatiek in de praktijk, zoals de respondent hem gaf, te beschrijven. De VETC-coördinatoren werd in een open vraag gevraagd om hun indruk te geven van het verloop van de voorlichtingen psychosomatiek. Ook is gevraagd of respondenten het belangrijk vonden om in de toekomst aandacht te besteden aan het westerse mensbeeld, waarin lichaam en geest gescheiden zijn, waarop een groot deel van de Nederlandse gezondheidszorg is gebaseerd.

Bij het lesboek is aan de VETC-ers gevraagd naar het moeilijkste en makkelijkste onderwerp om te behandelen binnen de voorlichting psychosomatiek (open vragen). Tevens werd gevraagd om het lesboek met behulp van enkele semantische differentiaal schalen te beoordelen. De volgende schalen zijn gebruikt: saai-leuk, onduidelijk-duidelijk, moeilijk-makkelijk, ouderwets-modern, niet informatief-informatief, niet van toepassing voor iedereen-van toepassing voor iedereen, te lang-te kort, slecht-goed. De theorieën van het lesboek (draagkracht/draaglast & vlucht-en vechtreactie) zijn tevens beoordeeld met behulp van semantische differentiaal schalen, te weten: slecht-goed, onduidelijk-duidelijk, moeilijk-makkelijk). Aan alle respondenten werd in een open vraag gevraagd of zij onderwerpen missen in het huidige lesboek. Tot slot van de vragen rondom het lesboek werd als totaaloordeel om een rapportcijfer gevraagd.

Voorlichtingsmateriaal

Allereerst is gevraagd aan VETC-ers hoe vaak zij tijdens de voorlichting psychosomatiek gebruik maken van de beschikbare voorlichtingsmaterialen (gestructureerde meerkeuze vragen). De overige evaluatievragen gingen dieper in op ieder voorlichtingsmateriaal afzonderlijk (video's,

brochure en wandplaat). Voor de voorlichtingsmaterialen is per materiaal dezelfde structuur aangehouden. Er is eerst gevraagd of de respondent bekend was met het betreffende materiaal binnen de voorlichting psychosomatiek. Zo niet, dan werden de bijbehorende vragen overgeslagen. Ieder materiaal werd door de respondent beoordeeld middels overwegend open vragen en één vraag met semantische differentiaal schalen. De gebruikte semantische differentiaal schalen waren: saai-leuk, onduidelijk-duidelijk, moeilijk-makkelijk, ouderwets-modern, niet informatief-informatief, niet van toepassing voor iedereen-van toepassing voor iedereen, te lang-te kort, slecht-goed. Tot slot werd van ieder materiaal een rapportcijfer gevraagd als totaaloordeel van het betreffende materiaal. Tevens is gevraagd naar gewenste voorlichtingsmaterialen voor de voorlichting psychosomatiek. Om deze wensen te achterhalen is een open vraag gesteld, gevolgd door een gestructureerde meerkeuze vraag.

Methodieken

Aan de VETC-ers werd allereerst gevraagd hoe vaak zij tijdens de voorlichting psychosomatiek gebruik maken van de beschikbare methodieken, die zij tijdens de kaderopleiding geleerd hebben (gestructureerde meerkeuze vragen). Ook is gevraagd aan de respondenten hoe zij tegenover interactieve methodieken binnen de voorlichting psychosomatiek stonden en of de voorlichting psychosomatiek op dat moment voldoende interactief was (open vragen). Daarnaast is aan de VETC-ers gevraagd hoe zij aan het begin van een voorlichting psychosomatiek met de deelnemers een vertrouwensband creëren (open vraag). De wensen voor de toekomst wat betreft de methodieken zijn eveneens nagevraagd middels een open en een gestructureerde meerkeuze vraag. Om te achterhalen of respondenten het, gezien de gevoeligheid van het onderwerp psychosomatiek, nuttig vonden om de voorlichting psychosomatiek in de toekomst luchtiger te maken is hierover een open vraag gesteld, met als doel te achterhalen of psychosomatiek een moeilijk bespreekbaar onderwerp is.

Bijscholing

Gevraagd is naar de verwachtingen van de bijscholing en de goede en slechte kanten. Tevens is naar een rapportcijfer gevraagd als totaaloordeel over de bijscholing.

Werving

Er is een vraag gesteld over de mening ten opzichte van de werving en reclame voor de voorlichting psychosomatiek vanuit het Steunpunt VETC Den Haag middels een semantische differentiaal schaal op de dimensies slecht-goed, onvoldoende-voldoende, onbelangrijk-belangrijk en niet nuttig-nuttig. Daarnaast is gevraagd naar de beweegredenen van de (potentiële) deelnemers.

Evaluatie

Om de mening ten opzichte van de evaluatie in de vorm van een evaluatieformulier en een evaluatiegesprek van de voorlichting psychosomatiek te achterhalen is gebruik gemaakt van dezelfde semantische differentiaal schaal als voor de werving. Deze dimensies dienden ter beoordeling van het evaluatieproces als geheel.

De rol van de VETC-er

Een open vraag is gesteld over hoe respondenten bij het onderwerp psychosomatiek tegen groepsvoorlichting aankeken. Deze vraag had als bijkomend doel te achterhalen in hoeverre de grenzen tussen het voorlichten en het hulpverlenen problematisch zijn.

Afronding

Tot slot kon de respondent vragen, opmerkingen of ideeën kwijt en werd de respondent bedankt voor de tijd en medewerking aan het onderzoek.

Pre-test

Het interviewschema van de VETC-ers is gepretest met respondent 1. Na de pre-test zijn enkele tekstuele aanpassingen gedaan. Tevens is het onderdeel 'Doelen' aangepast, omdat dit onderdeel aanvankelijk teveel tijd in beslag nam. Afgezien van dit onderdeel zijn de resultaten uit de pre-test meegenomen in het resultatengedeelte. De vragen met semantische differentiaal schalen zoals vermeld in het interviewschema van de VETC-ers zijn in het interviewschema van de VETC-coördinatoren geschrapt vanwege het kleine aantal respondenten en omdat van hen werd verwacht dat voldoende gegevens uit open vragen gehaald konden worden. Het onderdeel 'Doelen' is in het interviewschema van de VETC-coördinatoren enigszins aangepast. Omdat in de interviews van de VETC-ers de vragen omtrent de doelen gericht op de toekomst moeizaam werden beantwoord, zijn deze bij de VETC-coördinatoren op voorhand geschrapt.

4.1.3 Analyse

De interviews zijn opgenomen en volledig uitgeschreven. Vervolgens zijn de resultaten geordend binnen de thema's van de onderzoeksvragen. Op grond daarvan konden conclusies worden getrokken.

4.2 Focusgroepen

Tot slot van het onderzoek is de voorlichting psychosomatiek met het oog op de toekomst voorgelegd aan enkele relevante deskundigen. Deskundigen kunnen vanuit hun eigen vakgebied een blik werpen op de psychosomatische problematiek van allochtonen en vormen daarmee een waardevolle aanvulling op de resultaten van de interviews met VETC-ers en VETC-coördinatoren. Als onderzoeksmethode is gekozen voor de focusgroep. Enkele voordelen van de

focusgroep zijn: een aantal verschillende personen kunnen tegelijkertijd met elkaar van gedachten wisselen en door middel van een focusgroep kan draagvlak gecreëerd worden. Omdat vooraf een duidelijke scheiding zichtbaar was tussen de verschillende voor te leggen thema's inzake de gewenste expertise van de deskundigen, is gekozen voor twee focusgroepen: een focusgroep inzake de inhoud van de voorlichting psychosomatiek en een focusgroep inzake materialen & methodieken van de voorlichting psychosomatiek. In de praktijk bleken echter de resultaten van beide groepen elkaar te overlappen.

4.2.1 Respondenten

In overleg met de GGD Den Haag zijn voor beide focusgroepen respondenten gezocht. Er is contact gezocht met 23 organisaties, instellingen en huisartsenpraktijken. Deze mogelijke deelnemers moesten aan twee voorwaarden voldoen: kennis van ofwel psychosomatische klachten ofwel kennis van voorlichtingsmaterialen & methodieken én affiniteit met allochtone doelgroepen binnen hun werkzaamheden. Van de 23 benaderde organisaties/personen hebben 12 organisaties/personen hun medewerking toegezegd. De reden om niet deel te nemen was dat de betreffende persoon op het geplande tijdstip verhinderd was. De respondenten zijn allereerst telefonisch benaderd met de vraag of zij hun medewerking aan de betreffende focusgroep wilden verlenen. Wanneer medewerking werd toegezegd, werden zij schriftelijk op de hoogte gesteld van de datum, locatie, plaats, tijd en het doel van de focusgroep. Tevens ontvingen zij een samenvatting van het onderzoek tot nu toe, waardoor zij van tevoren op de hoogte waren van de verschillende aspecten van de voorlichting psychosomatiek. De reiskosten van de respondenten werden vergoed. Wanneer een persoon aangaf verhinderd, maar wel geïnteresseerd te zijn, dan werd gevraagd of collega's bereid waren. Uiteindelijk bestond de eerste focusgroep 'Inhoud van de voorlichting psychosomatiek' uit 9 respondenten en de tweede focusgroep 'Materialen & methodieken van de voorlichting psychosomatiek' uit 6 respondenten.

De respondenten van beide focusgroepen waren afkomstig uit verschillende organisaties, instellingen of functies binnen het landelijke en regionale werkveld. Tabel 7 geeft een overzicht van de deelnemende organisaties, met daarbij een korte omschrijving van de betreffende organisatie. De deelnemers beschikten allen over de gevraagde kennis. Bovendien hadden zij allen affiniteit met allochtone doelgroepen. Zo verzorgde ETV.nl diverse projecten voor allochtone doelgroepen, de deelnemer vanuit de Haagse Openbare Bibliotheek participeerde onder andere in projecten in het kader van emancipatie van allochtone vrouwen en de deelnemer vanuit het Trimbos-instituut onderzocht diverse interventies, gericht op oudere Turkse en Marokkaanse allochtonen.

Tabel 7

Samenstelling respondenten van de focusgroepen

Naam organisatie/instelling/functie	Omschrijving
<i>ETV.nl</i>	Educatieve televisie
<i>GGD Den Haag</i>	Respondenten van afdeling Gezondheidsvoorlichting
<i>Haagse Openbare Bibliotheek</i>	Vestiging Bibliotheek Schilderswijk
<i>Huisarts</i>	Werkt veel met allochtone patiënten
<i>Parnassia psycho-medisch centrum</i>	GGZ van Den- Haag, respondent van afdeling preventie
<i>Pharos</i>	Landelijk kenniscentrum voor vluchtelingen en gezondheid Respondent is adviseur/trainer (o.a. van VETC-ers)
<i>Praktijk voor psychosomatische fysiotherapie & supervisie</i>	Zelfstandige praktijk (allochtone cliënten)
<i>PsyQ psycho-medische programma's</i>	Tak Parnassia, respondent afdeling somatiek en psychie
<i>Project Nieuwe Sporen</i>	Allochtone vertrouwenspersonen
<i>NIGZ</i>	Landelijk Steunpunt VETC, ontwikkelde voorlichting psychosomatiek
<i>NOAGG centrum voor transculturele geestelijke gezondheidszorg</i>	GGZ, speciaal voor allochtonen in Den Haag
<i>Trimbos-instituut</i>	Landelijk kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg

4.2.2 Procedure & vragenschema's

Procedure

Voor iedere focusgroep is een discussieleider aangesteld. Voor de focusgroep 'Inhoud van de voorlichting psychosomatiek' was dit de VETC-coördinator van de kadervrouwen. Deze VETC-coördinator was goed bekend met de inhoud van de voorlichting psychosomatiek. De eerste focusgroep vond gedurende twee uur plaats bij de GGD Den Haag. De casemanager parasuicide en zelfbeschadiging binnen de GGD Den Haag heeft de tweede focusgroep 'Materialen & methodieken van de voorlichting psychosomatiek' geleid. Zij is door haar achtergrond bekend met (moeilijkheden rondom) methodieken voor moeilijk bespreekbare onderwerpen. De tweede focusgroep vond plaats in een vergaderzaal op het Stadhuis van de Gemeente Den Haag en duurde tevens twee uur.

Vragenschema's

Op basis van de resultaten van de gehouden interviews en op basis van de bevindingen uit de literatuur is per focusgroep een vragenschema opgesteld. Het vragenschema 'Inhoud van de voorlichting psychosomatiek' (bijlage 4) leek vooraf duidelijk gescheiden van het vragenschema 'Materialen & methodieken van de voorlichting psychosomatiek' (bijlage 5). Bij het analyseren van de resultaten bleken de focusgroepen elkaar inhoudelijk toch grotendeels te overlappen. De focusgroepen gingen in op verschillende thema's, die hieronder worden besproken. Aan iedere focusgroep ging een kennismaking vooraf, waarbij deelnemers welkom werden geheten, een korte voorstelronde plaatsvond, het onderzoek, het doel en het vertrouwelijke gebruik van de bandrecorder werden toegelicht. De doelen van de focusgroepen waren ten eerste het bereiken van consensus voor de toekomstige voorlichting psychosomatiek voor wat betreft de discussie of

het onderwerp psychosomatiek geschikt is voor voorlichting of voor hulpverlening (preventief of curatief), doelstellingen, doelgroep en inhoud en ten tweede brainstormen over voorlichtingsmaterialen, methodieken en de benodigde expertise van de VETC-er. De volgende thema's kwamen in de vragenschema's aan bod:

Doelstellingen

Aan de hand van het kader van de gedragsdeterminanten attitude, sociale steun, eigen-effectiviteitsverwachting, gedrag en kennis werd gevraagd wat de doelstellingen van de voorlichting psychosomatiek zouden moeten zijn. Indien dit onderdeel niet soepel zou verlopen, was de lijst met de 20 vooraf opgestelde doelstellingen beschikbaar voor gebruik.

Inhoud

De bedoeling van dit onderdeel was het bepalen van concrete onderwerpen, die in de voorlichting psychosomatiek zouden moeten worden behandeld en de mate van diepgang. Ook werden de in de literatuur gevonden mogelijke oorzaken van gezondheidsproblemen van allochtonen, als gevolg van het migratieproces, aan de respondenten voorgelegd.

Doelgroep

In dit onderdeel werd gevraagd voor welke groepen allochtonen de voorlichting psychosomatiek geschikt zou zijn en in hoeverre daarmee rekening gehouden moet worden.

Voorlichtingsmateriaal

De huidige voorlichtingsmaterialen werden kort gepresenteerd, gevolgd door een brainstorm over mogelijke voorlichtingsmaterialen in de toekomst.

Methodieken

In dit onderdeel werden door de deelnemers methodieken aangedragen, welke gebruikt zouden kunnen worden in de voorlichting psychosomatiek.

Rol van de VETC-er

In dit onderdeel konden de deelnemers aangeven over welke expertise de VETC-ers moeten beschikken om de voorlichting psychosomatiek op een juiste manier te geven.

Psychosomatiek: preventieve voorlichting of hulpverlening?

Vragen binnen dit onderdeel hadden betrekking op de vraag of psychosomatiek te voorkomen is en in hoeverre psychosomatiek in aanmerking komt als preventieonderwerp.

Naamgeving

Deelnemers is gevraagd naar een goede, duidelijke, pakkende, allesomvattende titel van de toekomstige voorlichting psychosomatiek.

Afsluiting

De deelnemers werden bedankt en het vervolgtraject werd toegelicht (analyse resultaten, conclusies & aanbevelingen).

4.2.3 Analyse

Gedurende de focusgroepen nam de onderzoeker de rol van notulist/observator aan. Zo kon de notulist/observator aantekeningen maken en bovendien gedurende de focusgroepen het toekomstige kader van de voorlichting psychosomatiek invullen. Zo ontstonden reeds tijdens de focusgroepen tastbare resultaten. De focusgroepen werden met een bandrecorder opgenomen en na afloop uitgetypt. De resultaten van de focusgroepen zijn vervolgens geordend in thema's, overeenkomstig met de thema's van de onderzoeksvragen en uiteindelijk samengevoegd met de resultaten van het eerste en tweede deelonderzoek in conclusies en aanbevelingen.

5 Resultaten interviews VETC-ers & VETC-coördinatoren

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van het tweede deelonderzoek: een kwalitatief onderzoek onder VETC-ers en VETC-coördinatoren, waarbij de huidige voorlichting werd geëvalueerd en de wensen voor de toekomst werden geïnventariseerd. De resultaten van de interviews worden uiteengezet aan de hand van thema's, overeenkomend met de onderzoeksvragen, aangevuld met achtergrondgegevens van de respondenten. De interviews hadden een overwegend evaluerend karakter.

5.1 Achtergrondgegevens

De achtergrondgegevens van de VETC-ers worden samengevat in twee tabellen. Tabel 8 geeft enkele demografische gegevens weer. De VETC-ers waren afkomstig uit vijf verschillende landen. Van de 15 VETC-ers waren 2 VETC-ers Nederland binnengekomen als vluchteling (uit Iran en Somalië) en 13 VETC-ers als arbeidsmigranten. De leeftijd van de VETC-ers varieerde van 31 tot 58 jaar. De verblijfsduur varieerde van 9 tot 34 jaar. Tabel 9 geeft informatie over de achtergrond van elke respondent als VETC-er. Eén VETC-er gaf aan de landelijke VETC-opleiding niet gevolgd te hebben.

Tabel 8
Demografische gegevens van VETC-ers (N=15)

Variabele		n
<i>Geslacht</i>	<i>Man</i>	7
	<i>Vrouw</i>	8
<i>Land van herkomst</i>	<i>Iran</i>	1
	<i>Marokko</i>	5
	<i>Somalië</i>	1
	<i>Suriname</i>	2
	<i>Turkije</i>	6
<i>Gemiddelde leeftijd (jaren)</i>		42
<i>Gemiddelde verblijfsduur (jaren)</i>		21

Beide tabellen overziend was sprake van een gevarieerde groep respondenten. Sommige respondenten waren bovendien nog in een andere voor de voorlichting psychosomatiek wellicht interessante functie werkzaam. Zo was één VETC-er van oorsprong verloskundige, maar in Nederland niet als zodanig werkzaam. Een ander was verpleegkundige van oorsprong en in Nederland als zodanig werkzaam. Twee VETC-ers waren werkzaam als gedragstherapeutisch medewerker bij een gezondheidscentrum in Den Haag. Deze VETC-ers hadden gedurende de interviews aangegeven in de praktijk veel allochtonen met psychosomatische klachten tegen te

Tabel 9

Achtergrond als VETC-er (N=15)

Variabele		n
VETC-opleiding	<i>Niet gevolgd</i>	1
	<i>Gevolgd</i>	14
Jaartal opleiding	<i>1988</i>	2
	<i>1988-1990</i>	3
	<i>1994-1996</i>	1
	<i>1998-1999</i>	5
	<i>1999-2000</i>	2
	<i>2001-2002</i>	1
	<i>Onbekend</i>	1
Werkzaam als VETC-er sinds	<i>1988</i>	2
	<i>1990</i>	1
	<i>1991</i>	1
	<i>1996</i>	1
	<i>1999</i>	7
	<i>2000</i>	2
	<i>2002</i>	1
Aantal gegeven voorlichtingen psychosomatiek	<i>5 tot 10</i>	1
	<i>6</i>	1
	<i>10</i>	2
	<i>20</i>	1
	<i>25</i>	1
	<i>30</i>	1
	<i>Heel veel</i>	4
	<i>Veel</i>	1
<i>Regelmatig</i>	3	

komen. Vier VETC-ers waren allochtone zorgconsulenten in Den Haag. Meestal werkt een allochtone zorgconsulent op een gezondheidscentrum. Een huisarts, fysiotherapeut, wijkverpleegkundige of consultatiebureau kan mensen doorsturen naar allochtone zorgconsulenten. Zij hebben voornamelijk als taken klachtenverheldering of het uitleggen van een diagnose/behandelingsmethode in de eigen taal en cultuur. Allochtone zorgconsulenten werken met de individuele benadering.

De taken van de VETC-coördinatoren in Den Haag zijn: het coachen van kadervrouwen en kadervrouwen (werkoverleg, intervisie, organisatie van trainingen/themadagen/bijscholingen), aansturing van het Steunpunt VETC Den Haag, acquisitie voor vraag-en aanbod, signalering, contacten onderhouden met het werkveld, landelijke bijeenkomsten VETC, werkzaamheden binnen de afdeling gezondheidsvoorlichting en het deelnemen aan allerlei projecten, al dan niet binnen de GGD Den Haag, die te maken hebben met allochtonen.

5.2 Doelstellingen voorlichting psychosomatiek

Spontaan genoemde doelstellingen

Spontaan noemden de VETC-ers 16 doelstellingen, waarvan zij dachten dat de huidige voorlichting psychosomatiek deze nastreeft (Tabel 10). Deze doelstellingen kunnen worden onderverdeeld in de eerdergenoemde niveaus. De meerderheid van de genoemde doelstellingen vallen onder 'kennis'. Uit deze tabel kan worden opgemaakt dat VETC-ers het vooral van belang vinden om aandacht te geven aan verwijsmogelijkheden en aandacht om hulp te zoeken wanneer dat nodig is. Deze voorkeuren sluiten aan bij de doelstellingen, die de VETC-coördinatoren spontaan noemden. Zij noemden dat deelnemers zouden moeten weten waar zij terecht kunnen en wanneer ze hulp nodig hebben. Ook vonden zij het bevorderen van zelfredzaamheid een doel: "Mensen moeten weten wat ze zelf kunnen doen".

Tabel 10

Doelstellingen, spontaan genoemd door VETC-ers, onderverdeeld in determinanten

Niveau	Genoemde doelstelling	Aantal x genoemd
Kennis	<i>Sociale kaart Den Haag/verwijsmogelijkheden</i>	5
	<i>Wat psychosomatische klachten inhouden</i>	4
	<i>Verband tussen lichaam en geest</i>	4
	<i>Oorzaken van psychosomatische klachten</i>	4
	<i>Klachten herkennen als psychosomatisch</i>	2
	<i>Wat spanningen zijn</i>	1
	<i>Gevolgen van psychosomatische klachten</i>	1
	<i>Weten dat praten belangrijk is</i>	1
Attitude	<i>Bewust zijn van het eigen lichaam</i>	1
	<i>Dat psychosomatische klachten niet ernstig zijn</i>	1
	<i>Iedereen heeft er wel eens last van</i>	2
Sociale steun	<i>Ontspannen, bewegen, buitenshuis gaan</i>	3
	<i>Wat kunnen mensen zelf doen</i>	3
Eigen-effectiviteitsverwachting	<i>Indien nodig hulp zoeken</i>	5
	<i>Bespreekbaar maken</i>	1
	<i>Leren nee zeggen</i>	1

Vooraf opgestelde doelstellingen

Naast de mogelijkheid om spontaan doelstellingen te noemen, werden vooraf opgestelde doelstellingen aan de respondenten voorgelegd (Tabel 11, Tabel 12). Deze doelstellingen zijn onderverdeeld in vier thema's: 'psychosomatische klachten', 'stress en spanningen', 'herkennen, omgaan & voorkomen' en 'contact met de Nederlandse gezondheidszorg'. Uit tabel 11 blijkt dat VETC-ers in de huidige voorlichting psychosomatiek veel aandacht besteden aan oorzaken en gevolgen van psychosomatische klachten, spanningen en stress. Tevens aan doelstellingen rondom het in het dagelijks leven omgaan met stress, spanningen en psychosomatische klachten. Daarbij wordt de nadruk gelegd op het zoeken naar hulp en wat deelnemers zelf zouden kunnen doen om klachten in de toekomst te voorkomen.

Tabel 11

Aandacht van VETC-ers voor de doelstellingen binnen de huidige voorlichting psychosomatiek en voor de toekomst		
Doelstellingen m.b.t. psychosomatische klachten	Aandacht	Meer aandacht
"Na afloop van de voorlichting psychosomatiek weten de deelnemers..."	Heden	toekomst
<i>Wat de oorzaken en mogelijke gevolgen van psychosomatische klachten zijn</i>	10	1
<i>Hoe het komt dat psychosomatische klachten kunnen verergeren en soms ook niet verdwijnen</i>	9	4
<i>Wat het begrip 'psychosomatische klachten' betekent</i>	8	1
<i>Wat het verschil is tussen somatische en psychosomatische klachten</i>	7	1
<i>Welke psychosomatische klachten er zijn</i>	4	0
Doelstellingen mb.t. stress en spanningen	Heden	Toekomst
<i>Hoe zij kunnen ontspannen</i>	8	4
<i>Hoe zij in het dagelijkse leven met stress of spanningen om moeten gaan</i>	8	3
<i>Dat spanningen en stress kunnen leiden tot psychosomatische klachten</i>	8	0
<i>Wat de begrippen 'positieve' en 'negatieve' stress betekenen</i>	6	3
<i>Wat de begrippen 'spanningen' en 'stress' betekenen</i>	5	0
Doelstellingen m.b.t. herkennen, omgaan & voorkomen	Heden	Toekomst
<i>Wat zij zélf zouden kunnen doen om psychosomatische klachten en stress of spanningen (in de toekomst) te voorkomen</i>	8	1
<i>Hoe zij zélf psychosomatische klachten en stress of spanningen kunnen herkennen</i>	6	1
<i>Dat niemand zich hoeft te schamen voor psychosomatische klachten</i>	6	1
<i>Dat klachten, waarvan zij vóór de voorlichting dachten dat die klachten lichamelijk waren, toch geen (lichamelijke) klachten hoeven te zijn</i>	4	2
<i>Dat hij of zij niet de enige is met psychosomatische klachten</i>	3	0
Doelstellingen m.b.t. contact met de Nederlandse gezondheidszorg	Heden	Toekomst
<i>Dat het belangrijk is om met anderen over psychosomatische klachten te praten</i>	8	0
<i>Dat het belangrijk is om hulp te zoeken bij psychosomatische klachten</i>	8	1
<i>Welke hulpverleners er in Den Haag zijn bij wie ze terecht kunnen met (vragen over) psychosomatische klachten</i>	6	0
<i>Wat zij kunnen verwachten bij een consult aan een hulpverlener</i>	6	1
<i>Dat medicijnen uitsluitend bedoeld zijn voor eigen gebruik</i>	3	1

Enkele verschillen doen zich voor in de mening van de VETC-coördinatoren (Tabel 12) en de mening van de VETC-ers. Zo vonden de VETC-coördinatoren het belangrijkste binnen het thema psychosomatische klachten, dat deelnemers na afloop van de voorlichting psychosomatiek zouden weten wat het verschil was tussen somatische en psychosomatische klachten, terwijl VETC-ers het grootste belang hechtten aan dat deelnemers zouden weten wat de oorzaken en gevolgen konden zijn van psychosomatische klachten. VETC-ers leggen daarmee een andere nadruk op de voorlichting psychosomatiek. Ook bij de doelstellingen betreffende herkennen, omgaan & voorkomen bestond een opmerkelijk verschil. De VETC-coördinatoren vonden het heel belangrijk dat deelnemers zouden weten dat zij met hun klachten niet alleen staan, terwijl de VETC-ers dit het minste van belang vonden. Zij gaven liever de meeste aandacht, in lijn met aandacht voor oorzaken en gevolgen, aan wat deelnemers zélf zouden kunnen doen om klachten in de toekomst te voorkomen.

Spontaan kwamen enkele opmerkingen ten aanzien van de voorgelegde doelstellingen op tafel. Zo zei een VETC-er: "Een VETC-er kan het verschil tussen somatische en psychosomatische

Tabel 12

Aandacht van VETC-coördinatoren voor de doelstellingen binnen de huidige voorlichting psychosomatiek	
Doelstellingen m.b.t. psychosomatische klachten	Aandacht
<i>"Na afloop van de voorlichting psychosomatiek weten de deelnemers..."</i>	heden
<i>Wat het verschil is tussen somatische en psychosomatische klachten</i>	2
<i>Wat het begrip 'psychosomatische klachten' betekent</i>	1
<i>Welke psychosomatische klachten er zijn</i>	1
<i>Wat de oorzaken en mogelijke gevolgen van psychosomatische klachten zijn</i>	1
<i>Hoe het komt dat psychosomatische klachten kunnen verergeren en soms ook niet verdwijnen</i>	1
Doelstellingen m.b.t. stress en spanningen	Heden
<i>Hoe zij kunnen ontspannen</i>	2
<i>Dat spanningen en stress kunnen leiden tot psychosomatische klachten</i>	2
<i>Hoe zij in het dagelijkse leven met stress of spanningen om moeten gaan</i>	2
<i>Wat de begrippen 'spanningen' en 'stress' betekenen</i>	1
<i>Wat de begrippen 'positieve' en 'negatieve' stress betekenen</i>	1
Doelstellingen m.b.t. herkennen, omgaan & voorkomen	Heden
<i>Wat zij zélf zouden kunnen doen om psychosomatische klachten en stress of spanningen (in de toekomst) te voorkomen</i>	2
<i>Dat hij of zij niet de enige is met psychosomatische klachten</i>	2
<i>Dat niemand zich hoeft te schamen voor psychosomatische klachten</i>	2
<i>Hoe zij zélf psychosomatische klachten en stress of spanningen kunnen herkennen</i>	0
<i>Dat klachten, waarvan zij vóór de voorlichting dachten dat die klachten lichamelijk waren, toch geen (lichamelijke) klachten hoeven te zijn</i>	0
Doelstellingen m.b.t. contact met de Nederlandse gezondheidszorg	Heden
<i>Dat het belangrijk is om met anderen over psychosomatische klachten te praten</i>	2
<i>Dat het belangrijk is om hulp te zoeken bij psychosomatische klachten</i>	2
<i>Welke hulpverleners er in Den Haag zijn bij wie ze terecht kunnen met (vragen over) psychosomatische klachten</i>	2
<i>Wat zij kunnen verwachten bij een consult aan een hulpverlener</i>	1
<i>Dat medicijnen uitsluitend bedoeld zijn voor eigen gebruik</i>	1

klachten niet maken" en "Een VETC-er kan niet het gehele spectrum aan psychosomatische klachten opnoemen en toelichten". Een VETC-coördinator achtte het onmogelijk om de begrippen positieve en negatieve stress uit te leggen: "Wanneer dit niet goed uitgelegd wordt, dan komt de boodschap niet over". De andere VETC-coördinator merkte daarbij op: "Sommige culturen weten helemaal niet wat stress of spanningen zijn, laat staan hoe die voelen. Alles wat gebeurt, zouden zij hangen aan het toeval of bijvoorbeeld aan Allah of een andere god". Alle doelstellingen binnen het kader herkennen, omgaan & voorkomen vond één VETC-er ongeschikt voor de voorlichting psychosomatiek. Deze VETC-er noemde deze doelstellingen "dubieus". "Er wordt over een diagnose gesproken, terwijl de VETC-er niet op de hoogte is van de achtergronden van de deelnemer", aldus deze respondent. De doelstelling dat deelnemers zélf psychosomatische klachten en stress of spanningen kunnen herkennen vond de ene VETC-coördinator te hoog gegrepen, omdat het veel te moeilijk zou zijn om alle klachten als psychosomatisch te herkennen. De andere VETC-coördinator vond deze doelstelling en de doelstelling dat klachten geen lichamelijke klachten hoeven zijn te hoog gegrepen, omdat de VETC-coördinator deze voor

VETC-ers te gevaarlijk achtte: *“Deze doelstellingen zouden meer passen bij deskundigen”*, aldus de respondent. Tot slot gaven twee VETC-ers aan dat de doelstelling over medicijngebruik verwijderd moet worden, omdat deze geschikter is voor voorlichting over medicijnen. Eén VETC-coördinator zag de doelstelling over verwachtingen van een consult als doelstelling van de hulpverlening en niet van de voorlichting. Bij deze doelstelling merkte een VETC-coördinator op: *“Het zou wel goed zijn om het consult te benoemen, vooral in die zin, dat deelnemers zouden weten dat de hulpverleners allemaal geschoolde mensen zijn”*. De andere coördinator vond dat een VETC-er niet in algemeenheid kon zeggen wat deelnemers kunnen verwachten: *“Algemeen zou het feit dat iemand hulp kan krijgen zijn”*.

Negen VETC-ers vonden dat ten aanzien van de 20 voorgelegde doelstellingen geen doelstellingen ontbraken. Volgens 8 VETC-ers werden deze doelstellingen momenteel behaald. De VETC-coördinatoren en 5 VETC-ers dachten van niet. Deels lag dit volgens hen aan de capaciteit van de VETC-er, deels aan het materiaal. Vier VETC-ers meenden dat de tijd vrijwel altijd tekortschoot om alle genoemde doelstellingen te behalen.

Doelstellingen voorlichting psychosomatiek in de toekomst

Met het oog op de toekomst heeft een meerderheid van de VETC-ers geen antwoord gegeven (Tabel 11). Duidelijke voorkeuren gaan uit naar *“Hoe het komt dat psychosomatische klachten kunnen verergeren en soms ook niet verdwijnen”* en *“Hoe zij kunnen ontspannen”*. Enkele uitspraken zijn voor de toekomst interessant. Een VETC-er merkte op: *“Zolang door de huisarts geen diagnose van psychosomatische klachten is gesteld, hebben de deelnemers geen duidelijke hulpvraag. Daarom moet de VETC-er uiterst voorzichtig zijn in het praten over diagnose en moet deze al dan niet onbewust geen diagnose gaan stellen.”* Een andere VETC-er is het hiermee eens. Eén VETC-coördinator heeft gezegd: *“Er zou een doelstelling moeten zijn, welke luidt dat VETC-ers moeten oppassen met het benoemen van oorzaken”*. Een volgende VETC-er zei dat zodra wordt besloten om onderwerpen toe te voegen aan de voorlichting, de doelstellingen moeten worden aangepast. Volgens een andere VETC-er moeten de doelstellingen worden aangepast aan de situatie en aan de groep. Het thema rondom problemen met de (opvoeding van de) kinderen moet volgens een VETC-er worden toegevoegd, omdat zulke problemen in de praktijk vaak tot spanningen leiden. Tevens dacht deze VETC-er dat het nuttig zou zijn wanneer aandacht geschonken zou worden aan het vertrouwen in de Nederlandse overheid, gezondheidszorg en hulpverlening. *“Het vertrouwen in de overheid is bij veel allochtonen niet of niet meer aanwezig”*, aldus de VETC-er.

5.3 Inhoud van de voorlichting psychosomatiek

De inhoud van de voorlichting psychosomatiek komt overeen met de inhoud van het lesboek van de VETC-ers. Dertien VETC-ers gaven zelfs aan dat zij in de praktijk bij de indeling van de inhoud van de voorlichting psychosomatiek de volgorde van het lesboek aanhielden. In deze paragraaf zal worden ingegaan op de inhoud van dit lesboek. Eén VETC-er was onbekend met het lesboek en is buiten beschouwing gelaten. De VETC-ers gaven aan op zich tevreden te zijn met het lesboek, maar vermeldde ook: *“Het kan altijd beter”*. Het gemiddelde rapportcijfer van het lesboek was een 7 variërend tussen een 5 en een 8.

Positieve en negatieve aspecten van het lesboek

Als positieve kanten van de inhoud van het lesboek werden door de VETC-ers termen genoemd zoals duidelijk, mooi en informatief. Ook werden enkele knelpunten genoemd. Zo werd meer diepgang gewenst. Vooral in de situatie dat een deelnemer een vraag stelde en de VETC-er niet kon antwoorden door een gebrek aan kennis. De VETC-coördinatoren gaven aan dat de VETC-ers momenteel beschikken over een bepaalde basiskennis en dat de voorlichting zich daartoe beperkt. Zij constateerden dat het onderwerp psychosomatiek heel breed is, maar momenteel onvoldoende werd uitgediept. Beide VETC-coördinatoren gaven aan dat VETC-ers wel behoefte hebben aan verdieping. Qua basiskennis mankeerde volgens de VETC-coördinatoren niets aan het lesboek, maar een aantal zaken ontbraken of waren verouderd (medicijnen, verwijzingen).

Enkele VETC-ers probeerden het zojuist genoemde kennistekort zelf op te lossen door televisieprogramma's op commerciële zenders te bekijken, informatie op het Internet, een depressiemap van Trimbos en een LOI-cursus. Spontaan gaven 2 kadervrouwen aan tijdens de voorlichting de onderwerpen anatomie, fysiologie en het zenuwstelsel te behandelen. Deze komen momenteel niet in het lesboek voor. Beide VETC-ers hebben een medische achtergrond.

Naast het gebrek aan diepgang, vonden VETC-ers de inleiding te summier, de uitleg van het verband tussen lichaam en geest gebrekkig, de informatie rondom het contact met de gezondheidszorg verouderd en werd geen rekening gehouden met verschillen tussen generaties. Ook merkte een VETC-er op: *“Sommige Nederlandse woorden kunnen moeilijk of niet worden vertaald in de eigen taal.”* Eén VETC-er heeft het lesboek zelf vertaald in de eigen taal.

Moeilijke en makkelijke aspecten van het lesboek

Vijf VETC-ers gaven specifiek aan het verband tussen lichaam en geest het moeilijkste onderwerp te vinden. Een VETC-er zei: *“Mensen begrijpen het verband na een goede uitleg misschien wel, maar ze accepteren het niet”*. Een andere VETC-er deelde deze mening. Vier VETC-ers dachten dat het door het lage sociale milieu en lage opleidingsniveau van de

deelnemers moeilijk was om dit verband uit te leggen. Eén VETC-er merkte op: *“Het verband is met behulp van de Koran uit te leggen door een gezegde van de profeet te gebruiken. Een gezegde is bijvoorbeeld dat het lichaam een gebouw is. Als één steen pijn heeft, dan gaat het hele gebouw zich spannen en die steen ondersteunen. De persoon heeft pijn op één plaats, maar het hele lichaam kan zich onprettig voelen”*. Twee VETC-ers noemden als moeilijkste onderwerp de situatie dat veel allochtonen het vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg hebben verloren en dat daarom verwijzingen moeilijk bespreekbaar zijn. Een enkele VETC-er noemde medicijnen, hoe te beginnen en moeilijk bespreekbare klachten zoals impotentie. Acht VETC-ers gaven aan dat zij alle onderwerpen gemakkelijk vonden. De zes anderen noemden unaniem als gemakkelijke onderwerpen symptomen en oorzaken van psychosomatische klachten.

Theorieën binnen het lesboek

Het lesboek behandelt twee theorieën: draagkracht/draaglast en vlucht-en vechtreactie. De VETC-ers beoordeelden deze als goed, duidelijk en makkelijk (Tabel 13).

Tabel 13

Beoordeling van theorieën in het lesboek door VETC-ers (N=14)

Dimensie	-2	-1	0	1	2	Gemiddelde
<i>Slecht-Goed</i>			3	11		0,8
<i>Onduidelijk -Duidelijk</i>		1	1	11	1	0,9
<i>Moeilijk -Makkelijk</i>		1	2	10	1	0,8

Ontbrekende onderwerpen in het lesboek

Tabel 14 geeft een overzicht van door de VETC-ers spontaan genoemde onderwerpen, die momenteel in het lesboek zouden ontbreken. Opvallend is dat twee van deze onderwerpen reeds in het lesboek vermeld staan: *“verwijsmogelijkheden”* en *“wat kan je zelf doen”*.

Tabel 14

Ontbrekende onderwerpen in het lesboek volgens VETC-ers

Ontbrekende onderwerp	Aantal x genoemd
<i>Depressie</i>	5
<i>Nieuwe regelingen & verwijsmogelijkheden</i>	5
<i>Oplossingen</i>	1
<i>Vertrouwen in gezondheidszorg</i>	2
<i>Wat kan je zelf doen?</i>	1
<i>Ervaringen van psychosomatische patiënten</i>	1
<i>Cijfers (zoals effectieve behandelingen)</i>	1
<i>Voorbeelden</i>	1
<i>Methodieken</i>	1
<i>Planning/handleiding</i>	1

Ook de VETC-coördinatoren noemden een aantal onderwerpen, waarvan zij dachten dat deze ontbraken in de huidige voorlichting: verschillen in problematiek tussen arbeidsmigranten en vluchtelingen/asielzoekers, afzonderlijke culturele achtergronden, de neerwaartse spiraal,

verwijsmogelijkheden en depressie. Beide VETC-coördinatoren waren van mening dat het lesboek onvoldoende rekening hield met de verschillen tussen arbeidsmigranten & vluchtelingen/asielzoekers en tevens tussen generaties. De psychosomatische problematiek veranderde bijvoorbeeld juist door verschillende generaties, aldus een VETC-coördinator. De VETC-coördinator merkte op dat de eerste generatie bijvoorbeeld wil remigreren waar de tweede en derde generaties niet op zitten te wachten.

Inhoud voorlichting psychosomatiek in de toekomst

Een aantal onderwerpen werden genoemd, die zouden moeten worden toegevoegd in de voorlichting psychosomatiek. Enerzijds waren dit onderwerpen, die reeds in de voorlichting psychosomatiek aan de orde kwamen maar die vernieuwd of aangevuld moesten worden. Anderzijds onderwerpen, die momenteel niet in de voorlichting psychosomatiek zijn opgenomen. Voorbeelden van beide soorten onderwerpen worden hieronder beschreven.

Genoemde onderwerpen, die reeds in de voorlichting aan de orde komen, waren: het omgaan met psychosomatische klachten, de oorzaken van psychosomatische klachten, meer informatie over het menselijk lichaam, het activeren om hulp te zoeken, contact met de Nederlandse gezondheidszorg, verwijsmogelijkheden en het verband tussen lichaam en geest. Daarbij scoorde meer aandacht voor het contact met de Nederlandse gezondheidszorg het hoogste. Dertien VETC-ers en beide VETC-coördinatoren gaven aan dat zij het belangrijk vonden om aandacht te besteden aan de structuur van de Nederlandse gezondheidszorg, vooral de geestelijke gezondheidszorg. Eén VETC-er merkte op dat dit belangrijk is omdat de zorg in Nederland vaak op een andere manier werkt dan in het thuisland. Vijf VETC-ers gaven aan dat dit belangrijk is omdat veel allochtonen het gevoel hebben niet begrepen te worden en daardoor geen vertrouwen hebben in de Nederlandse gezondheidszorg. Vier VETC-ers vonden de structuur belangrijk omdat de sociale kaart verduidelijkt wordt. Twee VETC-ers vonden het onbelangrijk om aandacht te besteden aan de structuur. Eén VETC-er vond dit wel nodig, maar achtte dit voor zijn doelgroep onhandig: *“Binnen mijn doelgroep is er een taboe. Het is voor de mensen wel nodig om te weten waar ze naartoe kunnen, maar niet handig om materiaal mee naar huis te geven. Het moet geheim blijven.”* Eén VETC-er was van mening dat de Nederlandse gezondheidszorg faalt: *“Ik ben daar helemaal klaar mee”*.

Als specifieke onderwerpen, die nog geen aandacht verkrijgen in de voorlichting psychosomatiek en die daarom aan de voorlichting zouden moeten worden toegevoegd, werden genoemd: analfabetisme, generaties en verschillen tussen mensen afkomstig uit de stad of mensen van het platteland. Eén VETC-er heeft bovendien aangegeven dat rekening gehouden moet worden met de achtergrond van de doelgroep, vooral met het opleidingsniveau. In het kader van rekening

houden met de achtergrond van de doelgroep is de respondenten gevraagd of de voorlichting psychosomatiek uitleg zou moeten geven over het westers mensbeeld. Zes VETC-ers vonden het onbelangrijk om hier aandacht aan te besteden. Drie Turkse VETC-ers onder hen waren van mening dat Turkse mensen hetzelfde mensbeeld hebben. Zeven VETC-ers gaven aan dit wel belangrijk te vinden, omdat zij het verband tussen lichaam en geest moeilijk vonden om uit te leggen. Voor de VETC-coördinatoren ging aandacht voor het westerse mensbeeld te ver in die zin, dat dit mensbeeld vaak persoons- of religiegebonden was.

Acht VETC-ers vonden het nuttig om te proberen de voorlichting psychosomatiek luchtiger te maken. Zij noemden daartoe de volgende aanvullingen op de voorlichting psychosomatiek: gebruik van oefeningen, streven naar gezelligheid, foto's uit het thuisland gebruiken, bespreekbaarheid vergroten en het geven van meer voorlichtingen psychosomatiek. De VETC-coördinatoren dachten de voorlichting luchtiger te maken met interactieve methodieken. Zeven VETC-ers vonden het niet nuttig. Zes van hen vonden dat de voorlichting psychosomatiek serieus moest blijven. Eén VETC-er zei: *“Er bestaat geen taboe voor het onderwerp dus het is niet nodig om de voorlichting luchtiger te maken”*.

De afgelopen tijd bestond de tendens, dat voorlichtingen steeds meer aan cultureel gemengde groepen werden gegeven. Met het oog op de door de respondenten als lastig benoemde voorlichting psychosomatiek merkten twee respondenten op dat psychosomatiek het gemakkelijkste te begrijpen is in eigen taal en cultuur. Eén van hen zei daarover: *“Wanneer de voorlichting aan een gemengde groep in het Nederlands moet worden gegeven haken mensen, die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen, af.”* De tweede gaf aan: *“Mensen zijn overtuigd van lichamelijke klachten en kunnen daarom moeilijk de omschakeling maken dat het niet lichamelijk hoeft te zijn. Mensen geloven de pijn.”* Daarom de wens om in de toekomst de voorlichting psychosomatiek zo veel mogelijk in de eigen taal aan te bieden.

Iedere respondent heeft voor de toekomst het gewenste aantal bijeenkomsten per voorlichting psychosomatiek kenbaar gemaakt (Tabel 15). De voorkeur gaat uit naar drie bijeenkomsten. De VETC-coördinatoren wensten daarbij de mogelijkheid tot uitloop naar vier.

Tabel 15

Aantal gewenste bijeenkomsten per voorlichting door respondenten (N=17)

Aantal bijeenkomsten per voorlichting	Aantal x gewenst
1	0
2	3
3	8
4	2
5	3
6	1

Invloed van verschillen tussen mannen en vrouwen

Met het oog op de inhoud van de voorlichting psychosomatiek is de mogelijke invloed van verschillen tussen mannen en vrouwen belangrijk. De VETC-ers vertelden dat het verloop van een voorlichting afhankelijk was van de samenstelling van de groep, de grootte van de groep en de locatie waar de voorlichting gegeven werd. De kadervrouwen geven de voorlichting vaak in meer dan één bijeenkomst en de kadervrouwen vaak in één bijeenkomst. Volgens de VETC-ers zouden mannen minder trouw zijn in het volgen van een voorlichting en ook een meer afwachtende houding aannemen. De VETC-coördinatoren bevestigden dat de voorlichting psychosomatiek voor vrouwen momenteel uit minstens drie bijeenkomsten bestond, omdat er in de praktijk te weinig tijd was wanneer de voorlichting in één of twee keer gegeven werd. Eén VETC-coördinator keurde het af dat de voorlichting bij mannen in slechts één keer gegeven wordt. Beide VETC-coördinatoren gaven aan dat zij dachten dat ook inhoudelijk een verschil bestaat tussen de voorlichting psychosomatiek voor vrouwen en de voorlichting psychosomatiek voor mannen. Bij vrouwen zou veel meer discussie aanwezig zijn en bij mannen zou het meer een lezing zijn: eenrichtingsverkeer. Eén VETC-coördinator verwoordde: *“Bij vrouwen komt meer los, omdat zij hun gevoelens durven te uiten. Mannen gaan zakelijker met emoties om”*. Beiden waren van mening dat het huidige lesboek van de VETC-ers onvoldoende rekening hield met dit verschil. Eén VETC-coördinator gaf aan dat dit in de toekomst wellicht wel zou moeten, de andere VETC-coördinator vond van niet. Eerstgenoemde gaf aan dit verschil vooral met het oog op voorlichtingsmateriaal te willen meenemen: *“Vrouwen zijn sneller afgeleid dan mannen en zijn daarom meer gebaat bij illustraties, zoals wandplaten.”* Volgens laatstgenoemde bestond het verschil tussen mannen en vrouwen *“van oudsher gewoon”*.

5.4 Voorlichtingsmateriaal

Vier VETC-ers vermeldden binnen hun beschrijving spontaan het gebruik van de verschillende voorlichtingsmaterialen. De VETC-ers hebben tevens moeten aangeven hoe vaak zij beschikbare voorlichtingsmaterialen gebruiken tijdens de voorlichting psychosomatiek (Tabel 16). De brochure bleek het meeste gebruikt te worden, de video's soms en de wandplaat het minste.

Tabel 16
Gebruik van voorlichtingsmaterialen (N=15)

Voorlichtingsmateriaal	Nooit	Soms	Altijd
<i>Video</i>	3	7	5
<i>Brochure</i>	0	5	10
<i>Wandplaat</i>	10	3	2

Eén VETC-er gaf het volgende aan met betrekking tot gebruik van de beschikbare voorlichtingsmaterialen: *“De voorlichtingsmaterialen schieten tekort voor analfabeten of culturen, die schriftelijk minder ontwikkeld zijn.”* Een ander zei de voorlichtingsmaterialen niet te gebruiken vanwege het vaak erg lage niveau van de doelgroep. Een VETC-coördinator merkte op dat het

voorlichtingsmateriaal niet voor iedereen van toepassing is: *“De eigen taal en cultuur zegt mensen iets, maar een andere cultuur niet”*. Daarmee doelde deze respondent op het feit dat de videobanden in het Turks of Arabisch gesproken zijn, gespeeld door Turkse of Marokkaanse acteurs en dat de brochure in het Turks of Arabisch geschreven is. *“Aan de VETC-er de taak om daaroverheen te stappen bij niet-Turkse of niet-Marokkaanse groepen, maar dat is moeilijk”*, aldus deze respondent. Ook VETC-ers gaven aan dat voor sommige niet-Turkse en niet-Arabisch sprekende deelnemers de video's en de brochure niet geschikt zijn, omdat zij de informatie in die taal niet konden volgen.

De VETC-ers is gevraagd om een rapportcijfer te geven als totaaloordeel van elk voorlichtingsmateriaal (Tabel 17), de VETC-coördinatoren achtten zich onvoldoende op de hoogte om een eerlijk rapportcijfer te kunnen geven. De video 'Mijn maag is als een steen van angst' (video 1) bleek het minste gewaardeerd en de wandplaat het beste gewaardeerd.

Tabel 17

Totaaloordeel voorlichtingsmaterialen van VETC-ers (rapportcijfer 1-10)

Variabele	Minimum	Maximum	Gemiddelde
<i>Video 1</i> (N=9)	4	7	6
<i>Video 2</i> (N=8) ^a	6	8	7
<i>Brochure</i> (N=14)	5	8	7
<i>Wandplaat</i> (N=5)	7	8	8

^a 1 ontbrekende waarde

Verschillende VETC-ers hebben zelf voorlichtingsmateriaal toegevoegd (Tabel 18). Naast materiaal ter demonstratie of informatie (touw, elastiekje, sheets, flapover) is materiaal genoemd om deelnemers zelf actief iets te kunnen laten doen (hoofdmassage, oefeningen, zelf-test). De bestaande voorlichtingsmaterialen zullen afzonderlijk beschreven worden.

Tabel 18

Zelf toegevoegd materiaal

Toevoeging	Doel
<i>Hoofdmassage</i>	Meegeven wat de deelnemer zelf thuis kan doen
<i>Ontspanningsoefening</i>	
<i>Oefening</i>	Bewust worden, uiting van emoties
<i>Touw</i>	Verduidelijken zwakke plek
<i>Elastiekje</i>	Verduidelijken spanningen & stress
<i>Zelf-test</i>	Prevalentie achterhalen van psychische klachten
<i>Sheets</i>	Ondersteuning van de VETC-er
<i>Flapover</i>	Ondersteuning van de VETC-er

Video 'Mijn maag is als een steen van angst'

Negen VETC-ers gebruikten de video 'Mijn maag is als een steen van angst'. Redenen voor het gebruik van deze video liepen uiteen van *"beelden blijven beter hangen dan woorden"* (4 VETC-ers), nuttige informatie (2), groepsafhankelijk (2) en herkenning bij de deelnemers (1). Een reden van een VETC-er om deze video juist niet te gebruiken was het feit dat de hoofdrol gespeeld werd door een vrouw, waarmee mannen zich niet zouden kunnen identificeren of weliswaar hun eigen vrouw zouden herkennen, maar dan niet meer over de eigen klachten zouden praten. Ook vonden twee VETC-ers de video van een te hoog niveau. De video werd door 7 VETC-ers gebruikt in het midden van de voorlichting en door 2 VETC-ers verknipt door de voorlichting heen. Als goede kanten van deze video werden genoemd de herkenning van de deelnemers en dat het komisch gespeeld is. Als zwakke kanten werden vooral genoemd dat de video verouderd en niet meer van deze tijd is. De maatschappij is volgens 6 VETC-ers veranderd. De informatie over verwijsmogelijkheden is verouderd. De samenstelling van de groep allochtonen in Nederland is veranderd en ook de allochtonen zelf. Zo noemde een VETC-er: *"De inburgeringscursus draagt bij aan de ontwikkeling van allochtonen. De allochtone doelgroep is dynamischer dan voorheen."* Een andere VETC-er noemde de verschillende generaties van nu, terwijl de video betrekking heeft op de eerste generatie. Eén VETC-er merkte op dat het verhaal rondom psychosomatische klachten in deze video *"duister en vaag"* blijft. In een aantal gegeven dimensies beoordeelden de VETC-ers deze video als volgt (Tabel 19). Over het algemeen wordt de video redelijk positief gevonden. Wel vindt men de video verouderd, niet voor iedereen van toepassing, aan de lange kant en hoewel leuk en duidelijk een gematigd slecht.

Tabel 19
Beoordeling van de video 'Mijn maag is als een steen van angst' (N=9)

Dimensie	-2	-1	0	1	2	Gemiddelde
Saaï-Leuk		2	4	3		0,1
Onduidelijk-Duidelijk		1		8		0,8
Moeilijk-Makkelijk		1	1	5	2	0,9
Ouderwets-Modern	5	3	1			-1,5
Niet informatief-Informatief		1	3	5		0,4
N.v.t. op iedereen-V.t. op iedereen	2	4	2	1		-0,7
Te lang-Te kort		1	6	2		-0,8
Slecht-Goed			3	5	1	-0,2

Video 'Zorg en pijn, toch helpt geen medicijn'

Acht VETC-ers gebruikten de video 'Zorg en pijn, toch helpt geen medicijn'. Eén VETC-er heeft deze video eenmaal gebruikt en werd daarom buiten beschouwing gelaten. De volgende redenen werden voor het gebruik van deze video door de VETC-ers genoemd: herkenning, betere aansluiting dan de andere video en een duidelijke boodschap. Voor het niet gebruiken van deze video werden dezelfde soort redenen genoemd als voor het niet gebruiken van de eerste video: hier speelde alleen een man de hoofdrol, waardoor vrouwen zich moeilijker zouden kunnen

identificeren. De video werd door drie respondenten gebruikt middenin de voorlichting. Eenzelfde aantal VETC-ers gebruikte de video in stukjes. Als goede kanten van de video werden genoemd duidelijke informatie, het onderwerp medicijngebruik en een goede basis. Als zwakke kanten werden genoemd dat ook deze video verouderd was door de veranderingen van samenleving en samenstelling van allochtonen in Nederland. De twee VETC-coördinatoren vonden deze video niet goed meer. *“De communicatie tussen arts en patiënt verloopt niet goed en de video is te langdradig”*. Tevens miste in de hulpverlening het vervolgtraject na het huisartsconsult. In een aantal gegeven dimensies beoordeelden de VETC-ers deze video als volgt (Tabel 20). Men staat positiever tegenover deze video, dan tegenover eerdergenoemde. De negatievere kanten van deze video zijn het ouderwetse en de lange duur. Eerstgenoemde video wordt op basis van het gemiddelde (-1,5) in de dimensie ‘ouderwets-modern’, ouderwetsser gevonden dan laatstgenoemde video (-0,9) (Tabel 19, Tabel 20). ‘Zorg en pijn toch helpt geen medicijn’ scoort over het algemeen iets beter dan ‘Mijn maag is als een steen van angst’.

Tabel 20

Beoordeling van de video 'Zorg en pijn, toch helpt geen medicijn' door VETC-ers (N=7)

Dimensie	-2	-1	0	1	2	Gemiddelde
Saaï-Leuk			4	3		0,4
Onduidelijk-Duidelijk				7		1
Moeilijk-Makkelijk		1	1	3	2	0,9
Ouderwets-Modern	3	2		2		-0,9
Niet informatief-Informatief			3	4		0,6
N.v.t. op iedereen-V.t. op iedereen		1	4	2		0,1
Te lang-Te kort		5	2			-0,7
Slecht-Goed			2	5		0,7

Een videoband zou maximaal 15 minuten (3 VETC-ers & 2 VETC-coördinatoren), 20 minuten (4 VETC-ers) en 40 minuten (1 VETC-er) mogen duren. Eén VETC-coördinator voegde toe het op prijs te stellen wanneer de video in stukjes wordt opgedeeld. *“Praatje, plaatje, daadje: De VETC-er vertelt iets, laat daarover enkele beelden zien, vraagt of de mensen het begrijpen en gaat verder met een volgend praatje, gevolgd door een volgend stukje beeld, enzovoort”*.

Brochure ‘Wat zijn spanningsklachten?’

Met uitzondering van één VETC-er, gebruikten alle VETC-ers de brochure. Volgens een VETC-coördinator zou de brochure een samenvatting moeten zijn van de voorlichting. De brochure moest volgens deze in het pakket van voorlichtingsmaterialen passen en bij de inhoud van de voorlichting aansluiten. Twaalf VETC-ers gebruikten de brochure, omdat ze zo iets tastbaars hadden om mee naar huis te kunnen geven. Twee VETC-ers gaven aan dat zij het alleen meegaven wanneer iemand geïnteresseerd was. Dertien VETC-ers gaven de brochure aan het einde van de voorlichtingsbijeenkomst(en) mee. Eén VETC-er deelde de brochure aan het einde van de eerste bijeenkomst uit en kwam er aan het begin van de tweede bijeenkomst kort op terug

om eventuele vragen te beantwoorden. De VETC-ers beschouwden de brochure als een informatief naslagwerk (6 VETC-ers), met mooie afbeeldingen (3), duidelijk (1) en goede voorbeelden (1). Het tweetalige werd tevens goed gevonden (7), vooral om de huisarts klachten uit te kunnen leggen. Door anderen werd de tweetaligheid als nadeel gezien (2). Saaiheid (3), verouderd (3), kinderachtig (2) en ongeschikt voor analfabeten (1) waren andere genoemde nadelen. Bovendien vroegen 4 VETC-ers zich af of de brochure wel gelezen werd door de deelnemers. Een VETC-coördinator vond de informatie in de brochure duidelijk, omdat deze grotendeels overeenkwam met het lesboek.

Behalve middels spontane reacties, werd de brochure door de VETC-ers ook beoordeeld met gesloten vragen (Tabel 21). Uit deze tabel blijkt dat men overwegend positief is over de brochure, maar dat men de brochure vrij saai, niet breed toepasbaar en enigszins aan de lange kant vindt. De huidige brochure bestaat uit 33 pagina's. Zeven VETC-ers vonden 30 pagina's het maximale aantal. De overige antwoorden varieerden van 5 tot 6 pagina's naar 32 tot 35 pagina's. De VETC-coördinatoren gaven aan dat zolang de informatie nuttig was, de huidige omvang goed was.

Tabel 21

Beoordeling van de brochure 'Wat zijn spanningsklachten' door VETC-ers (N=14)

Dimensie	-2	-1	0	1	2	Gemiddelde
<i>Saai-Leuk</i>	3	5	2	4		-0,5
<i>Onduidelijk-Duidelijk</i>				12	2	1,1
<i>Moeilijk-Makkelijk</i>		2	3	9		0,5
<i>Ouderwets-Modern</i>		2	7	5		0,2
<i>Niet informatief-Informatief</i>				14		1
<i>N.v.t. op iedereen-V.t. op iedereen</i>	2	4	3	4	1	-0,1
<i>Te lang-Te kort</i>		3	11			-0,2
<i>Slecht-Goed</i>			2	11	1	0,9

Wandplaat

Vijf VETC-ers gebruikten de wandplaat. Vier van hen omdat de wandplaat iets vertelde over gezond eten & gezond leven, wat zij koppelden aan de oorzaken en het voorkomen van psychosomatische klachten. Eén VETC-er gaf aan dat het vooral om de voor psychosomatiek bruikbare afbeeldingen op de wandplaat ging: beweging, voeding en de weegschaal. Twee VETC-ers gebruikten de wandplaat aan het begin van de voorlichting en 3 VETC-ers middenin de voorlichting. De reden om de wandplaat niet te gebruiken vonden 5 VETC-ers het feit dat de wandplaat bij de voorlichting over gezonde voeding hoort. Drie VETC-ers vonden dat de wandplaat niets met psychosomatische klachten te maken had en één VETC-er was onbekend met de wandplaat. De goede kant van de wandplaat werd door 4 VETC-ers de afbeelding van alles wat gezond is genoemd. Eén VETC-er noemde deze elementen "balans van het leven". Een VETC-er merkte op: "Een afbeelding onthoudt beter dan woorden alleen." Als zwakke kanten werden genoemd dat sommige afbeeldingen op de wandplaat niet van belang waren voor

psychosomatiek en daarom misleidend of ouderwets zouden zijn. De wandplaat is door de VETC-ers beoordeeld in dimensies (Tabel 22). Uit deze tabel blijkt dat de wandplaat zeer positief wordt gevonden, met als minpunt ouderwets. De tijdsbesteding aan de wandplaat varieerde van 5 tot 60 minuten. De wandplaat bleek door kadersmannen volgens de VETC-coördinatoren niet bij de voorlichting psychosomatiek gebruikt te worden. Eén VETC-coördinator gaf aan dat deze wandplaat eigenlijk niet geschikt was voor de voorlichting psychosomatiek. Deze zei hierover: *“De context van gezonde voeding wijkt af van de context van psychosomatiek”*.

Tabel 22

Beoordeling van de wandplaat 'Gezond blijven, beter worden' door VETC-ers (N=5)

Dimensie	-2	-1	0	1	2	Gemiddelde
<i>Saai-Leuk</i>			1	4		0,8
<i>Onduidelijk-Duidelijk</i>			2	3		0,6
<i>Moeilijk-Makkelijk</i>			1	3	1	1
<i>Ouderwets-Modern</i>	1	1	3			-0,2
<i>Niet informatief-Informatief</i>				4	1	1,2
<i>N.v.t. op iedereen-V.t. op iedereen</i>			1	3	1	1
<i>Te lang-Te kort</i>			5			0
<i>Slecht-Goed</i>			1	4		0,8

Wensen voor de toekomst ten aanzien van het voorlichtingsmateriaal

Eén VETC-er wenste spontaan als voorlichtingsmateriaal voor de toekomst een zelftest en twee folders: over spanningen en over medicijnen. Een ander wenste sheets. Twee VETC-ers benadrukten dat het voorlichtingsmateriaal bestemd moest zijn voor alle niveaus, ook voor analfabeten. Eén VETC-er wenste een sociale kaart van Den Haag. Een ander zei: *“Het materiaal moet betrokkenheid ten aanzien van de deelnemers creëren”*. Eén VETC-er wenste een DVD. Een ander sprak de wens uit voor modern materiaal, passend bij de nieuwe ontwikkelingen in de maatschappij. Een VETC-coördinator wenste een draaiboek voor de VETC-ers: *“Een soort handleiding als aanvulling van het lesboek met aangepaste methodieken en meer beeldmateriaal, zodat deelnemers de stof beter onthouden”*. Daarnaast zou deze coördinator liever thematisch gaan werken met de VETC-ers: gespecialiseerd op een bepaald onderwerp. Dit zou de diepgang en de kwaliteit ten goede komen. Tevens zou de respondent aan het einde van het ontwikkelingstraject voor de voorlichting psychosomatiek de VETC-ers willen bijscholen in het nieuwe concept. De VETC-coördinator vertelde dat een gedeelte psychosomatiek in de voorlichting ‘Gezond Oud Worden’ zit. Wellicht dat dit deel in de toekomst tevens moet worden aangepast. De andere VETC-coördinator wenste dat meer mensen gebruik zullen maken van het aanbod, met een kanttekening: *“Dit is alleen mogelijk als de voorlichting psychosomatiek meer kan bieden dan nu”*. Daarom wenste deze respondent een voorlichting psychosomatiek met een bijbehorend pakket aan materialen, waarbij de materialen op elkaar aansluiten. Wat betreft gewenste voorlichtingsmaterialen antwoordde één VETC-coördinator: *“Tastbare materialen en platen uit de serie Lichte dagen, donkere dagen van Trimbos”*. De gestructureerde vraag geeft het volgende wensbeeld van de respondenten (Tabel 23). Met uitzondering van *‘uitnodigen van*

een deskundige', worden vooral de reeds bestaande soorten voorlichtingsmaterialen (video, brochure, wandplaat) in de toekomst gewenst. Het uitnodigen van een deskundige leek de VETC-coördinatoren op zich een waardevolle aanvulling, maar zij zagen praktische problemen om dit te realiseren. Bij het gezelschapsspel werd als kanttekening geplaatst dat Turkse en Marokkaanse

Tabel 23

Gewenste voorlichtingsmaterialen in de toekomst

Materiaal	Aantal x gewenst (VETC-ers)	Aantal x gewenst (VETC-coördinatoren)
<i>Video</i>	13	2
<i>Brochure/Folder</i>	13	2
<i>Wandplaat</i>	14	2
<i>Uitnodigen deskundige</i>	15	1
<i>Grote foto's</i>	9	2
<i>Gezelschapsspel</i>	4	1
<i>Cd-rom</i>	5	0
<i>Weegschaal</i>	6	2
<i>Touw</i>	6	0
<i>Tekeningen</i>	1	0
<i>Elastiekje</i>	2	0
<i>Folders instellingen</i>	1	0
<i>DVD</i>	1	0
<i>Samenvattende sheet</i>	1	0

culturen niet gewend zouden zijn om met het gezin een spelletje te spelen. Bij velen is een gezelschapsspel daarom onbekend. Dit speelde volgens de betreffende VETC-ers voornamelijk bij de eerste generatie.

5.5 Methodieken

De VETC-ers hebben aangegeven hoe vaak zij de beschikbare en geleerde methodieken gebruikten tijdens de voorlichting psychosomatiek (Tabel 24). De discussie en het vraag-leer gesprek blijken de meest gebruikte methodieken te zijn. De minste aandacht gaat uit naar de quiz en het rollenspel. Met uitzondering van de lezing betreffen de geleerde methodieken in principe interactieve methodieken. Op de open vraag hoe men tegenover interactie binnen de voorlichting psychosomatiek staat, bleken 11 VETC-ers de door het Steunpunt gewenste interactie louter te

Tabel 24

Gebruik van methodieken door VETC-ers (N=15)

Methodiek	Nooit	Soms	Altijd
<i>Lezing</i>	11	3	1
<i>Demonstratie</i>	7	3	1
<i>Vraag-leergesprek</i>	1	2	12
<i>Discussie</i>	0	0	15
<i>Quiz</i>	15	0	0
<i>Stellingen</i>	12	3	0
<i>Casus</i>	0	8	7
<i>Rollenspel</i>	14	1	0

associëren met praten. De meeste geïnterviewden (N=12) vonden interactie belangrijk. Vier VETC-ers associeerden het begrip interactie verder dan praten. Een VETC-er gaf aan: *“De manier waarop je voorlichting geeft, bepaalt de mate van interactie.”* Vragen stellen, antwoorden laten geven en een spelletje noemde deze VETC-er als interactieve elementen. Een andere VETC-er noemde discussie en vraag-leer gesprek. Het praten (ervaringen uitwisselen, discussie) werd door 5 VETC-ers aangehaald om meer nadruk op te leggen. Eén VETC-er zei: *“Praten is belangrijk, maar de VETC-er moet waken, waarover hij praat. Praten over stress is voor iedereen mogelijk. Dat praat gemakkelijk. Praten over symptomen en oorzaken wordt alweer moeilijker”*. De VETC-er moet volgens deze respondent waakzaam zijn dat een discussie niet uitmondt in een advies of diagnose. *“De achtergronden van de deelnemer kent de VETC-er immers niet”*, aldus de respondent. Eén VETC-er zei: *“Er zijn middelen nodig om interactie als het ware te initiëren.”* Tien VETC-ers vonden de huidige voorlichting psychosomatiek interactief genoeg, 3 VETC-ers vonden van niet en 2 VETC-ers soms wel en soms niet. Als redenen voor het tekortschieten in interactie werden genoemd: te weinig tijd, groepsafhankelijk en tekort aan interactie ondersteunend voorlichtingsmateriaal. Interactie werd door beide VETC-coördinatoren belangrijk gevonden, maar interactieve methodieken bleken lastig om aan te leren. Beiden vermoedden dat de huidige voorlichting psychosomatiek lang niet altijd voldoende interactief is. De VETC-ers zouden (opnieuw) een training interactieve methodieken moeten krijgen.

Methodieken rondom vertrouwensband

Twee VETC-ers vermeldten spontaan dat zij in de eerste bijeenkomst tijd inruimden voor kennismaking en het creëren van een vertrouwensband. Zes VETC-ers gaven, toen gevraagd werd naar methoden hiervoor, een antwoord zoals *“ik weet niet hoe ik dat doe”*, *“het gaat vanzelf”*, *“het is een art”* of *“mensen hechten zich heel snel aan mij dus het vertrouwen is er gelijk”*. De overige VETC-ers noemden kort enkele methodieken, die zij gebruikten: een voorstelronde (2 VETC-ers), een voorbeeld uit de eigen cultuur (2), de eigen houding gelijkstellen aan de van de groep (1) of teksten uit de Koran (1). Andere VETC-ers gebruikten termen als *“geheimhouding”* (4 VETC-ers) en *“tussen ons blijven”* (1) en *“binnen de muren blijven”* (1).

Wensen voor de toekomst ten aanzien van de methodieken

De wensen voor de methodieken bestonden uit praten (5 VETC-ers), interactie (2) en een handleiding voor VETC-ers ter ondersteuning (1). Qua methodieken wenste een VETC-coördinator onderwijskundige technieken: *“hoe wordt een onderwerp niet langdradig, hoe stapt de VETC-er over op iets nieuws, niet te lang als VETC-er aan het woord zijn, niet te lang de groep het woord laten voeren”*. Daarnaast discussietechnieken en signaleringstechnieken. De andere VETC-coördinator wenste methodieken, die het geheel losmaken. De VETC-coördinator gaf aan: *“De situatie waarin de voorlichting in het Nederlands gegeven moet worden aan een gemengde groep is moeilijk. Als in die groep mensen zitten, die het Nederlands wel verstaan*

maar niet begrijpen, dan slaat de voorlichting psychosomatiek de plank vaak mis”. Tevens wensten beide VETC-coördinatoren methodieken voor de VETC-ers om mensen met problemen op een goede manier te benaderen. “Om hen tijdens de groepsvoorlichting af te kunnen kappen, zodat deelnemers geen individuele problemen kunnen opsommen”, aldus een VETC-coördinator. Gewenste methodieken zijn bij de respondenten ook gestructureerd geïnventariseerd (Tabel 25). De reeds gebruikte methodieken werden voornamelijk genoemd als gewenste methodieken (discussie, vraag-leergesprek), gevolgd door bij de VETC-ers casusbespreking en uitwisseling van ervaringen, bij de VETC-coördinatoren in plaats van ervaringen demonstratie en stellingen.

Tabel 25

Gewenste methodieken in de toekomst

Methodiek	Aantal x gewenst (VETC-ers)	Aantal x gewenst (VETC-coördinatoren)
<i>Lezing</i>	2	1
<i>Demonstratie</i>	9	2
<i>Vraag-leergesprek</i>	14	2
<i>Discussie</i>	15	2
<i>Quiz</i>	8	1
<i>Stellingen</i>	6	2
<i>Casusbespreking</i>	13	2
<i>Rollenspel</i>	3	0
<i>Ervaringen uitwisselen</i>	13	1
<i>Werkboek deelnemers</i>	3	0
<i>Groepsopdrachten</i>	5	1
<i>Huiswerk</i>	5	0
<i>Touwtrekken</i>	1	0
<i>Oefeningen</i>	1	0
<i>Handleiding/draaiboek</i>	2	0

5.6 Bijscholing

De bijscholing kreeg van de VETC-ers als gemiddeld rapportcijfer een 6, met als minimum een 4 en als maximum een 7. Van de 11 op de bijscholing aanwezige VETC-ers waren 9 VETC-ers met bepaalde verwachtingen gekomen: informatie over deskundigheid, diepgang in psychologische beleving, depressie, methodieken en uitwisseling van ervaringen. Geen van deze verwachtingen zijn uitgekomen. Ook beide VETC-coördinatoren hadden verwachtingen, die niet zijn uitgekomen: meer theorie, gegoten in een verhaal en niet als een opsomming. De organisatie Pharos had niet goed naar de vraag vanuit het Steunpunt VETC Den Haag geluisterd. Op een aantal dimensies is de bijscholing door de VETC-ers beoordeeld (Tabel 26). Uit de tabel blijkt dat drie van de vijf dimensies gemiddeld negatief scoren. De bijscholing lijkt hoewel belangrijk en duidelijk, slecht, niet nuttig en te lang gevonden te worden. Er zijn veel zwakke kanten van de bijscholing genoemd. Zes VETC-ers hebben het jammer gevonden dat er veel herhaling in de bijscholing zat. Door andere VETC-ers werd de trainster zwak bevonden, onder andere vanwege de nadruk op asielzoekers/vluchtelingen en gebrek aan discussie. Eén VETC-er noemde de bijscholing

Tabel 26

Beoordeling van de bijscholing door VETC-ers (N=11)

Dimensie	-2	-1	0	1	2	Gemiddelde
<i>Slecht-Goed</i>	1	4	3	3		-0,3
<i>Onbelangrijk-Belangrijk</i>	1		5	5		0,3
<i>Onduidelijk-Duidelijk</i>	1		7	3		0,1
<i>Niet nuttig-Nuttig</i>	1	6	3	1		-0,6
<i>Te lang-Te kort</i>	1	5	5			-0,6

“zonde van de tijd”. Enkelen konden een aantal goede kanten noemen. Zo werd de herhaling ook positief gevonden evenals de nadruk op asielzoekers/vluchtelingen. Eén VETC-er vond de bijscholing *“fijn om weer bij elkaar te zijn”*. Doordat de verwachtingen niet uitkwamen, hebben de VETC-ers een aantal onderwerpen in de bijscholing gemist. Zes VETC-ers (waarvan 4 kadermannen) noemden (begin)methodieken. Vijf VETC-ers antwoordden diepgang. Drie VETC-ers gaven aan te willen brainstormen over nieuw voorlichtingsmateriaal. Daarnaast werden kennis, praktijkervaring en depressie genoemd. De VETC-coördinatoren noemden casussen, betere uitleg van de weegschaal en spanning.

5.7 Werving

Vijf VETC-ers konden geen mening geven over de werving vanuit het Steunpunt VETC Den Haag. Drie van hen waren onbekend met de promotie of werving. Volgens de VETC-ers was de behoefte aan voorlichting over psychosomatiek hoog, maar de bekendheid van de voorlichting psychosomatiek laag. Een VETC-coördinator zei: *“Juist omdat er veel organisaties zijn, die op een of andere manier hulp of zorg bieden aan allochtonen, is werving belangrijk. Niemand in Den Haag, naast de GGD, biedt groepsvoorlichting aan”*. Ook noemde de VETC-coördinator meer samenwerking met gezondheidsinstellingen om groepsvoorlichting beter op de kaart te zetten. Het probleem van de werving was volgens deze respondent *“het financiële gedeelte”*. De andere VETC-coördinator voegde toe: *“De focus van de politiek in Nederland ligt momenteel duidelijk niet op allochtone doelgroepen”*.

Beweegredenen deelnemers

Volgens de ondervraagde VETC-ers en de VETC-coördinatoren varieerden de beweegredenen van deelnemers tussen het komen naar een wekelijkse activiteit van de organisatie (bijvoorbeeld van het buurthuis of het theehuis, voor een stuk gezelligheid) en het bewust op het onderwerp afkomen. Eén VETC-er zei hierover: *“Het wordt ook niet geïndiceerd dat mensen vanuit een ziekenhuis of vanuit een huisarts naar de voorlichting psychosomatiek komen”*.

Wensen voor de toekomst ten aanzien van de werving

Zeven VETC-ers gaven aan dat de werving actiever zou moeten en dat deze wat minder algemeen van aard zou moeten zijn en meer gericht op een bepaald onderwerp zoals op

psychosomatiek. Beide VETC-coördinatoren gaven aan dat de werving voor de voorlichting psychosomatiek vanuit het Steunpunt VETC Den Haag veel actiever zou moeten, omdat de psychosomatische problematiek onder allochtonen groot is.

5.8 Evaluatie

De houding ten opzichte van de huidige evaluatie van de voorlichting psychosomatiek (evaluatieformulier en evaluatiegesprek) is hieronder weergegeven (Tabel 27). Daaruit blijkt dat de evaluatie door de VETC-ers positief wordt beoordeeld. Redelijk neutraal scoren de dimensies slecht-goed en onvoldoende-voldoende. De evaluatie wordt belangrijk en nuttig gevonden. Vijf VETC-ers konden de evaluatie niet beoordelen en zijn daarom buiten beschouwing gelaten. Zij waren niet bekend met de evaluatie. Dit zou volgens hen nooit gebeuren. Drie van hen zijn kadermannen. De VETC-coördinatoren bevestigden dat door de korte duur van de voorlichting psychosomatiek geen evaluatiegesprekken bestaan.

Tabel 27

Attitude ten opzichte van evaluatieformulier en evaluatiegesprek van VETC-ers (N=10)

Dimensie	-2	-1	0	1	2	Gemiddelde
<i>Slecht-Goed</i>	1	3	2	3	1	0
<i>Onvoldoende-Voldoende</i>	1	1	3	4	1	0,3
<i>Onbelangrijk-Belangrijk</i>	0	1	2	3	4	1
<i>Niet nuttig-Nuttig</i>	0	1	3	3	3	0,8

Eén VETC-er kende alleen het evaluatieformulier en zag dit als controlemiddel van de GGD om na te gaan of de VETC-er zijn werk wel doet. Eén VETC-er merkte op dat een directe nabespreking met de deelnemers nodig zou zijn. De VETC-coördinatoren verschilden inzake de evaluatie onderling van mening. De ene VETC-coördinator gaf aan dat evaluatie noodzakelijk was. Daarvoor onderhield de VETC-coördinator contacten met organisaties en de VETC-er. Deze VETC-coördinator merkte op: *“De kwaliteit van de evaluaties neemt de laatste tijd af. Vroeger zaten de contactpersonen vaak op HBO-niveau, nu op MBO-niveau. De contactpersonen zijn minder kritisch”*. De andere VETC-coördinator zag de evaluatie op een andere manier: *“De evaluatie is meer een vorm van een registratiesysteem. Van goede evaluatie is geen sprake aangezien op de huidige evaluatieresultaten geen beleid kan worden gemaakt of gevoerd”*.

5.9 De rol van de VETC-er

Twaalf VETC-ers lieten weten bij het onderwerp psychosomatiek positief tegenover groepsvoorlichting te staan. Vijf VETC-ers noemden het belang van praten over klachten met anderen, het uitwisselen van ervaringen en herkenning. Het voordeel van groepsvoorlichting noemde iemand: *“dat heel veel mensen tegelijk bereikt worden”*. Beide VETC-coördinatoren stonden tevens positief tegenover groepsvoorlichting over psychosomatiek op dit niveau, hoewel bij een groep met veel signalen van mogelijke klachten individuele voorlichting wellicht effectiever

zou zijn. VETC-ers moesten volgens hen in staat zijn om problemen te kunnen signaleren. Enkele VETC-ers gaven aan dat groepsvoorlichting om mensen bewuster te maken niet slecht is, maar signaleerden tevens dat veel mensen moeilijk groepsgewijs over psychosomatische klachten praten. Deze mensen zouden volgens hen juist meer baat hebben bij individuele voorlichting. Twee VETC-ers gaven aan dat sommige mensen na afloop wachten totdat iedereen weg is om nog individueel advies te verkrijgen. Eén VETC-er zei: *“Ik besteed na afloop indien nodig zelf tijd aan een individueel gesprek.”* Vier VETC-ers keurden dit soort gedrag af: *“Een individueel gesprek is de taak van de hulpverlening”*. *“VETC-ers moeten hun grenzen kennen”*. Eén VETC-er constateerde daarbij het gevaar dat deelnemers hun klachten gaan relateren aan een bepaalde problematiek. *“De VETC-er is nooit op de hoogte van de volledige (medische) geschiedenis van de deelnemers. Soms is het misleidend, omdat er wél een somatische oorzaak van de pijn aanwezig is. Als de VETC-er dan iemand ervan overtuigt dat dit niet zo hoeft te zijn dan wordt het dubieus, omdat die persoon dan ook misschien niet meer naar de huisarts gaat”*, aldus de VETC-er. Volgens een andere VETC-er is psychosomatiek heel breed en is niet precies te zeggen wat psychosomatiek is. *“Om de diagnose psychosomatiek aan een klacht te geven, moet men heel goed op de hoogte zijn van de achtergronden van die persoon. Er moet worden gewaakt dat iets niet gebagatelliseerd wordt tot psychosomatische klacht. VETC-ers moeten weten dat sommige klachten ook bij andere erkende stoornissen bestaan”*, aldus genoemde respondent. Eén VETC-coördinator dacht dat de meeste VETC-ers wel om kunnen gaan met genoemde signalen. Deze VETC-coördinator voegde daar aan toe: *“Sommige VETC-ers hebben alleen soms zelf nazorg nodig na het geven van de voorlichting psychosomatiek, omdat ze bijvoorbeeld met onverwerkte problemen komen te zitten door een voorlichting”*. De andere VETC-coördinator wist niet of VETC-ers met het onderwerp psychosomatiek in de rol van voorlichter om kunnen gaan. Volgens deze respondent zouden VETC-ers gespecialiseerder moeten worden.

Samenvatting belangrijkste resultaten onderzoek VETC-ers & VETC-coördinatoren
--

VETC-ers & VETC-coördinatoren...

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Zijn het grotendeels eens over de doelstellingen van de voorlichting psychosomatiek; • Zijn over het algemeen redelijk positief over de inhoud van de voorlichting psychosomatiek; • Missen echter diepgang; • Missen enkele onderwerpen of menen dat sommige onderwerpen toe zijn aan vernieuwing; • Menen dat het voorlichtingsmateriaal verouderd is; • Missen kennis over het gebruik van methodieken; • Geven aan dat de grenzen tussen voorlichting (preventief) en hulpverlening (curatief) in de praktijk moeilijk zijn. |
|--|

6 Resultaten focusgroepen bestaande uit deskundigen

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van het derde deelonderzoek: een kwalitatief onderzoek onder deskundigen, waarbij gekeken is naar de voorlichting psychosomatiek in de toekomst. Binnen dit deelonderzoek zijn twee focusgroepen georganiseerd: de focusgroep 'Inhoud van de voorlichting psychosomatiek' en de focusgroep 'Materialen & methodieken van de voorlichting psychosomatiek'. Omdat de focusgroepen elkaar inhoudelijk overlappen, worden beide focusgroepen als zijnde één geheel gepresenteerd aan de hand van thema's, overeenkomend met de onderzoeksvragen, aangevuld met achtergrondgegevens van de respondenten.

6.1 Achtergrondgegevens

Tabel 28 geeft achtergrondinformatie weer van de deelnemers aan beide focusgroepen. De respondenten waren afkomstig uit 12 verschillende organisaties, instellingen of functies. Binnen de focusgroepen participeerden respondenten vanuit regionale en landelijke organisaties of instellingen. Aan de eerste focusgroep namen 3 mannen en 6 vrouwen deel, aan de tweede focusgroep namen 1 man en 5 vrouwen deel.

Tabel 28

Samenstelling respondenten van de focusgroepen (N=15)

Focusgroep inhoud van de voorlichting psychosomatiek	n
<i>NIGZ</i>	1
<i>Parnassia psycho-medisch centrum</i>	1
<i>PsyQ psycho-medische programma's</i>	1
<i>NOAGG centrum voor transculturele geestelijke gezondheidszorg</i>	2
<i>Praktijk voor psychosomatische fysiotherapie & supervisie</i>	1
<i>Project Nieuwe Sporen</i>	1
<i>Huisarts</i>	1
<i>GGD Den Haag</i>	1
Subtotaal	9
Focusgroep materialen & methodieken	
<i>Trimbos-instituut</i>	1
<i>Pharos</i>	1
<i>ETV.nl</i>	1
<i>Haagse Openbare Bibliotheek</i>	1
<i>GGD Den Haag</i>	2
Subtotaal	6
Totaal	15

6.2 Doelstellingen en inhoud

Psychosomatiek: Preventieve voorlichting of hulpverlening?

Alvorens doelstellingen te kunnen formuleren, is het op basis van de door de VETC-ers en VETC-coördinatoren geconstateerde moeilijkheden in het stellen van grenzen tussen voorlichting en hulpverlening, nodig om te bekijken in hoeverre de voorlichting psychosomatiek een

preventieve of curatieve werking zou moeten hebben. Deelnemers aan de focusgroepen beamen de moeilijkheden betreffende preventie rondom het onderwerp psychosomatiek. Volgens hen moet daarom de voorlichting praktisch worden gehouden. *“Je moet het niet hebben over voorkomen van klachten en de behandeling ervan. Dat is een stap te ver. Je moet in zoverre curatief werken dat mensen snappen wat er aan de hand is, dat is genoeg”*. Een volgende respondent was van mening dat het curatieve van een voorlichting psychosomatiek kan zitten in het mensen iets in handen geven. Een ander stelde voor om, afhankelijk van de samenstelling van de groep, iemand mee te nemen, die op het moment zelf een heleboel vragen zou kunnen beantwoorden. Volgens een vierde respondent kunnen drie mogelijke accenten gelegd worden: *“Inzicht geven in de klachten: mensen zich bewust maken van de klachten, ten tweede het aanleren van vaardigheden om met stress om te gaan en als derde het laten ervaren van situaties of mensen bewegen om samen iets te gaan doen”*. Twee respondenten sloten zich daarbij aan. Eén van hen gaf aan bekend te zijn met een voorlichting over bewegen, waarbij na afloop met de deelnemers een stuk gewandeld werd.

Een volgende respondent merkte op dat in de praktijk tussen preventie en curatie veel overlap bestaat. Volgens deze respondent kunnen veel klachten worden voorkomen, door vroegtijdig in te grijpen: *“Bijvoorbeeld bij mannen uit de eerste generatie. Psychosomatische klachten voortkomend uit rolverandering spelen bij hen een grote rol. Ze hebben altijd gewerkt, maar op het moment dat ze stoppen met werken, komen klachten. Vaak valt het gezin uit elkaar, waardoor moeder en kinderen ook op het spreekuur verschijnen”*. De respondent noemde als voorbeeld van vroegtijdige preventie dat gesproken kan worden met deelnemers over hoe zij zich uiten bij spanningen of stress. Het belang van vroegtijdige preventie werd door anderen beaamd.

Een nieuwe overweging naar aanleiding van de scheiding tussen preventie en hulpverlening bracht een volgende respondent naar voren: *“Een scheiding tussen preventie en hulpverlening is lastig te trekken omdat mensen die bij een voorlichting komen vaak al klachten hebben”*. Een respondent noemde als oplossing daarvoor een soort intakegesprek per potentiële deelnemer: *“Naar aanleiding van een intakegesprek kun je besluiten of voorlichting voldoende is of dat er meer nodig is”*. Overige respondenten vonden een intakegesprek geen goed idee, omdat de drempel voor de voorlichting psychosomatiek daarmee hoger zou worden gemaakt. Volgens een andere respondent vond reeds een dergelijk gesprek plaats met de organiserende partij: *“Op het moment dat een aanvraag binnenkomt, heb je al een gesprek vooraf. Je kunt dan toch vragen om welke mensen het gaat, wat de signalen zijn. Zo krijg je een beeld van hoe je de voorlichting kan inkleden”*. Volgens een respondent had de locatie, waar de voorlichting gegeven werd, invloed op de grenzen tussen voorlichten en hulpverleners: *“Als een voorlichting bijvoorbeeld bij een gezondheidscentrum of huisartsenpraktijk plaatsvindt, dan kan een huisarts zijn patiënten*

doorverwijzen.” Hierop reageerde een andere respondent met: *‘Niet iedereen hoeft toch het medische circuit in? Je treft juist bij voorlichtingen ook mensen die niet naar de huisarts durven’*.

Er was één respondent, die zei: *“Preventieve voorlichting moet je denk ik scheiden van curatieve hulpverlening. Een voorlichter is een voorlichter, deze kan alleen doorverwijzen.”* Overige respondenten waren het daarmee oneens: *“Als mensen in behandeling zijn, kun je ook preventieve werkzaamheden hebben: wandelen, fietsen”*. Of: *“Alleen maar psycho-educatie binnen een voorlichting is vaak onbegrijpelijk. Daarom moet je de grenzen laten vervagen tussen preventie en curatie. Bijvoorbeeld door na een voorlichting samen iets te ondernemen”*. Hierop herzag eerstgenoemde respondent zijn mening. Deze gaf nu als voorstel om de voorlichting psychosomatiek aan te vullen met een laagdrempelig, curatief deel. Met als voorwaarde dat VETC-ers deze delen goed kunnen scheiden. De respondent doelde vooral op het kunnen signaleren van mogelijke klachten. *“Op het moment dat iemand met klachten komt, moet je dat ook niet onderschatten. Het is voor mensen een grote stap, die ze hebben gezet. Je moet die signalen niet onderschatten, je moet die signalen opnemen. VETC-ers moeten dus ook die signalen kunnen opvangen, anders lopen mensen veel te lang of nog langer rond met klachten, terwijl dat niet nodig is. Ook al heb je het over groepen en preventie en curatie, dan moet je toch intunen op het individu. Vang die signalen op”*. De focusgroepen reageerden door op te merken dat VETC-ers wel over de kracht beschikken dat zij het vertrouwen kunnen scheppen, waardoor mensen over hun klachten gaan praten. VETC-ers zouden op het gebied van signalering moeten worden bijgeschoold.

Tot slot merkte een respondent op dat VETC eigenlijk een plaats zou moeten krijgen in het traject naar de hulpverlening toe: *“VETC zou als eerste opvang voor cliënten kunnen dienen, zodat de cliënt door die voorlichting in staat is om zijn klachten of zijn problemen te kunnen vertellen aan de hulpverlening. Met andere woorden, eerst VETC, vervolgens wordt iemand door VETC gekoppeld aan een hulpverlener, met tot slot de start van het hulpverleningstraject”*.

Spontaan genoemde doelstellingen

Spontaan noemden de respondenten binnen de focusgroepen een aantal doelstellingen, welke verdeeld kunnen worden over verschillende niveaus: de gedragsdeterminanten attitude, sociale steun, eigen-effectiviteitsverwachting, gedrag en kennis (Tabel 29). Daarmee is bevestigd dat doelstellingen voor de voorlichting psychosomatiek niet alleen op het niveau van kennis liggen, maar ook op andere genoemde niveaus. Dit was tevens het geval bij het onderzoek onder VETC-ers en VETC-coördinatoren. De voorlichting psychosomatiek dient deelnemers daarom niet alleen te informeren, maar moet zich tevens richten op bijvoorbeeld het bereiken van een gedragsverandering bij de deelnemers. Echter, de meeste doelstellingen bevinden zich op het niveau van kennis.

Tabel 29

Doelstellingen, spontaan genoemd door deskundigen

Niveau	Genoemde doelstelling
<i>Kennis</i>	Verwachtingen van een consult bij de Nederlandse huisarts Verwijsmogelijkheden Sociale kaart van Den Haag De officiële weg naar de Nederlandse gezondheidszorg Balans van het leven/ balans om gezond te blijven Draaglast en draagkracht Weten hoe psychosomatische klachten zich uiten Hoe je het contact met je lijf instandhoudt Wat zijn spanningen en stress? Spanningen en stress kunnen leiden tot lichamelijke klachten Omgaan met stress Weten dat VETC-ers grenzen moeten stellen tussen voorlichten en hulpverleners
<i>Attitude</i>	Het gevoel meegeven dat deelnemers serieus genomen worden Vertrouwen in de gezondheidszorg
<i>Sociale steun</i>	Dat iemand met psychosomatische klachten niet gek is Iedereen heeft wel eens last van psychosomatische klachten
<i>Eigen-effectiviteitsverwachting</i>	Hoe je jezelf (beter) kunt uiten
<i>Gedrag</i>	De voorlichting psychosomatiek als traject of voorwerk voor de hulpverlening Drempel verlagen naar de hulpverlening, zodat deelnemers daarvan gebruik zullen maken Zelfzorg Trouw medicijngebruik Invloed van leefgewoonten op je gezondheid

In grote lijnen komen de doelstellingen uit tabel 29 overeen met de door VETC-ers en VETC-coördinatoren spontaan genoemde doelstellingen, echter enkele punten vallen op. Deskundigen leggen meer nadruk op verbetering van het contact van deelnemers met de Nederlandse gezondheidszorg in vergelijking met VETC-ers en VETC-coördinatoren. Laatstgenoemden gaven wel aan dat deelnemers zouden moeten weten welke verwijsmogelijkheden er zijn en dat deelnemers hulp moeten zoeken, maar noemden spontaan geen doelstellingen, die te maken hadden met bijvoorbeeld het vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg. In de praktijk liepen deskundigen op dat gebied tegen problemen aan. Zo zei een respondent: *“Onze ervaring is dat velen het vertrouwen in de gezondheidszorg verloren hebben.”* Of: *“Ik krijg regelmatig patiënten voor me, die zeggen ik heb hoofdpijn en vervolgens een MRI-scan willen. Ze willen onderzocht worden. Maar dat kun je niet bij iedereen uitvoeren. Mensen weten niet goed wat ze kunnen verwachten.”* De resultaten van deskundigen vullen daarmee de spontaan genoemde doelstellingen door VETC-ers en VETC-coördinatoren goed aan. Andersom hebben VETC-ers en VETC-coördinatoren spontaan enkele doelstellingen genoemd, die ingaan op wat deelnemers zelf thuis zouden kunnen doen om klachten te voorkomen, terwijl dit thema bij de door deskundigen spontaan genoemde doelstellingen minder nadrukkelijk aanwezig is.

Eén VETC-er heeft een doelstelling genoemd met betrekking tot het contact met het eigen lichaam. Vier deskundigen waren ook van mening dat hierop meer nadruk gelegd zou moeten worden. Zij vermoedden dat veel mensen niet bekend zijn met dit contact. Eén respondent beschreef: *“Leren dat je lichaam als het ware vastloopt in emotionele blokkades. Contact met je lijf instandhouden of weer terugvinden is belangrijk.”* Ook zouden allochtonen volgens de deelnemers aan de focusgroepen moeten leren om zichzelf te uiten, omdat zij daarmee moeilijkheden zouden hebben. Tevens werd genoemd dat moet worden stilgestaan bij de invloed van leefgewoonten, zoals het gebruik van koffie voor het slapen gaan en gebruik van kalmeringen en slaapmiddelen. Over het medicijngebruik werd gezegd: *“Vaak stoppen veel allochtonen met het gebruik van voorgeschreven medicijnen als de klachten weer over zijn, bijvoorbeeld bij antidepressiva, maar je moet het juist trouw gebruiken en niet soms even wel en dan weer niet”*. Eén respondent was een andere mening toegediend. Volgens deze gaven huisartsen of hulpverleners vaak aan dat allochtonen behoefte hadden aan medicijnen terwijl allochtonen meenden dat de huisarts zonder hierom te vragen zélf paracetamol voorschreef.

Voorgelegde doelstellingen

Vervolgens zijn de 20 gethematiseerde doelstellingen, die in het tweede deelonderzoek ook zijn voorgelegd aan VETC-ers en VETC-coördinatoren, voorgelegd aan de deskundigen. Deze doelstellingen werden door de respondenten gekenmerkt als logische doelstellingen voor een voorlichting psychosomatiek. De VETC-ers en VETC-coördinatoren verschilden eerder van mening over de doelstelling *“Wat het verschil is tussen somatische en psychosomatische klachten”*. Binnen de focusgroepen ontstond over deze doelstelling tevens discussie. Volgens één respondent moest met deze doelstelling voorzichtig worden omgegaan of moest deze worden verwijderd, omdat bij een onjuiste uitleg gezondheidsproblemen zouden kunnen ontstaan. Een andere respondent was van mening dat juist wel moet worden uitgelegd wat somatische klachten zijn. Volgens deze respondent begrepen heel veel mensen deze klachten niet: *“Ze zeggen ik heb buikpijn, hoofdpijn en mijn huisarts zegt dat is psychisch, maar ik heb pijn. Hoe kan dat?”*. Juist omdat het begrip somatiek lastig uit te leggen is, moet deze doelstelling worden behouden, aldus de respondent.

De respondenten beaamden dat over de gevolgen in het dagelijks leven van psychosomatische klachten, stress en spanningen doelstellingen moeten worden opgenomen. Twee respondenten gaven aan vooral lotgenotencontact belangrijk te vinden. Eén respondent zei: *“De herkenning geeft antwoord op vragen. Bijvoorbeeld of je gek bent of dat je niet de enige bent”*. Een andere respondent gaf aan dat het om aan te geven hoe groot de problematiek is, goed zou zijn om met cijfers te werken. Deze reacties sloten aan bij de doelstelling *“Dat hij of zij niet de enige is met psychosomatische klachten”*. Opmerkelijk is dat VETC-ers eerder in het onderzoek weinig belang

aan deze doelstelling hechtten. Eén respondent gaf aan dat aandacht gegeven zou moeten worden aan de verwachtingen bij een consult met een hulpverlener of huisarts.

Naast reacties op de lijst, werden toevoegingen gegeven. Zo zei een respondent: *“Het is denk ik ook goed om het te hebben over wat een bepaalde klacht betekent. Veel mensen hebben bijvoorbeeld angst voor klachten. Klachten betekenen angst, als je die angst kan wegnemen dan zou dat mooi zijn”*. Een andere respondent gaf als tip dit mee te nemen in de weegschaal, omdat angst de weegschaal zwaarder maakt. Eerstgenoemde respondent noemde tevens als doelstelling *“Hoe ga je met je hulpverlener om”*. Daarmee bedoelde deze dat mensen moeten weten dat zij hun hulpverlener datgene vertellen wat ze willen vertellen. Overige respondenten vonden dit een westerse, te directe benadering. Iemand trachtte deze doelstelling daarom te nuanceren: *“Misschien meer hoe mensen hun klachten moeten verwoorden. Of weten dat ze iemand mee kunnen vragen. De culturele normen en waarden erin betrekken”*. Een ander sloot daarbij aan door te zeggen dat aandacht gegeven moet worden aan de verschillen tussen hoe het in het eigen land ging en hoe het in Nederland gaat. Een probleem met betrekking tot verwachtingen zou volgens een respondent deels opgelost kunnen zijn door het toevoegen van de doelstelling: *“Weten dat dit soort klachten lange processen zijn en dat de dokter dat niet zomaar oplost”*. Een volgende respondent zei dat een doel van de voorlichting psychosomatiek zou moeten zijn om het onderwerp psychosomatiek bespreekbaar te maken. Tot slot gaven respondenten aan de onderwerpen ‘depressie’ en ‘angstklachten’ in de doelstellingen te missen.

Doelstellingen rondom de achtergrond van de deelnemers

Binnen de hiervoor omschreven doelstellingen, is door de verschillende respondenten weinig of geen rekening gehouden met de achtergrond van de deelnemers van de voorlichting psychosomatiek, met de in het literatuuronderzoek beschreven mogelijke oorzaken voor (psychosomatische) gezondheidsklachten van allochtonen: het migratieproces, conflicten tussen de eerste & tweede generatie en culturele verschillen in opvattingen over ziekte en gezondheid. Slechts één spontaan door deskundigen genoemde doelstelling, ‘*verwachtingen van een consult bij een Nederlandse huisarts*’, gaat enigszins in op culturele verschillen in opvattingen over ziekte en gezondheid. De bevindingen uit de literatuur zijn daarom expliciet aan de focusgroepen gepresenteerd. Enkele reacties kwamen los. Een respondent beaamde: *“De VETC-ers zouden weet moeten hebben van de culturele achtergronden van de deelnemers, kennis hebben van die cultuur”*. Een ander gaf aan dat het goed was om met groepen analfabeten rekening te houden: *“Hun abstractieniveau is anders, omdat de taal voor hen problematisch is”*. Respondenten gaven aan, denkend aan de achtergrond van de deelnemers, de aspecten ‘discriminatie’ en ‘verschillen in normen & waarden tussen het thuisland en Nederland’ te missen.

De respondenten meenden dat niet specifiek moest worden ingegaan op deze aspecten tijdens de voorlichting psychosomatiek. Eén respondent zei: *“Als deze aspecten leven in een groep moet je erop ingaan, anders niet”*. Anderen vonden dat VETC-ers zelf op de hoogte moeten zijn van deze aspecten, maar dat ze geen onderdeel moeten zijn van de voorlichting. *“Je moet rekening houden met deze aspecten, maar het moet niet op het programma komen te staan”*, aldus een respondent. Een derde respondent voegde toe: *“Het benadrukken van de culturele achtergrond moet je niet op de voorgrond zetten. Dan benadruk je dat allochtonen per definitie anders zijn”*. Enkele respondenten gaven wel aan dat specifieke aandacht moest worden besteed aan de beleving van ziekte en aan het contact met de Nederlandse gezondheidszorg.

6.3 Doelgroepen

Uit het tweede deelonderzoek bleek dat er mogelijk verschillen zouden bestaan tussen mannen en vrouwen, welke zouden moeten worden meegenomen in de voorlichting psychosomatiek. Daarnaast bestaan enkele andere groepen, waarmee de voorlichting psychosomatiek wellicht rekening zou moeten houden: arbeidsmigranten/vluchtelingen/asielzoekers, jongeren/volwassenen/ouderen en eerste/tweede/derde generatie. Gevraagd is aan de respondenten of en in hoeverre de voorlichting psychosomatiek met deze groepen rekening moet houden. Een respondent gaf aan dat de voorlichting psychosomatiek zou moeten proberen aandacht te geven aan alle groepen, omdat de problematiek volgens enkele respondenten in alle groepen voorkomt. Een andere respondent reageerde als volgt: *“Je moet misschien een standaard maken en op basis van de doelgroep daaraan iets extra’s hangen.”* De respondenten waren het erover eens dat één protocol voor alle groepen samen onmogelijk is. Afhankelijk van en passend bij de groep kan een hulpverlener benaderd worden, aldus een respondent. Volgens een andere respondent zat het rekening houden met deze verschillende doelgroepen reeds verpakt in het peer-effect, waar VETC gebruik van maakt: *“Een Turkse VETC-er geeft voorlichting aan een Turkse groep. Een asielzoeker kan voorlichting geven aan een groep asielzoekers. Een jong iemand voor een jonge groep, een ouder iemand voor een oudere groep, enzovoort”*.

6.4 Voorlichtingsmateriaal

Met het oog op de keuze voor voorlichtingsmateriaal moet volgens de focusgroepen vooral rekening gehouden worden met het niveau of het bevattingsvermogen van de doelgroep. Voor groepen met een laag opleidingsniveau zou de voorlichting laagdrempelig en praktijkgericht moeten zijn. Beeldmateriaal is volgens de respondenten voor alle mogelijke doelgroepen te bevatten, vooral omdat beelden taalproblemen uitschakelden. Genoemd werden wandplaten, foto's, powerpoint en korte (maximaal 15 minuten) videobanden.

Allereerst is door respondenten de tip gegeven om alvorens nieuw voorlichtingsmateriaal te ontwikkelen te kijken naar bruikbaar reeds bestaand materiaal. Door de respondenten werden enkele voorbeelden genoemd (Tabel 30).

Tabel 30

Door respondenten genoemd bestaand voorlichtingsmateriaal, geschikt voor de voorlichting psychosomatiek

Afkomstig van	Soort materiaal	Beschrijving/ titel
Trimbos-instituut		
<i>"Lichte dagen, donkere dagen"</i>	Wandplaat	Halfvol/halfleeg glas
<i>Cursus voor Turken en Marokkanen</i>	Wandplaat	Weegschaal in verschillende balansstanden
<i>met depressieve klachten</i>	Wandplaat	Lopen onder zon/lopen onder regen
	Wandplaat	Mensen met last (steen) op de rug
Pharos		
<i>Informatiemateriaal ggz voor</i>	Brochure	Waar kunt u hulp vinden voor uw klachten?
<i>Asielzoekers en vluchtelingen</i>	Brochure	Stressklachten en wat u eraan kunt doen
	Brochure	Als u last heeft van concentratieproblemen, nachtmerries, somberheid, angst...

Vervolgens ontstond een brainstorm, waarbij los van de financiële mogelijkheden en de huidige scholing van de VETC-ers werd gezocht naar allerlei mogelijke voorlichtingsmaterialen. Een kort overzicht staat hieronder vermeld (Tabel 31). Binnen genoemde voorlichtingsmaterialen ontstond een scheiding tussen voorlichtingsmaterialen geschikt voor het directe publiek van de voorlichting psychosomatiek (deelnemers) en materialen, geschikt voor een breder publiek (televisiekijkers). Enkele in de tabel gepresenteerde materialen werden door de respondenten toegelicht. Een voorbeeld van een kaartspel is volgens een respondent dat kaarten moeten worden ontwikkeld aan de hand waarvan de VETC-er deelnemers kan laten associëren. Daardoor kunnen deelnemers hun wensen kenbaar maken en prioriteiten stellen aan voor hen belangrijke thema's. Portretten zouden volgens de respondenten heel herkenbaar zijn: *"Ineens hebben ze zoiets van*

Tabel 31

Door de respondenten genoemde mogelijke voorlichtingsmaterialen

Doelgroep	Materiaal
<i>Deelnemers aan voorlichting</i>	Wandplaten
	Foto's
	Powerpoint
	E-health
	Ervaringsdeskundige
	Kaartspel
	Lesbrieven
	Portretten
	Sociale kaart met verwijzingen
	Theater
	Video
	Website
<i>Televisiekijkers</i>	Samenwerking Marokkaanse & Turkse televisiezenders
	Televisieuitzending & aansluitend radioprogramma

als die het durft te vertellen, dan moet ik het ook een keer open gooier”, aldus een respondent. Een website rondom de inhoud van de voorlichting psychosomatiek zou mensen thuis de mogelijkheid bieden als naslagwerk, maar zou ook geschikt zijn voor thuisopdrachten: *“In de voorlichting zitten een aantal thema’s, waarvan ik denk dat zijn vrij veilige onderwerpen, waarover je informatie kan geven en via de website kan laten opzoeken. Zo verkrijg je interactiviteit.”* Een andere respondent zei: *“Internet is vooral voor jongeren een heel veilig medium om zich te uiten.”* Daarnaast bestaan mogelijkheden om sheets, huiswerkopdrachten voor de deelnemers of handleidingen per onderwerp voor VETC-ers op de website te zetten. Laatstgenoemde handleidingen kwamen tevens terug bij het gebruik van lesbrieven. Een lesbrief wordt voorgesteld als een gedetailleerd beschreven les of bijeenkomst, die de VETC-er aan de hand van die lesbrief kan leiden. *“Een VETC-er bedenkt dus bijvoorbeeld, vandaag wil ik het over depressie hebben. In de lesbrief over depressie staat dan beschreven hoe hij de bijeenkomst over depressie kan leiden. Het kan zijn dat je gaat praten samen, dat je een discussie hebt met de groep, of dat je tegen de groep zegt van ga eens na hoe je die klachten moet behandelen. Je kunt daarbij de groep opdelen in groepjes.”* De informatie binnen het lesboek zou dan moeten worden verpakt in lesbrieven. De lesbrieven moeten op twee verschillende niveaus worden ontwikkeld: voor hoger opgeleide groepen en lager opgeleide groepen. Een lesbrief bestaat uit een handleiding voor de VETC-er (docentenhandleiding) en lesbrieven voor de deelnemers (al dan niet verdeeld in kleinere groepjes). Aan een lesbrief kunnen andere materialen worden gekoppeld, zoals een videoband.

Om een breder publiek te bereiken stelde een respondent voor om een televisie-uitzending te maken, met aan het einde een radioprogramma, waarbij mensen anoniem kunnen inbellen en kunnen praten over hun klachten. De televisie-uitzending kan vanuit het Steunpunt VETC Den Haag gemaakt worden, wellicht met behulp van of gepresenteerd door VETC-ers. Voorafgaande aan de uitzending kunnen groepen allochtonen op één of meerdere locaties bij elkaar komen, onder begeleiding van een VETC-er en na de uitzending napraten. Doel van de televisie-uitzending is het vergroten van de doelgroep: *“Mensen, die nu naar een voorlichting komen, geven al aan dat er mogelijk een probleem is, maar de groep die nog niet op de hoogte is van het bestaan van de voorlichting psychosomatiek, kun je denk ik op deze manier bereiken”*.

6.5 Methodieken

Inzake methodieken ontstond een levendige brainstorm. De methodieken, die deze brainstorm opleverden, kunnen worden opgedeeld in methodieken, die puur voor de VETC-ers als werkvormen kunnen worden beschouwd om bijvoorbeeld over een bepaald onderwerp te beginnen en methodieken, waarmee de deelnemers ook zelf thuis iets kunnen doen (Tabel 32).

Tabel 32

Door de respondenten genoemde mogelijke methodieken

Soort methodiek	Methodiek
<i>Werkvormen</i>	Casussen
	Gastspreker
	In groepjes opdelen
	Metaforen
	Opdrachten geven
	Rollen omdraaien
	Toneelspel
	Uitbeelden
	Voortdurend bevestiging geven/complimenteren
	<i>Ook zelf thuis te doen</i>
Dansen	
Gedichten maken	
Koken	
Ontspanningsoefening	
Wandelen	

De respondenten gaven bij enkele genoemde methodieken een uitgebreide toelichting. Het werken met casussen had volgens de respondenten voor-en nadelen. Het voordeel is dat het heel veel kan inspireren en het nadeel kan zijn dat mensen erin blijven hangen, dat ze heel letterlijk zichzelf op die ene casus projecteren. Een voordeel van het uitnodigen van een gastspreker is dat dit wellicht een oplossing zou betekenen voor het feit dat een VETC-er geen hulpverlener mag zijn. Op deze manier kunnen vragen worden gesteld aan een deskundige. De VETC-er zou binnen een dergelijke setting de rol van discussieleider op zich kunnen nemen. Door te werken met metaforen, zou de VETC-er kunnen inhaken op informatie waar de deelnemers zelf mee komen. Bijvoorbeeld door te werken met herinneringen aan een bepaalde levensfase. *“Het vertellen van verhalen hoort in veel culturen thuis”*. In het kader van herinneringen zou de deelnemers tevens gevraagd kunnen worden om iets tastbaars van thuis mee te nemen en daarover iets te vertellen. De VETC-er zou dan daaraan zijn verhaal moeten vastknopen. Met de werkvorm ‘rollen omdraaien’ wordt volgens een respondent bedoeld dat de VETC-er vertelt dat hij een probleem heeft, advies nodig heeft en dat de deelnemers daarover drie vragen mogen stellen: *“Dan zie je dat zij later zelf komen met hun verhalen of problemen”*. De eenvoudigste werkvorm in deze rij is wellicht de laatste: mensen bevestigen in datgene wat zij naar voren brengen. Een respondent verwoordde dit als volgt: *“Dat deelnemers echt elke keer als ze iets inbrengen, heel consequent te horen krijgen van goh, dat is heel goed dat u dat naar voren brengt. Met als doel dat ze sterker worden”*.

Vervolgens volgt in de tabel een opsomming van methodieken, die ook thuis uitvoerbaar zijn. Ademhalings- en ontspanningsoefeningen blijken in de praktijk volgens verschillende respondenten een groot succes, zowel bij mannen als bij vrouwen. Daarnaast kunnen volgens de

deelnemers problemen en gevoelens tevens vertaald worden in heel eenvoudige gedichten. Ook voor mensen, die het Nederlands niet beheersen. *“Door te dichten moeten ze vaak met een paar woorden tot de kern van de zaak komen. Dat zijn vaak heel mooie gedichten en zelfs te doen voor analfabeten”*.

6.6 De rol van de VETC-er

De respondenten is gevraagd naar de expertise van de VETC-er om de voorlichting psychosomatiek zo goed mogelijk te kunnen geven (Tabel 33). Enkele vaardigheden en competenties binnen deze lijst van eisen aan de VETC-er werden als volgt toegelicht. Bovenaan de vaardigheden zou een bepaalde bevoegdheid in het geven van de voorlichting psychosomatiek aanwezig moeten zijn. Met het bewust zijn van de eigen attitude werd bedoeld dat de VETC-ers zich bewust moeten zijn van hun vaak betere positie ten opzichte van de deelnemers: *‘VETC-ers hebben zich, uitgaande van de klassieke gastarbeiders, uitgeknopt tot boven de gastarbeider, die nog steeds analfabeet is’*. Daarbij is ook de vertaalslag van de eigen cultuur naar de Nederlandse en andere culturen van belang: transculturalisatie. Een voorlichting psychosomatiek wordt gegeven binnen een bepaalde tijd. Daarom zou het volgens de respondenten belangrijk zijn dat VETC-ers goed weten hoe ze de beschikbare tijd het beste kunnen indelen: tijdmanagement. Wat betreft de competenties werd met relativeren bedoeld, dat

Tabel 33

Benodigde expertise van de VETC-er voor de voorlichting psychosomatiek

Gebied	Expertise
<i>Deskundigheid</i>	Kennis van doelgroepen Kennis van de inhoud van de voorlichting psychosomatiek (bijhouden) Kennis van de Nederlandse gezondheidszorg Kennis van voorlichtingsmaterialen & methodieken Kennis hoe voorlichtingsmaterialen & methodieken toe te passen
<i>Vaardigheden</i>	Belang inzien van het geven van de voorlichting psychosomatiek Bewust zijn van de eigen attitude Grenzen stellen en erkennen tussen voorlichten en hulpverleners Tijdmanagement Bespreekbaar kunnen maken van schaamte & schande Transculturalisatie Voldoende beheersing van de Nederlandse taal
<i>Competenties/ Karaktereigenschappen</i>	Vriendelijk Complimenteus Betrokken Toegankelijk Vertrouwen uitstralen Communicatief (contacten onderhouden) Objectief (niet politiek gekleurd) Durven kwetsbaar op te stellen Kunnen relativeren Zelfreflectie

een heleboel klachten uiteindelijk opgelost kunnen worden, maar niet meteen. VETC-ers zouden daarom niet oplossingsgericht moeten zijn: *“Je kunt niet alles oplossen. Het probleem is daarvoor te complex”*.

Deskundigen zijn zich, de lijst met voorwaarden overziend, bewust dat op deze manier nogal wat gevraagd wordt van VETC-ers, die eigenlijk MBO-geschoold zijn. De lijst met voorwaarden wordt daarom beschouwd als ideaal beeld. Om de VETC-ers bij te scholen in hun expertise, hebben respondenten drie tips gegeven: Een training interculturele gespreksvoering, een training communicatie/dramatische vorming (onder andere hoe vang je non-verbale signalen op) en tot slot het organiseren van bijeenkomsten waarbij VETC-ers positieve en negatieve feedback op elkaar kunnen geven, naar aanleiding van eerder bijgewoonde voorlichtingen.

Samenvatting belangrijkste resultaten onderzoek relevante deskundigen
--

Deskundigen...

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Komen met elkaar overeen dat de voorlichting psychosomatiek grotendeels een preventieve insteek zou moeten hebben, aangevuld met een geringer curatief gedeelte;• Bevestigen dat doelstellingen voor de voorlichting psychosomatiek niet alleen gericht zijn op kennis (informereren), maar ook op attitude, sociale steun, eigen-effectiviteitsverwachting en gedrag;• Geven aan dat rekening gehouden moet worden met de achtergrond van de deelnemers en daarmee samenhangend mogelijke oorzaken voor gezondheidsklachten, maar deze oorzaken hoeven niet specifiek tijdens de voorlichting psychosomatiek worden behandeld;• Presenteren enkele (nieuwe) voorlichtingsmaterialen en methodieken;• Stellen voorwaarden op met betrekking tot de expertise van de VETC-er, om de voorlichting psychosomatiek op een goede manier te kunnen geven. |
|---|

7 Conclusies en discussie

Alvorens conclusies te trekken, kan worden teruggekeken op een onderzoek, waarbij door een brede blik een eerste opzet is gegeven voor de voorlichting psychosomatiek in de toekomst. Naast een uitgebreid literatuuronderzoek is bij dit onderzoek triangulatie toegepast, door het gebruik van twee verschillende onderzoeksmethoden (het interview en de focusgroep). Vanuit verschillende invalshoeken zijn resultaten gegenereerd. Naast VETC-ers en VETC-coördinatoren, hebben tevens deskundigen afkomstig uit verschillende werkvelden hun visie gegeven. Diverse partijen hebben hun meningen, behoeften en wensen ten aanzien van de voorlichting psychosomatiek kenbaar gemaakt. Dit onderzoek is vernieuwend geweest in die zin, dat de voorlichting psychosomatiek, zoals ontwikkeld in 1996, onder de loep is genomen en dat daarmee getracht is de voorlichting psychosomatiek beter te laten aansluiten op de multiculturele samenleving in Nederland anno 2005. Dit hoofdstuk geeft de belangrijkste conclusies van dit onderzoek weer, gevolgd door enkele kritische kanttekeningen.

De hoofdvraag: *“Wat is het oordeel van VETC-ers, VETC-coördinatoren en relevante deskundigen over de huidige voorlichting psychosomatiek, wat zijn daarnaast de wensen ten aanzien van de toekomst van de voorlichting psychosomatiek en hoe kunnen deze wensen worden vertaald naar de praktijk?”* stond in dit onderzoek centraal en wordt beantwoord aan de hand van subvragen.

7.1 Doelstellingen en inhoud voorlichting psychosomatiek

Psychosomatiek: Preventieve voorlichting of hulpverlening?

De onderzoeksvraag luidde: *“In hoeverre komt het onderwerp psychosomatiek in aanmerking voor preventieve groepsvoorlichting?”*.

Alvorens de doelstellingen vast te kunnen stellen is getracht een antwoord te vinden op deze onderzoeksvraag door gebruik te maken van de deskundigheid binnen de focusgroepen. De discussie daarbinnen geeft aan dat een eenduidig antwoord niet zomaar te geven is. Op basis van deze onderzoeksresultaten komt het onderwerp psychosomatiek in aanmerking voor preventieve groepsvoorlichting. Daarbij wordt voorgesteld om een laagdrempelig curatief gedeelte toe te voegen, zodat de voorlichting psychosomatiek componenten bevat op het gebied van psycho-educatie (o.a. wat zijn psychosomatische klachten, wat kun je eraan doen) en preventieve informatie (o.a. hoe voorkom je stress en spanningen, hoe ontspan je). Als voorwaarde is gesteld, dat de VETC-er in staat is om mogelijke psychosomatische klachten te signaleren, om deelnemers te wijzen op de mogelijkheden en werkwijze van de Nederlandse hulpverlening en om deelnemers door te verwijzen naar de juiste personen.

Doelstellingen

De onderzoeksvragen luiden: “Wat zijn volgens de VETC-ers en de VETC-coördinatoren de doelstellingen van de huidige voorlichting psychosomatiek?”, “Wat zijn volgens de VETC-ers, de VETC-coördinatoren en de deskundigen de beoogde hoofd-en subdoelstellingen, die de voorlichting psychosomatiek in de toekomst zou moeten nastreven?” en samenhangend met het vaststellen van doelstellingen voor de toekomst: “Met welke onderwerpen zou de voorlichting psychosomatiek in de toekomst rekening moeten houden?”.

Eén van de opmerkelijkste bevindingen bij aanvang van dit onderzoek was, dat expliciete doelstellingen voor deze voorlichting ontbraken. In dit onderzoek is daarom bij VETC-ers, VETC-coördinatoren en overige deskundigen nagegaan wat de doelstellingen van de voorlichting psychosomatiek nu en in de toekomst moeten zijn. De respondenten menen dat de doelstellingen voor de voorlichting psychosomatiek moeten worden geformuleerd op vijf verschillende niveaus: kennis, attitude, sociale steun, eigen-effectiviteitsverwachting en gedrag. Op basis van de keuzes van de meerderheid van de VETC-ers en VETC-coördinatoren, wordt het volgende beeld van doelstellingen voor de huidige voorlichting psychosomatiek zichtbaar (Tabel 34). Opvallend is dat VETC-ers en VETC-coördinatoren niet ingaan op de achtergronden van de deelnemers van de voorlichting psychosomatiek. Doelstellingen rondom de mogelijke oorzaken van gezondheidsklachten ontstaan door het migratieproces, zoals beschreven in het literatuuronderzoek, ontbreken.

Tabel 34

Doelstellingen voor de huidige voorlichting psychosomatiek, bepaald door VETC-ers en VETC-coördinatoren

Niveau	Doelstelling: Na afloop van de voorlichting psychosomatiek weten de deelnemers...
<i>Kennis</i>	Wat het begrip 'psychosomatische klachten' betekent Wat het verschil is tussen somatische en psychosomatische klachten Wat het verband is tussen lichaam en geest Wat de oorzaken en mogelijke gevolgen van psychosomatische klachten zijn Dat spanningen en stress kunnen leiden tot psychosomatische klachten Hoe het komt dat psychosomatische klachten kunnen verergeren en soms ook niet verdwijnen Welke hulpverleners er in Den Haag zijn: sociale kaart/verwijsmogelijkheden
<i>Attitude</i>	Dat niemand zich hoeft te schamen voor psychosomatische klachten
<i>Sociale steun</i>	Dat hij of zij niet de enige is met psychosomatische klachten
<i>Eigen-effectiviteitsverwachting</i>	Wat zij zélf zouden kunnen doen om psychosomatische klachten, stress of spanningen (in de toekomst) te voorkomen Hoe zij in het dagelijks leven met stress of spanningen om moeten gaan Hoe zij kunnen ontspannen
<i>Gedrag</i>	Dat zij met anderen over psychosomatische klachten (kunnen of) moeten praten Dat zij indien nodig hulp moeten zoeken bij psychosomatische klachten

De doelstellingen voor de voorlichting psychosomatiek in de toekomst worden zichtbaar door de resultaten van de interviews met VETC-ers en VETC-coördinatoren en de resultaten van focusgroepen met deskundigen (Tabel 35).

Tabel 35

Doelstellingen voor de voorlichting psychosomatiek in de toekomst, bepaald door alle respondenten

Niveau	Doelstellingen: Na afloop van de voorlichting psychosomatiek weten de deelnemers...
<i>Kennis</i>	<p>Wat het begrip 'psychosomatische klachten' betekent</p> <p>Wat het verband is tussen lichaam en geest</p> <p>Hoe het westerse mensbeeld zich verhoudt tot het mensbeeld van de eigen cultuur</p> <p>Welke psychosomatische klachten er zijn</p> <p>Wat de oorzaken en mogelijke gevolgen van psychosomatische klachten zijn</p> <p>Dat spanningen en stress kunnen leiden tot psychosomatische klachten</p> <p>Hoe het komt dat psychosomatische klachten kunnen verergeren en soms ook niet verdwijnen</p> <p>Wat de begrippen 'spanningen' en 'stress' betekenen</p> <p>Wat de begrippen 'positieve' en 'negatieve' stress betekenen</p> <p>Wat het begrip 'depressie' betekent</p> <p>Dat je balans nodig hebt om gezond te blijven: draaglast/draagkracht</p> <p>Wat voor invloed leefgewoonten kunnen hebben op de gezondheid</p> <p>Wat voor invloed de thuissituatie (rollenpatroon, kinderen) kan hebben op de gezondheid</p> <p>Welke hulpverleners er in Den Haag zijn: sociale kaart/verwijzingen</p> <p>Welke verschillen er bestaan in gezondheidszorg tussen het thuisland en Nederland</p> <p>Wat zij kunnen verwachten van een zorg-of hulpverlener en hoe zij zich kunnen voorbereiden</p> <p>Dat dit soort klachten lange processen zijn en dat de huisarts dat niet zomaar oplost</p> <p>Dat medicijnen trouw moeten worden ingenomen en uitsluitend bedoeld zijn voor eigen gebruik</p>
<i>Attitude</i>	<p>Dat niemand zich hoeft te schamen voor psychosomatische klachten</p> <p>Dat zij niet gek zijn</p> <p>Dat angst voor klachten normaal is, bespreekbaar is en vaak niet nodig is</p> <p>Dat zij serieus worden genomen door hulpverlener/arts/mede-deelnemer/VETC-er</p> <p>Dat bewustzijn van contact met het eigen lichaam belangrijk is</p>
<i>Sociale steun</i>	<p>Dat hij of zij niet de enige is met psychosomatische klachten</p>
<i>Eigen-effectiviteitsverwachting</i>	<p>Wat zij zélf zouden kunnen doen om psychosomatische klachten en stress of spanningen (in de toekomst) te voorkomen</p> <p>Hoe zij in het dagelijkse leven met stress of spanningen om moeten gaan</p> <p>Hoe zij kunnen ontspannen</p> <p>Hoe ze zich kunnen uiten</p>
<i>Gedrag</i>	<p>Dat zij met anderen over psychosomatische klachten moeten praten</p> <p>Dat zij indien nodig hulp moeten zoeken bij psychosomatische klachten</p>
Niveau	Doelstellingen: De voorlichting psychosomatiek dient...
<i>VETC-er</i>	<p>Rekening te houden met de achtergrond van de deelnemers en mogelijke oorzaken van gezondheidsklachten, die hiermee gepaard gaan: Bagage (migratiemotieven, verwachtingen, opleidingsniveau & analfabetisme). Problemen rondom adaptatie, werk & huisvesting, sociale steun. Conflicten tussen de eerste/tweede generatie. Culturele verschillen in opvattingen over ziekte en gezondheid (somatiseren, betekenis & beleving, behoefte aan medicijnen en contact met de gezondheidszorg of hulpverlening).</p> <p>Het onderwerp psychosomatiek bespreekbaar te maken</p> <p>Grenzen te stellen tussen voorlichten en hulpverleners</p> <p>Als voortraject van de hulpverlening</p> <p>De drempel naar de hulpverlening te verlagen</p> <p>Het vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg te herstellen</p> <p>Op te passen met benoemen van diagnose/symptomen van psychosomatische klachten</p>

In vergelijking met de huidige situatie geldt voor alle doelstellingen dat deze in de toekomst voldoende moeten worden uitgediept. De meerderheid van deze doelstellingen komt, uitgaande

van de inhoud van het huidige lesboek, hoewel te weinig uitgediept, reeds in de voorlichting psychosomatiek voor. Toegevoegd zijn doelstellingen over het westerse mensbeeld, depressie, invloed van thuissituatie en leefgewoonten, verschillen in en verwachtingen van de gezondheidszorg, dat klachten niet zomaar zijn op te lossen en hoe zichzelf te uiten. Bovendien zijn doelstellingen op het niveau van attitude en op het niveau van de VETC -er toegevoegd.

Het niveau van de VETC-er is toegevoegd om doelstellingen aan te geven, die niet als zodanig expliciet moeten worden behandeld in de voorlichting psychosomatiek, maar die de VETC-er in het achterhoofd moet nastreven. Zo bleek uit het onderzoek dat de voorlichting psychosomatiek rekening moet houden met de door de (migratie-)achtergrond veronderstelde oorzaken van gezondheidsklachten van deelnemers, maar niet expliciet moet stilstaan bij deze achtergronden en mogelijke oorzaken. In de huidige voorlichting wordt aan deze aspecten weinig of geen aandacht besteed. Meer aandacht moet in de toekomst worden besteed aan de beleving van ziekte en het contact met de Nederlandse gezondheidszorg.

Eén doelstelling, die gebruikt wordt in de huidige voorlichting psychosomatiek ('*wat het verschil is tussen somatische en psychosomatische klachten*'), keert in de toekomst niet in de voorlichting psychosomatiek terug. Redenen daarvoor zijn de door de respondenten meerdere malen gegeven waarschuwingen, dat deze doelstelling gevaarlijk zou kunnen zijn voor de gezondheid van deelnemers, op het moment dat deze doelstelling verkeerd wordt uitgelegd.

Lesboek voorlichting psychosomatiek

De onderzoeksvraag luidde: "*Hoe wordt de inhoud van de huidige voorlichting psychosomatiek (te weten het huidige lesboek) gewaardeerd door de VETC-ers en de VETC-coördinatoren?*".

De VETC-ers en de VETC-coördinatoren zijn over het algemeen positief over de inhoud van het huidige lesboek en daarmee de inhoud van de huidige voorlichting psychosomatiek. Zij zien het lesboek als basis van de voorlichting psychosomatiek, met als kanttekening dat deze momenteel onvoldoende diepgang bevat. Het lesboek is hoofdzakelijk informatief en niet direct gericht op een attitude- of gedragsverandering. Er is behoefte aan diepgang, methodieken en een handleiding zodat de VETC-er weet welke informatie deze per bijeenkomst op welke manier moet uitdragen. Tevens moeten enkele onderwerpen worden vernieuwd, omdat de informatie sterk verouderd is. De VETC-ers hebben aangegeven het verband tussen lichaam en geest en het vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg het moeilijkste te vinden om te behandelen. Symptomen en oorzaken van psychosomatische klachten worden het makkelijkste gevonden. Het is opmerkelijk dat het verband tussen lichaam en geest moeilijk wordt gevonden, omdat de voorlichting psychosomatiek alles met dit verband te maken heeft. De VETC-coördinatoren hebben ook aangegeven aan dit verband meer aandacht te willen besteden. In de zojuist

gepresenteerde doelstellingen voor de voorlichting psychosomatiek in de toekomst is getracht aan deze wensen tegemoet te komen. De toekomstige voorlichting psychosomatiek bestaat uit drie bijeenkomsten, met een mogelijkheid tot uitloop naar vier.

7.2 Voorlichtingsmateriaal

De onderzoeksvragen luiden: *“Hoe wordt het voorlichtingsmateriaal (video’s, brochure, wandplaat), dat in gebruik is bij de huidige voorlichting psychosomatiek ten behoeve van de deelnemers gewaardeerd door de VETC-ers en de VETC-coördinatoren?”* en *“Welke voorlichtingsmaterialen zijn gewenst in de toekomst?”*.

Waardering huidig voorlichtingsmateriaal

Hoewel de voorlichtingsmaterialen verouderd zijn, worden de materialen nog steeds gebruikt en redelijk positief gewaardeerd. De brochure wordt het meeste gebruikt, de video’s soms en de wandplaat het minste. Door de gebruikers wordt de wandplaat echter gemiddeld het beste gewaardeerd en de video ‘Mijn maag is als een steen van angst’ het slechtste. Deze waarderingen komen overeen met de beoordelingen door VETC-ers met behulp van semantische differentiaal schalen. Rapportcijfers zijn niet door iedere VETC-er over het betreffende voorlichtingsmateriaal uitgesproken. Wellicht durfden zij zich niet op deze manier te uiten.

Video’s

Een meerderheid van de respondenten vindt de huidige duur van een video (38 minuten) te lang, daarom moet een eventuele video in de toekomst korter zijn. Beide video’s worden gekenmerkt als verouderd en niet meer passend bij de ontwikkelingen in de samenleving. Een nieuwe video moet moderner zijn. De taal (Turks of Arabisch) wordt door de VETC-ers met het oog op deelnemers van niet-Turkse en niet-Marokkaanse afkomst als zwak punt gezien. Door de VETC-ers wordt verondersteld dat de video’s niet toepasbaar zijn op andere allochtone doelgroepen.

Brochure

Ook hier kan de taal (Turks of Arabisch) voor niet-Turkse en niet-Marokkaanse deelnemers een probleem vormen. In de toekomst moet bekeken worden in welke talen de brochures beschikbaar moeten zijn. De meeste respondenten vinden de huidige omvang goed. Een kanttekening daarbij is dat de brochure tweetalig is en daardoor de helft tekst bevat.

Wandplaat

De VETC-coördinatoren menen dat deze wandplaat bij het onderwerp psychosomatiek niet gebruikt zou moeten worden, omdat de wandplaat niet of onvoldoende aansluit bij het onderwerp. Met betrekking tot de wandplaat is het de vraag of VETC-ers de wandplaat zien vanuit het perspectief van de voorlichting psychosomatiek of vanuit het perspectief van gezonde voeding,

waarvoor de wandplaat eigenlijk is ontwikkeld. Gezien de antwoorden van de VETC-ers neigt het tot het laatste perspectief. Het concept van een wandplaat vinden de respondenten belangrijk, dit blijkt tevens uit de wensen voor de toekomst, maar de huidige wandplaat voldoet niet aan de inhoud van de voorlichting psychosomatiek. De VETC-coördinatoren en de meeste VETC-ers vonden dat deze wandplaat niet aansloot bij de voorlichting psychosomatiek.

Respondenten hebben hun wensen voor het voorlichtingsmateriaal in de toekomst kenbaar gemaakt. Deze worden opgesomd in onderstaande tabel (Tabel 36). In verband met het niveau en het voorkomen van analfabetisme binnen sommige doelgroepen, is het raadzaam om de nadruk te leggen op beeldmateriaal en illustratief materiaal. Om de voorlichting psychosomatiek interactief te maken, zijn interactieve materialen noodzakelijk. Het schriftelijk materiaal is vooral bedoeld om de deelnemers mee naar huis te geven.

Tabel 36

Mogelijke voorlichtingsmaterialen in de toekomst

Beeldmateriaal	Schriftelijk materiaal	Interactief materiaal	Illustratief materiaal
Video	Folder/brochure	Uitnodigen deskundige	Weegschaal
DVD	Sociale kaart	Spelvorm	Touw
Wandplaat		Theater	Elastiek
Foto		Televisieuitzending	
Tekening		Radiouitzending	
Portret		E-health	
Sheet		Website	
Powerpoint		CD-rom	
		Zelf-test	

7.3 Methodieken

De onderzoeksvragen luiden: *“Hoe worden de methodieken, die in gebruik zijn bij de huidige voorlichting psychosomatiek gewaardeerd door de VETC-ers en de VETC-coördinatoren?”* en *“Welke (interactieve) methodieken zijn gewenst in de toekomst?”*.

Als methodieken gebruiken VETC-ers bij de voorlichting psychosomatiek voornamelijk de discussie en het vraag-leergesprek, gevolgd door casussen en demonstraties. Zij geven aan met deze methodieken tevreden te zijn. De quiz, het rollenspel, stellingen en de lezing worden vrijwel nooit gebruikt. Het Steunpunt VETC Den Haag streeft naar interactie. Daarom is het te betreuren dat sommige methodieken (quiz, stellingen, rollenspel) niet worden gebruikt, omdat juist deze methodieken de voorlichting interactiever kunnen maken. Mogelijke oorzaak is dat VETC-ers niet goed weten hoe zij dit soort methodieken kunnen toepassen bij de voorlichting psychosomatiek. VETC-ers vinden de voorlichting psychosomatiek interactief genoeg, VETC-coördinatoren niet. Uit het onderzoek komen een flink aantal methodieken naar voren, die in de toekomst ingezet kunnen worden en die de voorlichting psychosomatiek interactiever zouden kunnen maken

(Tabel 37). De methodieken zijn verdeeld over vier niveaus. Beginmethodieken zijn methodieken, die door de VETC-er aan het begin van de voorlichting psychosomatiek kunnen worden toegepast om het ijs te breken. Didactische methodieken zijn methodieken, die de VETC-er kan toepassen om de bijeenkomst in goede banen te leiden. Spelvormen zijn methodieken, waardoor op een luchtige manier informatie kan worden overgedragen. Met praktijkgerichte methodieken worden tot slot methodieken bedoeld, die dicht bij het dagelijks leven liggen.

Tabel 37

Mogelijke methodieken in de toekomst

Beginmethodieken	Didactische methodieken	Spelvormen	Praktijkgerichte methodieken
Rollen omdraaien	Laten vertellen	Toneelspel	Gastspreker uitnodigen
Casussen presenteren	Vraag -leergesprek	Uitbeelden	Ademhalingsoefening
Cijfers presenteren	Discussie voeren	Demonstratie geven	Ontspanningsoefening
Stellingen presenteren	Metaforen vormen	Quiz	Gedichten maken
Ervaringen uitwisselen	Opdelen in groepjes		Wandelen
	Opdrachten geven		Dansen
	Signaleren van klachten		
	Complimenteren		

7.4 Bijscholing

De onderzoeksvragen luiden: *“Hoe wordt de recente bijscholing psychosomatiek en het materiaal daarbij gewaardeerd door de VETC-ers en de VETC-coördinatoren?”* en *“Welke invulling moet naar aanleiding van de globale inhoud van de voorlichting psychosomatiek in de toekomst aan de eerstvolgende bijscholing gegeven worden?”*.

De recente bijscholing is slecht beoordeeld door de VETC-ers en de VETC-coördinatoren. Opvallend is dat de antwoorden van de VETC-ers op de open vragen bij de bijscholing soms zeer negatief zijn, maar dat VETC-ers uiteindelijk een hoger rapportcijfer geven dan op grond van genoemde antwoorden werd verwacht.

VETC-ers moeten worden bijgeschoold ter vergroting van hun expertise op twee gebieden:

- Inhoud van de voorlichting psychosomatiek;

Deze bijscholing is afhankelijk van de keuzes, welke met betrekking tot de doelstellingen en de inhoud uiteindelijk zullen worden gemaakt. Verstandig is om de VETC-ers bij te scholen zodra een herschreven lesboek/handleiding beschikbaar is.

- Vaardigheden.

De onderzoeksresultaten geven nogal wat eisen en voorwaarden aan de VETC-er, die geschoold is op MBO-niveau. De nadruk wordt gelegd op de wijze waarop de VETC-er in zijn schoenen moet staan om de voorlichting psychosomatiek op een goede manier te kunnen brengen. Daarom is het verstandig om aan de vaardigheden van de VETC-er aandacht te besteden. Twee mogelijkheden zijn door respondenten van de focusgroepen genoemd: een training interculturele

gespreksvoering en een training dramatische vorming. Eerstgenoemde training is een communicatietraining en gaat in op verbale en non-verbale signalen die mensen afgeven. Laatstgenoemde training leert VETC-ers spelvormen aan, waardoor deelnemers aan de voorlichting psychosomatiek zich beter open kunnen stellen.

7.5 Werving

De onderzoeksvragen luiden: *“Hoe wordt de werving van deelnemers voor de huidige voorlichting psychosomatiek door de VETC-ers en de VETC-coördinatoren gewaardeerd?”* en *“Welke vorm ten aanzien van de werving van deelnemers voor de voorlichting psychosomatiek is in de toekomst het meest geschikt?”*.

De VETC-ers waren volstrekt onbekend met de werving van deelnemers voor de voorlichting psychosomatiek of waren onvoldoende bekend om een beoordeling of waardering uit te kunnen spreken. Hierdoor is de waardering van de VETC-ers ten opzichte van de werving niet te achterhalen. De VETC-coördinatoren menen dat de werving momenteel tekortschiet. In de toekomst moet actiever promotie gevoerd worden, meer toegespitst op onderwerp. Daarbij moet worden gelet op de vermoedelijke beweegredenen van de deelnemers: het komen naar een activiteit buitenshuis en het komen naar voorlichting over het onderwerp psychosomatiek. Een concrete aanpak komt niet voort uit de resultaten.

7.6 Evaluatie

De onderzoeksvragen luiden: *“Hoe wordt de evaluatie (evaluatieformulier, evaluatiegesprek) van de huidige voorlichting psychosomatiek gewaardeerd door de VETC-ers en de VETC-coördinatoren?”* en *“Welke vorm ten aanzien van de evaluatie van de voorlichting psychosomatiek is in de toekomst gewenst?”*.

De VETC-ers die deze vraag konden beantwoorden staan redelijk neutraal ten opzichte van de evaluatie. De VETC-coördinatoren verschillen van mening op het gebied van evaluatie. De één ziet de evaluatie als administratieve registratie. De ander als noodzakelijk ter verbetering van de kwaliteit van de voorlichting psychosomatiek. De evaluatie is momenteel onvoldoende ingebed in de voorlichting psychosomatiek. In de toekomst moet de evaluatie structureel een plaats krijgen. Op welke manier is niet duidelijk.

7.7 De rol van de VETC-er

De onderzoeksvragen luiden: *“In hoeverre ervaren de VETC-ers en de VETC-coördinatoren moeilijkheden in de grenzen tussen voorlichten en hulpverleners bij het onderwerp psychosomatiek?”* en *“Welke rol is in de toekomst weggelegd voor de VETC-er, die de voorlichting psychosomatiek geeft?”*.

Moeilijkheden in grenzen tussen voorlichten en hulpverleners

Volgens deze onderzoeksresultaten is psychosomatiek een onderwerp waarbij het niet alleen gaat om wat gezegd wordt in woorden, maar vooral om de betekenis ervan. Tevens kan op grond van de ervaringen van de VETC-ers en VETC-coördinatoren gesteld worden dat mensen hun ervaringen en problemen gemakkelijker uitleggen in de eigen taal en in de context van de eigen cultuur. Dit is een sterk punt voor voorlichting over het onderwerp psychosomatiek, omdat dit vaak een knelpunt vormt binnen het contact met de gezondheidszorg. Huisarts en patiënt begrijpen elkaar vaak niet (Güzelcan & Dijkstra, 1998; Huijbregts & van Tienhoven, 1999). VETC-ers staan positief tegenover groepsvoorlichting bij dit onderwerp, maar ervaren daarbij ook moeilijkheden in de grenzen tussen groepsvoorlichting en individuele hulpverlening. De VETC-coördinatoren erkennen moeilijkheden in de rol van de VETC-er als voorlichter tegenover de rol van de VETC-er als hulpverlener.

Rol van de VETC-er in de toekomst

De deskundigen uit de focusgroepen hebben voorwaarden genoemd op het gebied van de deskundigheid, de vaardigheden en de competenties/karaktereigenschappen van de VETC-er. Een mogelijke beschrijving van de rol van de VETC-er in de toekomst is op basis daarvan: *“De VETC-er is een toegewijde deskundige op het gebied van de inhoud van de voorlichting psychosomatiek en op het gebied van de Nederlandse gezondheidszorg. Het is een persoon, die rekening houdt met de doelgroep, in staat is om op de doelgroep afgestemde voorlichtingsmaterialen en methodieken te gebruiken en de grenzen tussen voorlichten en hulpverleners daarbij niet uit het oog verliest. Om de voorlichting op een goede manier uit te voeren, houdt de VETC-er rekening met opgesomde vaardigheden en bezit deze bij voorkeur een groot aantal van de competenties/karaktereigenschappen”*. Kennis en vaardigheden zijn aan te leren, maar competenties/karaktereigenschappen zullen al dan niet in een persoon aanwezig zijn.

Waarborgen van de kwaliteit van de inhoud van de voorlichtingen

De rol van de VETC-er heeft alles te maken met de kunde, waarmee hij of zij voorlichting geeft en kan daarom de kwaliteit van de voorlichting psychosomatiek beïnvloeden. Uit de beschrijvingen van de VETC-ers viel op te maken dat de inhoud van de voorlichting psychosomatiek van VETC-er tot VETC-er verschilde. Een ieder gaf er een eigen draai aan. Dit hoeft geen probleem te zijn, zolang VETC-ers ieder onderwerp binnen de voorlichting psychosomatiek op een correcte manier behandelen. Onder andere doordat geen contact is met de deelnemers aan de voorlichting psychosomatiek is niet bekend of iedere groep deelnemers op deze manier dezelfde informatie ontvangt. Ook hadden VETC-ers zelf materialen of oefeningen gezocht en aan de voorlichting psychosomatiek toegevoegd. De vraag is of dit positieve ontwikkelingen zijn ten aanzien van de kwaliteit van de voorlichting psychosomatiek. Wie kan garant staan dat de aanvullende

informatie, door de VETC-ers zelf gevonden, de juiste en niet misleidende informatie bevat en bovendien dat informatie goed wordt overgebracht binnen het kader van de voorlichting psychosomatiek? Controlemiddelen ontbreken daarvoor.

7.8 Kanttekeningen bij het onderzoek

Allochtonen als gesprekspartner

In dit onderzoek is gewerkt met zowel autochtone als allochtone respondenten. Uit de literatuur blijkt dat mogelijke knelpunten van onderzoek met allochtone respondenten kunnen zijn: wantrouwen tegenover de 'witte' onderzoeker, vrees voor negatieve beeldvorming als gevolg van het onderzoek waardoor vaak sociaal wenselijke antwoorden gegeven worden, de inhoudelijke en taalkundige moeilijkheidsgraad en eventuele onbekendheid met de onderzoeksmethode bij de doelgroep. Daarnaast speelt de gevoeligheid van sommige onderwerpen in verschillende culturen een grote rol (Houtkoop & Veenman (red.), 2002).

Op grond van deze gevonden knelpunten is de keuze gemaakt in dit onderzoek (potentiële) deelnemers van de voorlichting psychosomatiek buiten beschouwing te laten. Dit heeft als kanttekening bij het onderzoek, dat doelstellingen, voorlichtingsmaterialen en methodieken zijn voorgesteld, waarbij niet met zekerheid gezegd kan worden of dit overeenkomt met behoeften van de deelnemers van de voorlichting psychosomatiek of met de beweegredenen van de deelnemers van de voorlichting psychosomatiek.

Van de allochtone VETC-ers werd verwacht dat zij de Nederlandse taal voldoende zouden beheersen en tevens in staat zouden zijn om hun mening te verwoorden ten opzichte van verschillende aspecten van de voorlichting psychosomatiek. Terugkijkend op het onderzoek speelden in de interviews met VETC-ers enkele van genoemde knelpunten een rol, welke de onderzoeksresultaten zouden kunnen beïnvloeden. Over het algemeen bleek gedurende de interviews met VETC-ers en VETC-coördinatoren dat veel VETC-ers meer aan afzonderlijke delen dachten en de VETC-coördinatoren meer aan het geheel. Veel VETC-ers namen zichzelf als voorbeeld en gaven aan hoe zij zelf de voorlichting psychosomatiek in praktijk brengen, terwijl de VETC-coördinatoren een breder perspectief hadden. Sommige VETC-ers verdedigden de eigen werkwijze. Wellicht dat VETC-ers zich gecontroleerd of geobserveerd voelden. Daarnaast viel op dat veel VETC-ers zich in woorden soms negatief tot zeer negatief uitlieten over een bepaald onderwerp, maar dat zij het onderwerp toch met een hoger rapportcijfer beoordeelden, dan op grond van wat eerder gezegd was verwacht werd en andersom. Dit zou te maken kunnen hebben met de neiging sociaal wenselijk te antwoorden of de vrees om in een negatief daglicht te worden gesteld. Voor sommige VETC-ers bleek het lastig om in het Nederlands hun mening of gevoel goed te kunnen verwoorden. Dit gaven zij zelf na afloop aan. Op grond van de resultaten

wordt niet verwacht dat dit het onderzoek nadelig heeft beïnvloed. Naast deze knelpunten, die overeenkomen met de knelpunten gevonden in de literatuur, is een andere kanttekening dat sommige VETC-ers duidelijk kritiek durfden te geven, terwijl andere VETC-ers alle aspecten van de voorlichting psychosomatiek goed vonden en oppervlakkig bleven. Laatstgenoemde VETC-ers leken daarom vaak zeer tevreden te zijn, terwijl andere VETC-ers in grote lijnen redelijk positief waren, maar daarbij toch ook enkele zeer kritische opmerkingen plaatsten. Het beeld van de VETC-ers over de voorlichting psychosomatiek zoals geschetst in dit onderzoek is daarom wellicht positiever, dan in werkelijkheid.

Inbedding van het literatuuronderzoek in de overige deelonderzoeken

Terugkijkend op het onderzoek, hadden de bevindingen uit het literatuuronderzoek (achtergronden van allochtonen en mogelijke oorzaken van gezondheidsklachten van allochtonen) explicieter aan bod moeten komen. In dat geval hadden de bevindingen een duidelijkere plaats kunnen verwerven in de toekomstige voorlichting psychosomatiek. In dit onderzoek is in een conclusie gesteld dat rekening gehouden moet worden met de achtergronden en de mogelijke oorzaken van gezondheidsklachten. Aan de VETC-ers en VETC-coördinatoren zijn de bevindingen uit het literatuuronderzoek niet specifiek voorgelegd. Aan de focusgroepen wel en daarbij kwamen veel reacties los. Daarom zouden de bevindingen uit de literatuur tevens bij VETC-ers en VETC-coördinatoren tot een interessante discussie kunnen leiden. Wanneer ook bij hen intensiever bij deze bevindingen was stilgestaan, dan hadden de respondenten nauwkeuriger aan kunnen geven op welke achtergronden en oorzaken de voorlichting psychosomatiek wel en op welke achtergronden en oorzaken de voorlichting niet zou moeten ingaan. De voorlichting psychosomatiek zou bijvoorbeeld juist een goede gelegenheid kunnen zijn om in een groep bestaande uit ouders en kinderen, de spanningen voortkomend uit conflicten tussen generaties aan de orde te stellen.

Tijd

De tijd vormde in dit onderzoek een aantal maal een beperkende factor. Bij de in de interviews voorgelegde doelstellingen, is van de VETC-ers en VETC-coördinatoren in relatief korte tijd gevraagd om deze doelstellingen te bekijken en om aan te geven welke doelstellingen zij belangrijk vonden. Wellicht dat de resultaten gedetailleerder of anders zouden zijn, wanneer zij meer bedenktijd hadden gehad, of wanneer zij niet individueel maar gemeenschappelijk hadden kunnen nadenken over de doelstellingen van de voorlichting psychosomatiek. Bij de focusgroep 'Inhoud van de voorlichting psychosomatiek' vormde de tijd tevens een beperkende factor. De thema's over onderwerpen en naamgeving zijn door tijdnoed geschrapt. Daarnaast bleken twee focusgroepen te weinig om de toekomstige voorlichting psychosomatiek volledig op de rails te zetten.

7.9 Relevantie en generaliseerbaarheid van dit onderzoek

Relevantie

Dit onderzoek is van belang voor de toekomst van de voorlichting psychosomatiek, omdat gewezen is op de afwezigheid van doelstellingen, het belang van doelstellingen en vooral omdat de eerste stap is gezet naar het formuleren van concrete, toetsbare doelstellingen. Psychosomatiek is een breed onderwerp en binnen veel culturen moeilijk of niet bespreekbaar. Omdat de voorlichting psychosomatiek gekoppeld is aan allochtone doelgroepen moesten tevens hun achtergronden en mogelijke oorzaken van hun klachten aan het complexe onderwerp psychosomatiek worden toegevoegd. Dit onderzoek is van belang omdat getracht is aan te geven met welke aspecten van het brede, complexe onderwerp psychosomatiek en met welke achtergronden en mogelijke oorzaken van gezondheidsklachten van allochtonen de voorlichting psychosomatiek rekening dient te houden.

Dit onderzoek is door de breedte van het onderwerp in combinatie met allochtone doelgroepen waardevol voor diverse stakeholders, zoals: het Steunpunt VETC Den Haag, andere Steunpunten VETC, het NIGZ, organisaties op het gebied van preventie en hulpverlening van allochtonen met psychosomatische klachten, organisaties zoekende naar manieren om een voorlichting te geven over psychosomatische klachten of organisaties zoekende naar voorlichtingsmaterialen en methodieken over een moeilijk bespreekbaar onderwerp.

Generaliseerbaarheid

De resultaten van het tweede deelonderzoek zijn generaliseerbaar naar de voorlichting psychosomatiek gegeven door alle VETC-ers binnen het Steunpunt VETC Den Haag. Wanneer andere Steunpunten in Nederland dezelfde les materialen en voorlichtingsmaterialen gebruiken, dan is dit deelonderzoek voor hen ook generaliseerbaar. De resultaten zullen voor hen waarschijnlijk zeer waardevol, van toepassing en herkenbaar zijn. Gebruiken zij andere materialen, dan zijn deze resultaten niet of nauwelijks generaliseerbaar, omdat dit deelonderzoek zich vooral richtte op de materialen van de huidige voorlichting psychosomatiek.

In het derde deelonderzoek is weliswaar gebruik gemaakt van de expertise van een groot aantal verschillende regionale organisaties, maar inhoudelijk passen de resultaten tevens in een andere stad, waarin veel allochtonen wonen. De resultaten uit het derde deelonderzoek zijn daarom waardevol voor ieder Steunpunt VETC en voor een ieder, die bezig is met (het opzetten van) een voorlichting psychosomatiek. Door de focusgroepen zijn ideeën gegenereerd, waarvan ook voorlichtingen over andere (moeilijk bespreekbare) onderwerpen voordeel kunnen hebben.

8 Aanbevelingen

Naar aanleiding van dit onderzoek naar de voorlichting psychosomatiek kunnen enkele aanbevelingen worden geformuleerd: aanbevelingen voor de toekomst van de voorlichting psychosomatiek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

8.1 Aanbevelingen voor de toekomst van de voorlichting psychosomatiek

Inhoud

- *Leskist*

Wanneer de doelstellingen en de inhoud van de voorlichting psychosomatiek definitief worden vastgelegd, is het raadzaam om een leskist te vervaardigen, bestaande uit:

- De handleiding voor VETC-ers;
- Voorlichtingsmaterialen (beeldend, schriftelijk, interactief, illustratief);
- Weegschaal.

- *Handleiding*

VETC-ers en VETC-coördinatoren hebben de wens uitgesproken voor een handleiding of draaiboek van de voorlichting psychosomatiek. Deze handleiding zou het huidige lesboek moeten vervangen en moeten bestaan uit de volgende elementen:

- Benodigde kennis van de inhoud van de voorlichting psychosomatiek (te vergelijken met het concept van het huidige lesboek, uitgezonderd het laatste hoofdstuk);
- Duidelijk omschreven beschikbare voorlichtingsmaterialen en hoe deze op welk moment gebruikt kunnen worden;
- Duidelijk omschreven beschikbare methodieken en het doel van deze methodieken;
- Een beschrijving van concrete doelstellingen, die per bijeenkomst door de voorlichting psychosomatiek moeten worden behaald, aan de hand van een tijdslijn (zoveel minuten per onderwerp), met daarbij aangegeven welke voorlichtingsmaterialen en methodieken kunnen worden ingezet. Deze beschrijving moet worden vervaardigd voor het scenario van drie en het scenario van vier bijeenkomsten. Zo ontstaat een duidelijke rode draad voor de VETC-ers, waardoor de kwaliteit van de voorlichtingen psychosomatiek beter gewaarborgd wordt.

Voorlichtingsmateriaal

Het is raadzaam om nieuwe voorlichtingsmaterialen te ontwikkelen. Diverse mogelijke materialen zijn in dit onderzoek gegeven. Daarnaast hebben respondenten enkele bestaande folders en wandplaten aangegeven. Deze zouden zo snel mogelijk beoordeeld moeten worden, om te bekijken of deze materialen geschikt zijn voor de voorlichting psychosomatiek.

Bijscholing/Rol VETC-er

Respondenten binnen de focusgroepen hebben twee contactpersonen genoemd, welke een waardevolle bijdrage zouden kunnen leveren aan bijscholing van de VETC-ers op het gebied van interculturele en communicatieve vaardigheden. Aangeraden wordt om met deze personen contact te zoeken. Daarnaast blijkt het NIGZ inmiddels een bijscholing psychosomatiek te verzorgen. Hiernaar kan tevens geïnformeerd worden en bekeken worden of deze bijscholing aansluit bij de gewenste inhoud en doelstellingen van de toekomstige voorlichting psychosomatiek in Den Haag. Wanneer inhoud en doelstellingen van de voorlichting psychosomatiek bekend zijn en de leskist aanwezig is, moet een bijscholing worden georganiseerd, waarbij de vernieuwde voorlichting psychosomatiek wordt gepresenteerd.

Werving

De VETC-ers moeten meer betrokken worden in de werving vanuit het Steunpunt VETC Den Haag. Een brainstorm tijdens een werkoverleg over de aanpak van de werving levert mogelijk goede ideeën op. VETC-ers kunnen zo zelf meer invloed uitoefenen op de aanvragen.

Evaluatie

In de toekomst is een gestructureerd en consequent evaluatieproces per gegeven voorlichting psychosomatiek noodzakelijk om regelmatig te bepalen of en welke doelstellingen van de voorlichting psychosomatiek worden behaald. Wanneer dit niet of onvoldoende het geval is, dient de voorlichting psychosomatiek te worden aangepast. De kwaliteit van de voorlichting psychosomatiek blijft mede door een goed evaluatieproces gewaarborgd. De geadviseerde opzet voor de evaluatie na iedere voorlichting psychosomatiek (bestaande uit 3 of 4 bijeenkomsten) bestaat uit twee onderdelen, waarin alle stakeholders betrokken worden: een mondelinge evaluatie met de VETC-er, organisatie en VETC-coördinator en een schriftelijke evaluatie met de deelnemers. De mondelinge evaluatie betreft een evaluatiegesprek, waarvan een verslag wordt gemaakt. De schriftelijke evaluatie betreft een kort evaluatieformulier. De aanbeveling is om de evaluatie van de deelnemers schriftelijk anoniem te doen, zodat de evaluatie meer betrouwbare resultaten oplevert, dan wanneer dit mondeling groepsgewijs via de VETC-er gebeurt. De evaluatieformulieren moeten worden vervaardigd in meerdere talen. Door middel van het formulier moet worden nagegaan of de hoofddoelen van de voorlichting psychosomatiek behaald worden. Tevens kan gevraagd worden naar enkele demografische gegevens (leeftijd, geslacht, etnische afkomst). Na afloop van iedere voorlichting psychosomatiek moeten VETC-ers de evaluatieformulieren gedurende vijf minuten laten invullen.

Psychosomatiek: Preventieve voorlichting of hulpverlening

In de focusgroepen is geopperd om de voorlichting psychosomatiek in de toekomst te laten

fungeren als voortraject van de hulpverlening. Een punt om op de agenda te zetten. De voorlichting kan daarmee wellicht een brug slaan tussen enerzijds allochtonen met klachten en anderzijds de Nederlandse hulpverlening.

8.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Focusgroepen

Om de doelstellingen, inhoud, voorlichtingsmaterialen en methodieken nog beter en concreter op te kunnen stellen, is het zeer aan te bevelen nogmaals bijeenkomsten met beide focusgroepen te organiseren. De meeste deelnemers aan de focusgroepen hebben ook aangegeven hiervoor open te staan. Een opzet voor de volgende bijeenkomsten zou kunnen zijn dat naar hen (een samenvatting van) de resultaten van het gehele onderzoek wordt gestuurd met daarbij de conclusies. In de bijeenkomsten kunnen de focusgroepen zich daarover buigen. Dit alles met het doel een stap dichterbij de toekomstige voorlichting psychosomatiek.

Tevens is het aan te bevelen om de resultaten en conclusies voor te leggen aan de VETC-ers. Zij zullen uiteindelijk met de voorlichting psychosomatiek moeten werken. De ondervraagde VETC-ers hebben ook aangegeven op de hoogte gehouden te willen worden van het onderzoek. Dit kan gedurende een werkoverleg met hen allemaal of alleen met de in dit onderzoek betrokken VETC-ers. Zo kunnen ook zij naar aanleiding van dit onderzoek meedenken over de toekomst van de voorlichting psychosomatiek.

Observatieonderzoek of veldonderzoek

Het is raadzaam om de komende tijd als observator voorlichtingen psychosomatiek bij te wonen, zodat (andere) knelpunten van de voorlichting psychosomatiek zichtbaar worden. Daarbij is het tevens aan te bevelen om de VETC-ers elkaar te laten observeren. Momenteel weten zij van elkaar niet hoe een ieder de voorlichting geeft. Van elkaar kunnen VETC-ers op deze manier veel leren. Bovendien leren zij feedback aan elkaar te geven en leren zij zo om te gaan met kritiek.

Behoefteonderzoek (potentiële) deelnemers van de voorlichting psychosomatiek

Binnen dit onderzoek zijn VETC-ers, VETC-coördinatoren en deskundigen benaderd. Eén belangrijke groep stakeholders van de voorlichting psychosomatiek ontbrak daarbij: de (potentiële) deelnemers van de voorlichting psychosomatiek. Het is raadzaam om een behoefteonderzoek uit te zetten onder allochtonen in Den Haag (potentiële deelnemers) en onder deelnemers van de voorlichting psychosomatiek, met als doel hun behoeften aan voorlichting over psychosomatiek, hun beweegredenen en hun wensen te achterhalen. Bovendien is het op deze manier mogelijk een beeld te krijgen van de samenstelling van de doelgroep van de voorlichting psychosomatiek.

Referenties

Al-Baldawi, R. (2002). Migration-related stress and psychosomatic consequences. *International Congress Series 1241*, pp. 271-278.

Al-Windi, A. (2005). The relations between symptoms, somatic and psychiatric conditions, life satisfaction and perceived health. A primary care based study. *Health and Quality of Life Outcomes* 3:28, pp. 2-17

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New-York: Freeman.

Bekker, M.H.J. & Lhajoui, M. (2004). Health and literacy in first-and second-generation Moroccan Berber women in the Netherlands: Ill literacy?. *International Journal for Equity in Health* 3, nr. 8, pp. not known.

Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109, pp.243-258.

Bhui, K., Abdi, A., Abdi, M., Pereira, S., Dualeh, M., Robertson, D., Sathyamoorthy, G. & Ismail, H. (2003). Traumatic events, migration characteristics and psychiatric symptoms among Somali refugees. Preliminary communication. *Social Psychiatry Epidemiology*, 38, pp. 35-43.

Bollini, P. & Siem, H. (1995). No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Social Science & Medicine* 41, nr. 6 pp. 819-828.

Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M. & Molen, H.T. van der (2001). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Tweede druk. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Buchem, L. van (1990). Somatiek als kernprobleem van de psychosomatiek. Psychosomatiek en de grondslagen van de geneeskunde. *Psychologie & Maatschappij*, 14, nr. 3, pp. 215-225.

Candel, I., Offermans, E., Jelacic, M. & Merckelbach, H. (2005). Sociale steun en psychische klachten bij jonge vluchtelingen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 47, nr. 2, pp. 75-81.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2004a). *CBS-Standaarden Begrippenlijst bevolking*. <http://www.cbs.nl/nl/standaarden/begrippen/bevolking/begrippenlijst.htm> (14 juli 2005).

Centraal Bureau voor de Statistiek (2004b). *Allochtonen in Nederland 2004*. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2005). (Diverse demografische gegevens). <http://statline.cbs.nl/StatWeb/start.asp?LA=nl&DM=SLNL&lp=Search/Search> (22 april 2005).

Dagevos, J. (2001). *De leefsituatie van allochtone ouderen in Nederland. Stand van zaken, ontwikkelingen en informatielacunes*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Damoiseaux, V., Molen, H.T., van der & Kok, G.J. (Red.) (1993). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Emans, B. (1990). *Interviewen. Theorie, techniek en training*. Groningen: Wolters-Noordhoff bv.

Enting, E. (2005). Voorlichting in Eigen Taal en Cultuur (VETC). *Epidemiologisch bulletin, tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag*, 40, nr. 1, pp. 26-30.

Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365, pp. 1309-1314.

Garsen, A.A. & Hoeymans, N. (2002). Psychische gezondheid. Omvang van het probleem. Zijn er sociaal-demografische verschillen? Nationaal Kompas Volksgezondheid, http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2914n18746.html (17 maart 2005).

Gemeente Den Haag (2004). *Gemeente Den Haag GGD*. <http://www.denhaag.nl/smartsite.html?id=22963> (12 juli 2005).

Gilgen, D., Maeusezahl, D., Salis Gross, C., Battegray, E., Flubacher, P., Tanner, M., Weiss, M.G. & Hatz, C. (in druk). Impact of migration on illness experience and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel. *Health & Place*.

Güzelcan, Y. & Dijkstra, I. (1998). Turkse patiënten krijgen vaak ten onrechte het stempel 'somatiserende patiënt'. *Medisch Contact* 53, nr. 25, pp. 871-872.

GGZ Nederland (2004). *Themanummer Interculturalisatie. Diversiteit in culturele herkomst. Er is verschil*. Soest: Drukkerij Atlas.

Haastrecht, P van (2004). *Preventie gericht op allochtonen. Feiten en cijfers*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, <http://www.brancherapporten.minvws.nl/objecto227n576.html> (27 april 2005).

Haveman, H.B. & Uniken Venema, H.P. (Red.) (1996). *Migranten en gezondheidszorg*. Houten/Diegum: Bohn Stafleu Van Loghum.

Heptinstall, E., Sethna, V. & Taylor, E. (2004). PTSD and depression in refugee children. Associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, nr. 6 373-380.

Hofstede, G. (1997). *Allemaal andersdenkenden: omgaan met cultuurverschillen*. Achtste druk. Amsterdam: Contact.

Houdenrove, B. van (1998). *Ziek zonder ziekte. Beter begrijpen van psychosomatische klachten*. Tiel: Uitgeverij Lannoo NV.

Houtkoop, H. & Veenman, J. (Red.) (2002). *Interviewen in de multiculturele samenleving. Problemen en oplossingen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Huijbregts, V. (2001). Goede voorlichting is belangrijk. Nederlandse gezondheidszorg gezien door Somalische ogen. *Phaxx*, nr. 3 pp. 9-12.

Huijbregts, V. & Tienhoven, H. van (1999). Vluchtelingen over de Nederlandse gezondheidszorg. *Phaxx*, nr. 1, pp. not known.

Hunt, N. & Gakenyi, M. (in druk). Comparing refugees and nonrefugees: the Bosnian experience. *Journal of Anxiety Disorders*, pp. onbekend.

Iglesias, E., Robertson, E., Johansson, S.E., Engfeldt, P. & Sundquist J. (2003). Women, international migration and self-reported health. A population-based study of women of reproductive age. *Social Science & Medicine* 56, pp. 111-124.

Imhoff, E. van & Erf, R. van der (2004). *Wat waren de belangrijkste ontwikkelingen in het verleden?*. Nationaal Kompas Volksgezondheid, http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3024n21016.html (28 april 2005).

Kamperman, A.M., Komproe, I.H. & Jong, J.T.V.M, de (2003). Verklaringen voor verschillen in psychiatrische stoornissen in een onderzoek onder migranten. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 45, nr. 6, pp. 315-326.

Knipscheer, J.W., Jong, E.M., de, Kleber, R.J. & Lamptey, E. (2000). Ghanaian migrants in the Netherlands: general health, acculturative stress and utilization of mental health care. *Journal of Community Psychology*, 28, nr. 4, pp. 459-476.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc..

Meijer, K (2004). *Handboek Psychosomatiek. Theorie-diagnostiek-methode voor hulpverlening bij psychosomatische klachten*. Vierde druk. Baarn: Hbuitgevers.

Nevid, J.S. & Maria, N.L., Sta. (1999). Multicultural issues in qualitative research. *Psychology & Marketing*, 16, nr. 4, pp. 305-325.

NIGZ (1998). *Tien jaar Voorlichting in de Eigen Taal en Cultuur over gezondheid en opvoeding*. Eerste druk. Woerden: NIGZ.

NIGZ: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (2002). *Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie*. <http://www.nigz.nl/dossiers/index.cfm?action=dossier&vardossier=14> (23 maart 2005).

Paternotte, F. (Red.) (2004). *GVO Catalogus 2004/2005*. Rotterdam: GGD Den Haag/OCW.

Ridder, J. de (2002). Vragen en misverstanden. Via groepsvoorlichting beter contact met oudere allochtone patiënten. *Medisch Contact* 57, nr. 34, pp. 1206-1207.

Rooijmans, H.G.M., Hemert, A.M. van & Speckens, A.E.M. (1996). Wat is 'somatiseren'?. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 140, nr. 23, pp. 1217-1220.

Roomen, H. van, Lingen, H. & Schaick, J. van (Red.) (2002). Vraag naar gezondheidsvoorlichters eigen taal en cultuur neemt toe. *Nieuwsbrief Op uw gezondheid!*, *Nota Volksgezondheid 1999-2002*, 3, nr. 1, pp. 3-4.

Shadid, W.A. (1998). *Grondslagen van interculturele communicatie. Studieveld en werkterrein*. Eerste druk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Sociaal en Cultureel Planbureau (2004). *In het zicht van de toekomst: Sociaal en Cultureel Rapport 2004*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Spijker, J., Wurff, F.B., van der, Poort, E.C., Smits, C.H.M., Verhoeff, A.P. & Beekman, A.T.F. (2004). Depression in first generation labour migrants in Western Europe: the utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, pp. 538-544.

Sundquist, J. (1995). Ethnicity, social class and health. A population-based study on the influence of social factors on self-reported illness in 223 Latin American refugees, 333 Finnish and 126 South European labour migrants and 841 Swedish controls. *Social Science & Medicine* 40, nr. 6, pp. 777-787.

Tijhuis, M.A.R. & Hoeymans, N. (2002). *Ervaren gezondheid. Omvang van het probleem. Zijn er sociaal-demografische verschillen?* Nationaal Kompas Volksgezondheid, http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1081n18744.html (22 april 2005).

Timotijevic, L. & Breakwell, G.M. (2000). Migration and threat to identity. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 10, pp. 355-372.

Uniken Venema, H.P. (1995). *Etnische minderheden. Gezondheidsonderzoek bij moeilijk bereikbare groepen* Assen: Van Gorcum.

Uniken Venema, H.P., Garretsen, H.F.L. & Maas, P.J. van der (1995). Health of migrants and migrant health policy, the Netherlands as an example. *Social Science & Medicine*, 41, nr. 6 pp. 809-818.

Van Dale Taalweb (2005). *Van Dale Taalweb On-linewoordenboek*. <http://www.vandale.nl/opzoeken/woordenboek/?zoekwoord=migrant> (22 april 2005).

Verhoeven, P., Drewes, M. & van Haastrecht, P. (2002). *Voorlichting over gezondheid en opvoeding in de eigen taal en cultuur (VETC), informatie van het Landelijk Steunpunt VETC*. Woerden: NIGZ.

Verhoeven, P., Drewes, M. & Haastrecht, P. van (1996). *Psychosomatische klachten. Lesboek voor de kadercursus gezondheidsvoorlichting aan groepen migranten*. Eerste druk. Woerden: NIGZ.

Watters, C. & Ingleby, D. (2004). Locations of care: Meeting the mental health and social care needs of refugees in Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, pp. 549-570.

World Health Organisation (2004). Mental health services in Europe: the treatment gap. Briefing WHO European Ministerial Conference on Mental Health. <http://www.who.com> (1 juli 2005).

Wurff, F.B., van der, Beekman, A.T.B., Dijkshoorn, H., Spijker, J.A., Smits, C.H.M., Stek, M.L. & Verhoeff, A. (2004). Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 83, pp. 33-41.

Bijlagen

Bijlage 1: Interview-schema VETC-ers

Naam interviewer: Suzanne Krutwagen

Nummer respondent: _____

Datum interview _____ 2005. Tijdstip aanvang _____ uur

Locatie: GGD/Spui/Thuis bij respondent <doorhalen wat niet van toepassing is>

Instructie

De tekens <...> geven een handeling aan.

De tekens [...] geven aanvullende informatie aan, die de interviewer moet oplezen of indien gewenst kan oplezen.

De vragen, die gesteld moeten worden, staan vermeld met aanhalingstekens.

Inleiding

De volgende zaken moeten voorafgaand aan het interview onder de aandacht van de respondent gebracht worden:

- Uitleg over kader onderzoek (studie TCW, afstudeeronderzoek gedurende 6 maanden).
- Onderzoek in opdracht van GGD Den-Haag, voor het Steunpunt VETC Den-Haag.
- Doel: Evaluatie van de voorlichting psychosomatiek en aanbevelingen voor de toekomst. Verduidelijken dat ik het heel belangrijk vind om de voorlichting te verbeteren en daarbij de hulp van de respondent nodig heb.
- Respondent is één van de zes VETC-ers, die geïnterviewd zullen worden, over de voorlichting psychosomatiek.
- Duur interview: ongeveer 45 minuten.
- Soort te verwachten vragen: Huidige stand van zaken, doelen van de voorlichting psychosomatiek en wensen voor de toekomst.
- Uitleg semantische schalen met behulp van bijlage 1
- Anonieme verwerking van gegevens.
- Vertrouwelijk gebruik bandrecorder (opname niet toegankelijk voor derden).
- Toestemming vragen aan respondent voor opname op bandrecorder.
- Nog vragen?

<Start bandrecorder>

A. Achtergrondgegevens

[“Allereerst wil ik u graag enkele vragen stellen, die te maken hebben met uw achtergrond. Zo krijg ik een goed beeld van de samenstelling van de VETC-ers in Den-Haag.”]

1. Geslacht (niet gevraagd, wel aangegeven)
2. “Wat is uw leeftijd?”
3. “In welk land bent u geboren?” <Indien Nederland, ga naar vraag 5>
4. “Hoe lang woont u al in Nederland?”
5. “U hebt, als het goed is, de VETC-opleiding gevolgd. In welk jaar heeft u de VETC-opleiding gevolgd?”
 - a. Start: 19____ voltooid: 19____
 - b. “Waar hebt u de VETC-opleiding gevolgd?”
6. “Sinds wanneer geeft u voorlichting?”
7. “Geeft u voorlichtingen psychosomatiek?”
 - a. Ja /nee <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien ‘nee’, ga door naar E, blz. 25>
 - b. “Zo ja, hoeveel hebt u er tot nu toe gegeven?”

B. Huidige stand van zaken

["Het tweede onderdeel van dit interview gaat over de voorlichting psychosomatiek, zoals de voorlichting op dit moment bestaat."]

8. "Wilt u eens beschrijven hoe een voorlichting psychosomatiek in een serie van vier bijeenkomsten er in de praktijk uitziet?"
- "Hoe ziet bijeenkomst 1 eruit?"
 - "Hoe ziet bijeenkomst 2 eruit?"
 - "Hoe ziet bijeenkomst 3 eruit?"
 - "Hoe ziet bijeenkomst 4 eruit?"
9. "Wanneer u meer tijd zou hebben tijdens een voorlichting, welke onderwerpen vindt u dan belangrijk om extra of uitgebreider te behandelen?"
10. "Welke voorlichtingsmaterialen gebruikt u wel eens in de voorlichting psychosomatiek?"
<aankruisen per item>

	Nooit	Soms	Altijd
a. Video	?	?	?
b. Brochure	?	?	?
c. Wandplaat	?	?	?
d. Anders:			
_____	?	?	?

11. "Welke werkvormen ["voorlichtingsmethodieken"] gebruikt u wel eens in de voorlichting psychosomatiek?" <aankruisen per item>

	Nooit	Soms	Altijd
a. Lezing	?	?	?
b. Demonstratie	?	?	?
c. Vraag-leergesprek	?	?	?
d. Discussie	?	?	?
e. Quiz	?	?	?
f. Stellingenspel	?	?	?
g. Casusbespreking	?	?	?
h. Rollenspel	?	?	?
i. Anders:			
_____	?	?	?

12. "Hebt u zelf misschien dingen toegevoegd of veranderd aan de voorlichting psychosomatiek of het materiaal, dat u gebruikt?"

- Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'nee', door naar vraag 13>
- "Wat hebt u zelf toegevoegd of veranderd?"

13. "Wanneer de voorlichting gegeven is, dan wordt dit altijd geëvalueerd. Wat is uw mening over de evaluatie (evaluatieformulier en het nagesprek) van de gegeven voorlichtingen psychosomatiek": <aankruisen per item>

	-2	-1	0	1	2	
a. Slecht	?	?	?	?	?	Goed
b. Onvoldoende	?	?	?	?	?	Voldoende
c. Onbelangrijk	?	?	?	?	?	Belangrijk
d. Niet nuttig	?	?	?	?	?	Nuttig

["Dan volgt nu kort een vraag over de deelnemers aan de voorlichting psychosomatiek."]

14. "Wat zijn volgens u de beweegredenen van de deelnemers om deel te nemen aan deze voorlichting?" [*Andere uitleg*: "Waarom doen mensen volgens u aan de voorlichting psychosomatiek mee?"]

["Dan volgt nu een vraag over de werving of de reclame voor de voorlichting psychosomatiek"]

15. "Wat vindt u van de werving of de reclame, voor de voorlichting psychosomatiek vanuit het Steunpunt VETC Den-Haag?"

<Indien nodig doorvragen: "Vindt u de werving voor de voorlichting psychosomatiek goed of slecht?", "Vindt u de werving voor de voorlichting psychosomatiek belangrijk of onbelangrijk?">

- ["De voorlichting psychosomatiek wordt gegeven als groepsvoorlichting."]
16. "Wat is uw mening over groepsvoorlichting bij het onderwerp psychosomatiek?" <Indien nodig doorvragen: "Vindt u groepsvoorlichting bij het onderwerp psychosomatiek goed of slecht?", "Vindt u groepsvoorlichting bij het onderwerp psychosomatiek belangrijk of onbelangrijk?">
 17. "Om een groep te kunnen laten praten over psychosomatische klachten, is het nodig om een vertrouwensband op te bouwen. Hoe bouwt u met de groep deelnemers zo'n vertrouwensband op?"
["Groepsvoorlichting betekent ook, dat er interactie in de voorlichting moet zitten. Als voorlichter moet je de groep erbij betrekken en de groep dingen laten doen en vertellen."]
 18. "Hoe staat u tegenover 'interactie' binnen de voorlichting psychosomatiek?"
<Indien nodig doorvragen: "Vindt u interactie bij de voorlichting psychosomatiek goed of slecht?", "Vindt u interactie bij de voorlichting psychosomatiek belangrijk of onbelangrijk?">
 19. "Vindt u de huidige voorlichting psychosomatiek interactief genoeg?"
 - a. Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>
 - b. "Waarom wel/niet?"
 [Bij de voorlichting psychosomatiek worden doorgaans drie voorlichtingsmaterialen gebruikt, te weten: video's, een brochure en een wandplaat. Over deze materialen stel ik u nu enkele vragen.]

Video's

["Eén van de materialen, die in de voorlichting psychosomatiek gebruikt wordt, is de video. Er kunnen twee video's worden gebruikt: 'Mijn maag is als een steen van angst' en 'Zorg en pijn, toch helpt geen medicijn'. "]

- A. Video 'Mijn maag is als een steen van angst'
20. "Bent u bekend met de video 'Mijn maag is als een steen van angst'?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'nee', ga door naar vraag 26>
 21. "Gebruikt u deze video in de voorlichting psychosomatiek?"
 - a. Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>
 - b. "Waarom gebruikt u de video wel/niet?" <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'niet', ga door naar vraag 26>
 - c. "Wanneer gebruikt u de video?" [Andere uitleg: "Op welk moment gebruikt u...?"]
 22. "Wat vindt u goed aan de video?" <aantal kenmerken laten noemen>
 23. "Wat vindt u slecht aan de video?" <aantal kenmerken laten noemen>
 24. "Wat is uw mening over deze video?": <aankruisen per item>

	-2	-1	0	1	2	
a. Saai	?	?	?	?	?	Leuk
b. Onduidelijk	?	?	?	?	?	Duidelijk
c. Moeilijk	?	?	?	?	?	Makkelijk
d. Ouderwets	?	?	?	?	?	Modern
e. Niet informatief	?	?	?	?	?	Informatief
f. Niet voor iedereen van toepassing	?	?	?	?	?	Voor iedereen van toepassing
g. Te lang	?	?	?	?	?	Te kort
h. Slecht	?	?	?	?	?	Goed
 25. "Stel, u mag een rapportcijfer aan deze video geven, wat zou u als rapportcijfer (1-10) dan geven?"
- B. Video 'Zorg en pijn, toch helpt geen medicijn'
26. "Bent u bekend met de video 'Zorg en pijn, toch helpt geen medicijn'?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'nee', ga door naar vraag 33>
 27. "Gebruikt u deze video in de voorlichting psychosomatiek?"
 - a. Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>
 - b. "Waarom gebruikt u de video wel/niet?" <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'niet', ga door naar vraag 33>
 - c. "Wanneer gebruikt u de video?" [Andere uitleg: "Op welk moment gebruikt u...?"]

28. "Wat vindt u goed aan de video?" <aantal kenmerken laten noemen>
 29. Wat vindt u slecht aan de video?" <aantal kenmerken laten noemen>
 30. "Wat is uw mening over deze video?": <aankruisen per item>
- | | | | | | | |
|--------------------------------------|----|----|---|---|---|------------------------------|
| | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | |
| a. Saai | ? | ? | ? | ? | ? | Leuk |
| b. Onduidelijk | ? | ? | ? | ? | ? | Duidelijk |
| c. Moeilijk | ? | ? | ? | ? | ? | Makkelijk |
| d. Ouderwets | ? | ? | ? | ? | ? | Modern |
| e. Niet informatief | ? | ? | ? | ? | ? | Informatief |
| f. Niet voor iedereen van toepassing | ? | ? | ? | ? | ? | Voor iedereen van toepassing |
| g. Te lang | ? | ? | ? | ? | ? | Te kort |
| h. Slecht | ? | ? | ? | ? | ? | Goed |
31. "Stel, u mag een rapportcijfer aan deze video geven, wat zou u als rapportcijfer (1-10) dan geven?"
 32. "Hoeveel minuten mag een video volgens u maximaal in beslag nemen?"

Brochure

["Er volgen nu een aantal vragen over de brochure 'Wat zijn spanningsklachten?"]

33. "Bent u bekend met de brochure 'Wat zijn spanningsklachten?'"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'nee' ga door naar vraag 40>
 34. "Gebruikt u deze brochure in de voorlichting psychosomatiek?"
 a. Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>
 b. "Waarom gebruikt u de brochure wel/niet?" <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'niet', ga door naar vraag 40>
 c. "Wanneer gebruikt u de brochure?" [Andere uitleg: "Op welk moment gebruikt u...?"]
 35. "Wat vindt u goed aan de brochure?" <aantal kenmerken laten noemen>
 36. Wat vindt u slecht aan de brochure?" <aantal kenmerken laten noemen>
 37. "Wat is uw mening over deze brochure?": <aankruisen per item>
- | | | | | | | |
|--------------------------------------|----|----|---|---|---|------------------------------|
| | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | |
| a. Saai | ? | ? | ? | ? | ? | Leuk |
| b. Onduidelijk | ? | ? | ? | ? | ? | Duidelijk |
| c. Moeilijk | ? | ? | ? | ? | ? | Makkelijk |
| d. Ouderwets | ? | ? | ? | ? | ? | Modern |
| e. Niet informatief | ? | ? | ? | ? | ? | Informatief |
| f. Niet voor iedereen van toepassing | ? | ? | ? | ? | ? | Voor iedereen van toepassing |
| g. Te lang | ? | ? | ? | ? | ? | Te kort |
| h. Slecht | ? | ? | ? | ? | ? | Goed |
38. "Hoeveel pagina's mag een brochure volgens u maximaal in beslag nemen?"
 39. "Stel, u mag een rapportcijfer aan de brochure geven, wat zou u als rapportcijfer (1-10) dan geven?"

Wandplaat

["Er volgen nu vragen over de wandplaat 'Gezond blijven, beter worden'"]

40. "Bent u bekend met de wandplaat 'Gezond blijven, beter worden'?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is><Indien 'nee', door naar vraag 48>
 41. "Gebruikt u deze wandplaat in de voorlichting psychosomatiek?"
 a. Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>
 b. "Waarom gebruikt u de wandplaat wel/niet?" <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'niet', ga door naar vraag 48>
 c. "Wanneer gebruikt u de wandplaat?" [Andere uitleg: "Op welk moment gebruikt u...?"]
 42. "Wat vertelt u zoal bij de wandplaat tijdens de voorlichting psychosomatiek?"
 43. "Wat vindt u goed aan de wandplaat?" <aantal kenmerken laten noemen>
 44. "Wat vindt u slecht aan de wandplaat?" <aantal kenmerken laten noemen>
 45. "Wat is uw mening over deze wandplaat?": <aankruisen per item>

- | | | | | | | |
|--------------------------------------|----|----|---|---|---|------------------------------|
| | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | |
| a. Saai | ? | ? | ? | ? | ? | Leuk |
| b. Onduidelijk | ? | ? | ? | ? | ? | Duidelijk |
| c. Moeilijk | ? | ? | ? | ? | ? | Makkelijk |
| d. Ouderwets | ? | ? | ? | ? | ? | Modern |
| e. Niet informatief | ? | ? | ? | ? | ? | Informatief |
| f. Niet voor iedereen van toepassing | ? | ? | ? | ? | ? | Voor iedereen van toepassing |
| g. Te lang | ? | ? | ? | ? | ? | Te kort |
| h. Slecht | ? | ? | ? | ? | ? | Goed |
46. "Hoeveel tijd mag een wandplaat volgens u maximaal in beslag nemen?"
47. "Stel, u mag een rapportcijfer aan de wandplaat geven, wat zou u als rapportcijfer (1-10) dan geven?"

Lesboek

["Dan volgen nu een aantal vragen over de inhoud van het 'Lesboek voor de kadercursus gezondheidsvoorlichting aan groepen migranten over psychosomatische klachten'"]

<Lesboek voor de respondent op tafel leggen>

48. "U hebt, voordat u de voorlichting psychosomatiek bent gaan geven, dit lesboek gelezen. Is dat juist?"
- Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'nee', door naar vraag 58>
49. "Bent u momenteel goed op de hoogte van de inhoud van het lesboek?"
- Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>
- <Indien ja: continueren; indien nee: lesboek laten doorbladeren>
- ["Ik ga u nu een aantal vragen stellen over de inhoud van het lesboek."]
50. "Wat vindt u goed aan het lesboek?" <aantal kenmerken laten noemen>
51. "Wat vindt u slecht aan het lesboek?" <aantal kenmerken laten noemen>
52. "Wat vindt u zelf het moeilijkste onderwerp of de moeilijkste onderwerpen uit het lesboek, om te behandelen tijdens de voorlichting en waarom?"
53. "Wat vindt u zelf het makkelijkste onderwerp (of onderwerpen) uit het lesboek om te behandelen tijdens de voorlichting en waarom?"
54. Wat vindt u van de theorieën (zoals draaglast/draagkracht, vlucht/vechtreactie), die in het lesboek gebruikt worden? <aankruisen per item>
- | | | | | | | |
|----------------|----|----|---|---|---|-----------|
| | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | |
| a. Slecht | ? | ? | ? | ? | ? | Goed |
| b. Onduidelijk | ? | ? | ? | ? | ? | Duidelijk |
| c. Moeilijk | ? | ? | ? | ? | ? | Makkelijk |
55. "Denkt u, dat er onderwerpen in het lesboek worden behandeld, die weggelaten kunnen worden of ingekort zouden moeten worden?"
- a. Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is><Indien 'nee', ga door naar vraag 56>
- b. "Zo ja, welke?"
56. Ontbreken er volgens u in het lesboek onderwerpen?"
- <Indien nodig doorvragen: "Denkt u dat er bijvoorbeeld aandacht aan 'methodieken' of 'werkvormen' in het lesboek moet worden geschonken?">
- Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is><Indien 'nee', ga door naar vraag 57 >
- "Zo ja, welke?"
57. "Stel, u mag een rapportcijfer aan het lesboek geven, wat zou u als rapportcijfer (1-10) dan geven?"

Bijscholing

["Om de kennis over psychosomatiek up-to-date te houden, bestaat er bijscholing. In januari/februari 2005 zijn er twee bijeenkomsten geweest over de bijscholing van de voorlichting psychosomatiek."]

58. "Bent u aanwezig geweest bij de bijscholing psychosomatiek?"
- Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'nee', door naar vraag 65 >

59. "Had u van tevoren verwachtingen over de bijscholing psychosomatiek?"
 a. Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is><Indien 'nee', ga door naar vraag 60>
 b. "Zo ja, welke verwachtingen?"
 c. "Heeft de bijscholing psychosomatiek aan uw verwachtingen voldaan?"
60. "Wat vond u goed aan de bijscholing psychosomatiek?" <aantal kenmerken laten noemen>
61. "Wat vond u slecht aan de bijscholing psychosomatiek?"<aantal kenmerken laten noemen>
62. "Wat is uw mening over deze bijscholing?": <aankruisen per item>
- | | | | | | | |
|-----------------|----|----|---|---|---|------------|
| | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | |
| a. Slecht | ? | ? | ? | ? | ? | Goed |
| b. Onbelangrijk | ? | ? | ? | ? | ? | Belangrijk |
| c. Onduidelijk | ? | ? | ? | ? | ? | Duidelijk |
| d. Niet nuttig | ? | ? | ? | ? | ? | Nuttig |
| e. Te lang | ? | ? | ? | ? | ? | Te kort |
63. "Hebt u onderdelen of onderwerpen gemist in de bijscholing?"
 a. Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is><Indien 'nee', ga door naar vraag 64>
 b. "Zo ja, welke onderdelen of onderwerpen heeft u gemist?"
64. "Stel, u mag een rapportcijfer aan de bijscholing psychosomatiek geven, wat zou u dan als rapportcijfer (1-10) geven?"

C. Doelen

["We gaan door met onderdeel C. Dit onderdeel gaat over de doelen van de voorlichting psychosomatiek. Over wat de deelnemers, nadat u de voorlichting psychosomatiek hebt gegeven, moeten weten, kunnen, en doen."]

65. a. "Wat vindt u dat de deelnemers moeten weten nadat u voorlichting over psychosomatiek hebt gegeven?"
 b. "Wat vindt u dat de deelnemers moeten kunnen nadat u voorlichting over psychosomatiek hebt gegeven?"
 c. "Wat vindt u dat de deelnemers moeten doen nadat u voorlichting over psychosomatiek hebt gegeven?"

["Ik heb hier nu vier kaartjes met daarop ook allemaal doelen van wat de deelnemers moeten weten wanneer zij de voorlichting psychosomatiek gevolgd hebben. U krijgt van mij steeds een kaartje, dat u rustig mag lezen en over ieder kaartje stel ik u twee vragen."] < Pak kaarten erbij>
 <Leg kaart 1 voor aan de respondent>

Kaart 1

66. "Aan welk doel of welke doelen doet u zelf tijdens de voorlichting psychosomatiek het meeste en waarom?" [Andere uitleg: "Aan welk doel werkt u zelf tijdens de voorlichting psychosomatiek het meeste en waarom?"]
 67. "Als u deze doelen bekijkt, waar zou u dan in de toekomst tijdens de voorlichting psychosomatiek meer aan willen doen en waarom?" [Andere uitleg: "Als u deze doelen bekijkt, waar zou u dan in de toekomst tijdens de voorlichting psychosomatiek meer aan willen werken en waarom?"]

<Leg kaart 2 voor aan de respondent>

Kaart 2

68. "Aan welk doel of welke doelen doet u zelf tijdens de voorlichting psychosomatiek het meeste en waarom?" [Andere uitleg: "Aan welk doel werkt u zelf tijdens de voorlichting psychosomatiek het meeste en waarom?"]
 69. "Als u deze doelen bekijkt, waar zou u dan in de toekomst tijdens de voorlichting psychosomatiek meer aan willen doen en waarom?" [Andere uitleg: "Als u deze doelen bekijkt, waar zou u dan in de toekomst tijdens de voorlichting psychosomatiek meer aan willen werken en waarom?"]

<Leg kaart 3 voor aan de respondent>

Kaart 3

70. "Aan welk doel of welke doelen doet u zelf tijdens de voorlichting psychosomatiek het meeste en waarom?" [*Andere uitleg*: "Aan welk doel werkt u zelf tijdens de voorlichting psychosomatiek het meeste en waarom?"]
71. "Als u deze doelen bekijkt, waar zou u dan in de toekomst tijdens de voorlichting psychosomatiek meer aan willen doen en waarom?" [*Andere uitleg*: "Als u deze doelen bekijkt, waar zou u dan in de toekomst tijdens de voorlichting psychosomatiek meer aan willen werken en waarom?"]

<Leg kaart 4 voor aan de respondent>

Kaart 4

72. "Aan welk doel of welke doelen doet u zelf tijdens de voorlichting psychosomatiek het meeste en waarom?" [*Andere uitleg*: "Aan welk doel werkt u zelf tijdens de voorlichting psychosomatiek het meeste en waarom?"]
73. "Als u deze doelen bekijkt, waar zou u dan in de toekomst tijdens de voorlichting psychosomatiek meer aan willen doen en waarom?" [*Andere uitleg*: "Als u deze doelen bekijkt, waar zou u dan in de toekomst tijdens de voorlichting psychosomatiek meer aan willen werken en waarom?"]

Totaal

74. "Wanneer u al deze doelen nu bekijkt, ontbreken er dan volgens u doelen en zo ja, welke?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'nee', door naar vraag 75>
75. "Wanneer u deze doelen nu bekijkt, denkt u dan dat deze doelen op dit moment bij de voorlichting psychosomatiek worden behaald?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'nee', ga door naar vraag 76>

D. Wensen voor de toekomst

76. "Welke voorlichtingsmaterialen wenst u in de toekomst te gebruiken bij de voorlichting psychosomatiek?"
77. "Welke voorlichtingsmaterialen binnen onderstaande rij, zijn volgens u nuttig in de toekomst voor de voorlichting psychosomatiek?" *<meerdere antwoorden mogelijk>*

? Video

? Folder/brochure

? Wandplaat

? Uitnodigen van deskundige(n)

? Grote foto's

? 'Gezelschapsspel' met opdrachten over psychosomatiek

? CD-rom

? Weegschaal (draagkracht, draaglast)

? Touw (spanning visualiseren)

? Anders: _____

78. "Welke werkvormen ["voorlichtingsmethodieken"] wenst u in de toekomst te gebruiken bij de voorlichting psychosomatiek?"

79. "Kunt u van de volgende voorlichtingsmethodieken of werkvormen aangeven of ze volgens u nuttig zijn om in de toekomst toe te passen in de voorlichting psychosomatiek?" *<meerdere antwoorden mogelijk>*

? Lezing

? Demonstratie

? Vraag-leergesprek

? Discussie

? Quiz

? Stellingenspel

? Casusbespreking

? Rollenspel

- ? Ervaringen uitwisselen
- ? Werkboek van de deelnemers tijdens de voorlichting (individuele opdrachten)
- ? Groepsopdrachten
- ? 'Huiswerk' voor de deelnemers voor de volgende bijeenkomst
- ? Touwtrekken
- ? Anders: _____

[“Er volgen nu enkele vragen over onderwerpen, die momenteel nog niet in de voorlichting psychosomatiek aan bod komen.”]

80. “Vindt u het belangrijk dat er in de voorlichting aandacht wordt besteedt aan de structuur van de (geestelijke) gezondheidszorg in Nederland?”
 - a. Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>
 - b. “Waarom wel/niet?”
81. “In westerse samenlevingen zijn ‘lichaam’ en ‘geest’ gescheiden. In veel niet-westerse samenlevingen worden lichaam en geest als één geheel gezien. Vindt u het belangrijk om hier in de voorlichting aandacht aan te besteden?”
 - a. Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>
 - b. “Waarom wel/niet?”
82. “Voorlichting geven over een ‘zwaar’ onderwerp als psychosomatiek, is moeilijk. Vooral om een goede aanpak te bedenken. Wat vindt u ervan om te proberen de voorlichting psychosomatiek ‘luchtiger’ te maken?”
 - a. Eens/oneens <doorhalen wat niet van toepassing is>
 - b. “Waarom eens/oneens?” <Indien ‘oneens’ door naar vraag 84>
83. “Hoe denkt u dat we de voorlichting psychosomatiek luchtiger kunnen maken?”
84. “Vindt u het nuttig, wanneer er tijdens de voorlichting psychosomatiek op een bepaald moment een hulpverlener (bijvoorbeeld een huisarts, een allochtone zorgconsulent, of iemand van Parnassia), iets komt vertellen aan de deelnemers over wat hij/zij zou kunnen betekenen voor iemand met psychosomatische klachten?”
 - a. Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>
 - b. “Waarom wel/niet?”

[“Dan nu de voorlaatste vraag.”]

85. “Waar gaat uw voorkeur naar uit voor de voorlichting psychosomatiek?” <aankruisen wat van toepassing is>

- ? 1 bijeenkomst per voorlichting (eenmalige bijeenkomst)
- ? 2 bijeenkomsten per voorlichting
- ? 3 bijeenkomsten per voorlichting
- ? 4 bijeenkomsten per voorlichting
- ? 5 bijeenkomsten per voorlichting
- ? Anders: _____

86. “Hebt u tot slot nog andere wensen voor de toekomst, andere ideeën, opmerkingen of vragen?”

E. Afronding

[“Het is nu _____uur. Ik wil dit interview bij dezen afsluiten. Ik wil u heel hartelijk bedanken voor uw medewerking. De ervaringen uit dit interview zullen worden gebruikt om te bepalen hoe de voorlichting psychosomatiek er in de toekomst uit komt te zien en vooral welke materialen daarbij gebruikt zullen worden. Uiteindelijk is het doel om voorlichtingsmateriaal te ontwikkelen. Nogmaals hartelijk dank!”]

<Einde opname bandrecorder: stop>

Bijlage 2: Interview-schema VETC-coördinatoren

Naam interviewer: Suzanne Krutwagen

Nummer respondent: _____

Datum interview _____ 2005. Tijdstip aanvang _____ uur

Locatie: GGD

Instructie

De tekens <...> geven een handeling aan.

De tekens [...] geven aanvullende informatie aan, die de interviewer moet oplezen of indien gewenst kan oplezen.

De vragen, die gesteld moeten worden, staan vermeld met aanhalingstekens.

Inleiding

De volgende zaken moeten voorafgaand aan het interview onder de aandacht van de respondent gebracht worden:

- Uitleg over kader onderzoek (studie TCW, afstudeeronderzoek gedurende 6 maanden).
- Onderzoek in opdracht van GGD Den-Haag, voor het Steunpunt VETC Den-Haag.
- Doel: Evaluatie van de voorlichting psychosomatiek en aanbevelingen voor de toekomst.
- Er zijn een aantal VETC-ers geïnterviewd en nu dan ook de coördinatoren.
- Duur interview: ongeveer 1 uur.
- Soort te verwachten vragen: Huidige stand van zaken, doelen van de voorlichting psychosomatiek en wensen voor de toekomst.
- Uitleggen verschillen 'lesmateriaal' (t.b.v. VETC-ers) en 'voorlichtingsmateriaal' (t.b.v. deelnemers)
- Anonieme verwerking van gegevens.
- Vertrouwelijk gebruik bandrecorder (opname niet toegankelijk voor derden).
- Toestemming vragen aan respondent voor opname op bandrecorder.
- Nog vragen?

<Start bandrecorder>

A. Achtergrondgegevens

["Allereerst wil ik u graag enkele vragen stellen, die te maken hebben met uw werkzaamheden als coördinator."]

1. "Hoe lang bent u reeds werkzaam als coördinator Voorlichting Eigen Taal en Cultuur in Den-Haag?"
2. "Kunt u kort toelichten wat uw werkzaamheden als coördinator Voorlichting Eigen Taal en Cultuur zoal inhouden?"
3. "Bent u vanuit uw functie bekend met de voorlichting psychosomatiek?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'nee', ga door naar E, blz. 18>
4. "Sinds wanneer wordt de voorlichting psychosomatiek in Den-Haag aangeboden?"

B. Huidige stand van zaken

["Het tweede onderdeel van dit interview gaat over de voorlichting psychosomatiek, zoals de voorlichting op dit moment bestaat."]

5. "Wat is momenteel uw indruk over het verloop van de voorlichtingen psychosomatiek, die door de VETC-ers gegeven worden?"
6. a. "Bestaat er volgens u een verschil tussen de voorlichting psychosomatiek, die aan vrouwen gegeven wordt en de voorlichting psychosomatiek, die aan mannen gegeven wordt?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'nee', door naar vraag 7>
b. "Vindt u dat het lesmateriaal van de VETC-ers voldoende rekening houdt met dit verschil en op welke manier?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>

- c. "Denkt u dat het nodig zou zijn om aan dit verschil in de toekomst in het lesmateriaal aandacht te besteden en waarom?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>
- d. "Van de voorlichters begrijp ik dat de voorlichtingen aan mannen over het algemeen minder bijeenkomsten hebben, dan vrouwen. Wat is uw mening daarover en kunt u dit verschil toelichten?"
7. "Na iedere voorlichting vindt evaluatie plaats. Wat is uw mening over de evaluatie (evaluatieformulier en het nagesprek) van de voorlichtingen psychosomatiek?"
- [“Dan volgt nu kort een vraag over de deelnemers aan de voorlichting psychosomatiek.”]
8. "Wat zijn volgens u de beweegredenen van de deelnemers om deel te nemen aan deze voorlichting?"
- [“Dan volgen nu enkele vragen over de werving of de reclame voor de voorlichting psychosomatiek”]
9. "Wat vindt u van de werving of de reclame, voor de voorlichting psychosomatiek vanuit het Steunpunt VETC Den-Haag?"
- [“De voorlichting psychosomatiek wordt gegeven als groepsvoorlichting.”]
10. "Wat is uw mening over groepsvoorlichting in het algemeen?"
- [“Een VETC-er is geen geschoolde hulpverlener. De VETC-er geeft voorlichting en verwijst indien nodig door naar professionele hulpverleners. De grenzen tussen voorlichten en hulpverleners zijn soms vaag en bij het onderwerp psychosomatiek moeilijk te onderscheiden.”]
11. "Denkt u, rekeninghoudend met de gevoeligheid van het onderwerp psychosomatiek en de rol van de VETC-er bij de voorlichting psychosomatiek, dat de methode van groepsvoorlichting, zoals deze nu bij de voorlichting psychosomatiek wordt uitgevoerd, een goede methode is?"
- a. *Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>*
 b. "Waarom?"
 c. "Zo nee, wat zouden volgens u goede alternatieve methoden zijn?"
- [“Groepsvoorlichting betekent onder andere, dat er interactie in de voorlichting moet zitten.”]
12. "Hoe staat u tegenover 'interactie' binnen de voorlichting psychosomatiek?"
- <Indien nodig doorvragen: "Vindt u interactie bij de voorlichting psychosomatiek goed of slecht?", "Vindt u interactie bij de voorlichting psychosomatiek belangrijk of onbelangrijk?">*
13. "Vindt u de huidige voorlichting psychosomatiek interactief genoeg?"
- a. *Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>*
 b. "Waarom wel/niet?"

Voorlichtingsmateriaal

[“Bij de voorlichting psychosomatiek worden doorgaans drie voorlichtingsmaterialen gebruikt, te weten: video's, een folder en een wandplaat. Over deze materialen stel ik u nu enkele vragen.”]

Video's

[“Eén van de materialen, die in de voorlichting psychosomatiek gebruikt wordt, is de video. Er kunnen twee video's worden gebruikt: 'Mijn maag is als een steen van angst' en 'Zorg en pijn, toch helpt geen medicijn'.”]

14. Video 'Mijn maag is als een steen van angst'
15. "Bent u bekend met de video 'Mijn maag is als een steen van angst'?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'nee', ga door naar vraag 17>
16. "Wat vindt u van de video?" *<aantal kenmerken laten noemen>*
17. "Stel, u mag een rapportcijfer aan deze video geven, wat zou u als rapportcijfer (1-10) dan geven?"
18. Video 'Zorg en pijn, toch helpt geen medicijn'
19. "Bent u bekend met de video 'Zorg en pijn, toch helpt geen medicijn'?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'nee', ga door naar vraag 20>
20. "Wat vindt u van de video?" *<aantal kenmerken laten noemen>*
21. "Stel, u mag een rapportcijfer aan deze video geven, wat zou u als rapportcijfer (1-10) dan geven?"
22. "Hoeveel minuten mag een video volgens u maximaal in beslag nemen?"

Folder

["Er volgen nu een aantal vragen over de folder 'Wat zijn spanningsklachten?"]

23. "Bent u bekend met de folder 'Wat zijn spanningsklachten?'"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'nee' ga door naar vraag 24>
24. "Wat vindt u van de folder?" <aantal kenmerken laten noemen>
25. "Stel, u mag een rapportcijfer aan de folder geven, wat zou u als rapportcijfer (1-10) dan geven?"
26. "Hoeveel pagina's mag een folder volgens u maximaal in beslag nemen?"

Wandplaat

["Er volgen nu vragen over de wandplaat 'Gezond blijven, beter worden'"]

27. "Bent u bekend met de wandplaat 'Gezond blijven, beter worden?'"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is><Indien 'nee', door naar vraag 28>
28. "Wat vindt u van de wandplaat?" <aantal kenmerken laten noemen>
29. "Stel, u mag een rapportcijfer aan de wandplaat geven, wat zou u als rapportcijfer (1-10) dan geven?"
30. "Hoeveel tijd mag een wandplaat volgens u maximaal in beslag nemen?"

Lesmateriaal

Lesboek

["Het lesmateriaal voor de VETC-ers bestaat uit een lesboek en het materiaal verkregen van de bijscholing. Allereerst volgen een aantal vragen over de inhoud van het 'Lesboek voor de kadercursus gezondheidsvoorlichting aan groepen migranten over psychosomatische klachten']

<Lesboek voor de respondent op tafel leggen>

31. "Bent u momenteel goed op de hoogte van de inhoud van het lesboek?"

Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>

<Indien ja: continueren; indien nee: lesboek laten doorbladeren>

32. "Wat vindt u van het lesboek?" <aantal kenmerken laten noemen>
33. "Wat vindt u van het theoretische kader en de begrippen (zoals draaglast/draagkracht, vlucht/vechtreactie), die in het lesboek geschetst worden?"
34. "Wat is uw mening over de moeilijkheidsgraad van het lesboek met het oog op de VETC-ers als doelgroep?"
35. "Denkt u, dat er onderwerpen in het lesboek worden behandeld, die weggelaten kunnen worden of ingekort zouden moeten worden en zo ja welke?"
36. "Ontbreken er volgens u in het lesboek onderwerpen?"

<Indien nodig doorvragen: "Denkt u dat er bijvoorbeeld aandacht aan 'methodieken' of 'werkvormen' in het lesboek moet worden geschonken?">

- a. Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is><Indien 'nee', ga door naar vraag 35>
- b. "Zo ja, welke?"
37. "Stel, u mag een rapportcijfer aan het lesboek geven, wat zou u als rapportcijfer (1-10) dan geven?"

Bijscholing

["In januari/februari 2005 zijn er twee bijeenkomsten geweest in het kader van de bijscholing voor de voorlichting psychosomatiek."]

38. "Bent u aanwezig geweest bij de bijscholing psychosomatiek?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'nee', door naar vraag 46>
39. "Had u van tevoren verwachtingen over de bijscholing psychosomatiek?"
 - a. Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is><Indien 'nee', ga door naar vraag 41>
 - b. "Zo ja, welke verwachtingen?"
 - c. "Heeft de bijscholing psychosomatiek aan uw verwachtingen voldaan?"
40. "Wat vond u van de bijscholing psychosomatiek?" <aantal kenmerken laten noemen>
41. "Hebt u onderdelen of onderwerpen gemist in de bijscholing?"
 - a. Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is><Indien 'nee', ga door naar vraag 40>
 - b. "Zo ja, welke onderdelen of onderwerpen heeft u gemist?"

42. "Stel, u mag een rapportcijfer aan de bijscholing psychosomatiek geven, wat zou u dan als rapportcijfer (1-10) geven?"

Algemeen

[“Tot slot van dit onderdeel nog enkele vragen over het totale lesmateriaal”]

43. "Het lesboek dateert van 1996. Zou er iets veranderd kunnen zijn in de psychosomatische problematiek onder allochtonen tussen toen en nu?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>
a. "Waarom?"
<Indien 'nee', door naar vraag 42>
44. a. "Bestaat er volgens u een verschil tussen arbeidsmigranten en vluchtelingen of asielzoekers in de psychosomatische problematiek?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'nee', door naar vraag 43>
b. "Vindt u dat de voorlichting psychosomatiek ten aanzien van de deelnemers voldoende rekening houdt met dit verschil en op welke manier?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>
c. "Vindt u dat het lesmateriaal van de VETC-ers voldoende rekening houdt met dit verschil en op welke manier?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>
d. "Denkt u dat het nodig zou zijn om aan dit verschil in de toekomst in de voorlichting resp. het lesmateriaal aandacht te besteden en waarom?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>
45. a. "Bestaat er volgens u een verschil tussen de eerste generatie allochtonen en de tweede generatie allochtonen in de psychosomatische problematiek?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'nee', door naar vraag 44>
b. "Vindt u dat de voorlichting psychosomatiek ten aanzien van de deelnemers voldoende rekening houdt met dit verschil en op welke manier?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>
c. "Vindt u dat het lesmateriaal van de VETC-ers voldoende rekening houdt met dit verschil en op welke manier?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>
d. "Denkt u dat het nodig zou zijn om aan dit verschil in de toekomst in de voorlichting resp. het lesmateriaal aandacht te besteden en waarom?"
Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>

C. Doelen

[“We gaan door met onderdeel C. Dit onderdeel gaat over de doelen van de voorlichting psychosomatiek. Over wat de deelnemers, na de voorlichting psychosomatiek moeten weten, kunnen en doen.”]

46. a. "Wat vindt u dat de deelnemers moeten weten na de voorlichting over psychosomatiek?"
b. "Wat vindt u dat de deelnemers moeten kunnen na de voorlichting over psychosomatiek?"
c. "Wat vindt u dat de deelnemers moeten doen na de voorlichting over psychosomatiek?"

[“Ik heb hier vier kaartjes met daarop allemaal doelen, die ook aan de VETC-ers zijn voorgelegd. U krijgt van mij steeds een kaartje, dat u rustig mag lezen en over ieder kaartje stel ik u een vraag.”] < Pak de 4 kaarten erbij><Leg kaart 1 voor aan de respondent>

Kaart 1

47. "Aan welk doel of welke doelen hecht u het meeste belang en waarom?"
<Leg kaart 2 voor aan de respondent>

Kaart 2

48. "Aan welk doel of welke doelen hecht u het meeste belang en waarom?"
<Leg kaart 3 voor aan de respondent>

Kaart 3

49. "Aan welk doel of welke doelen hecht u het meeste belang en waarom?"
<Leg kaart 4 voor aan de respondent>

Kaart 4

50. "Aan welk doel of welke doelen hecht u het meeste belang en waarom?"

Totaal

51. "Wanneer u al deze doelen nu bekijkt, ontbreken er dan volgens u doelen en zo ja, welke?"

Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'nee', door naar vraag 50>

52. "Wanneer u deze doelen nu bekijkt, denkt u dan dat deze doelen op dit moment bij de voorlichting psychosomatiek worden behaald?"

Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is> <Indien 'nee', ga door naar vraag 51>

D. Wensen voor de toekomst

53. "Wilt u eens beschrijven hoe de voorlichting psychosomatiek er in de toekomst volgens u uit zou moeten zien?"

54. "Welke voorlichtingsmaterialen wenst u in de toekomst te gebruiken voor de voorlichting psychosomatiek?"

55. "Welke voorlichtingsmaterialen binnen onderstaande rij, zijn volgens u nuttig in de toekomst voor de voorlichting psychosomatiek?" <meerdere antwoorden mogelijk>

? Video

? Folder

? Wandplaat

? Uitnodigen van deskundige(n)

? Grote foto's

? 'Gezelschapsspel' met opdrachten over psychosomatiek

? CD-rom

? Weegschaal (draagkracht, draaglast)

? Touw (spanning visualiseren)

? Anders: _____

56. "Welke werkvormen ["voorlichtingsmethodieken"] wenst u in de toekomst te gebruiken voor de voorlichting psychosomatiek?"

57. "Kunt u van de volgende voorlichtingsmethodieken of werkvormen aangeven of ze volgens u nuttig zijn om in de toekomst toe te passen in de voorlichting psychosomatiek?" <meerdere antwoorden mogelijk>

? Lezing

? Demonstratie

? Vraag-leergesprek

? Discussie

? Quiz

? Stellingenspel

? Casusbespreking

? Rollenspel

? Ervaringen uitwisselen

? Werkboek van de deelnemers tijdens de voorlichting (individuele opdrachten)

? Groepsopdrachten

? 'Huiswerk' voor de deelnemers voor de volgende bijeenkomst

? Touwtrekken

? Anders: _____

["Er volgen nu enkele vragen over onderwerpen, die momenteel nog niet in de voorlichting psychosomatiek aan bod komen."]

58. "Vindt u het belangrijk dat er in de voorlichting aandacht wordt besteedt aan de structuur van de (geestelijke) gezondheidszorg in Nederland?"

a. Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>

- b. "Waarom wel/niet?"
59. "In westerse samenlevingen zijn 'lichaam' en 'geest' gescheiden. In veel niet-westerse samenlevingen worden lichaam en geest als één geheel gezien. Vindt u het belangrijk om hier in de voorlichting aandacht aan te besteden?"
 a. Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>
 b. "Waarom wel/niet?"
60. "Voorlichting geven over een 'zwaar' onderwerp als psychosomatiek, is moeilijk. Vooral om een goede aanpak te bedenken. Wat vindt u ervan om te proberen de voorlichting psychosomatiek 'luchtiger' te maken?"
 a. Eens/oneens <doorhalen wat niet van toepassing is>
 b. "Waarom eens/oneens?" <Indien 'oneens' door naar vraag 60>
61. "Hoe denkt u dat we de voorlichting psychosomatiek luchtiger kunnen maken?"
62. "Vindt u het nuttig, wanneer er tijdens de voorlichting psychosomatiek op een bepaald moment een hulpverlener (bijvoorbeeld een huisarts, een allochtone zorgconsulent, of iemand van Parnassia), iets komt vertellen aan de deelnemers over wat hij/zij zou kunnen betekenen voor iemand met psychosomatische klachten?"
 a. Ja/nee <doorhalen wat niet van toepassing is>
 b. "Waarom wel/niet?"
- ["Dan nu de voorlaatste vraag.]
63. "Waar gaat uw voorkeur naar uit voor de voorlichting psychosomatiek?" <aankruisen wat van toepassing is>
 ? 1 bijeenkomst per voorlichting (eenmalige bijeenkomst)
 ? 2 bijeenkomsten per voorlichting
 ? 3 bijeenkomsten per voorlichting
 ? 4 bijeenkomsten per voorlichting
 ? 5 bijeenkomsten per voorlichting
 ? Anders: _____
64. "Kent u wellicht mensen vanuit uw functie, of wellicht uit vroegere functies, in Nederland of in het buitenland, die volgens u met hun kennis een waardevolle bijdrage zouden kunnen leveren aan dit onderzoek op het gebied van psychosomatiek?"
65. "Hebt u tot slot nog andere wensen voor de toekomst, andere ideeën, opmerkingen of vragen?"

E. Afronding

["Het is nu _____uur. Ik wil dit interview bij dezen afsluiten. Ik wil u heel hartelijk bedanken voor uw medewerking. De ervaringen uit dit interview zullen worden gebruikt om te bepalen hoe de voorlichting psychosomatiek er in de toekomst uit komt te zien en vooral welke materialen daarbij gebruikt zullen worden. Uiteindelijk is het doel om voorlichtingsmateriaal te ontwikkelen. Nogmaals hartelijk dank!]

<Einde opname bandrecorder: stop>

Bijlage 3: Doelstellingen

Kaart 1

Na afloop van de voorlichting psychosomatiek, weten de deelnemers:

1. Wat het verschil is tussen somatische klachten en psychosomatische klachten.
2. Wat het begrip 'psychosomatische klachten' betekent.
3. Welke psychosomatische klachten er zijn.
4. Wat de oorzaken en mogelijke gevolgen van psychosomatische klachten zijn.
5. Hoe het komt dat psychosomatische klachten kunnen verergeren en soms ook niet verdwijnen.

Kaart 2

Na afloop van de voorlichting psychosomatiek, weten de deelnemers:

1. Wat de begrippen 'spanningen' en 'stress' betekenen.
2. Dat spanningen of stress kunnen leiden tot psychosomatische klachten.
3. Wat de begrippen 'positieve' en 'negatieve' stress betekenen.
4. Hoe zij in het dagelijkse leven met stress of spanningen om moeten gaan.
5. Hoe zij kunnen ontspannen (zoals sporten, ontspanningsoefening, wandelen).

Kaart 3

Na afloop van de voorlichting psychosomatiek, weten de deelnemers:

1. Hoe zij zélf psychosomatische klachten en stress of spanningen kunnen herkennen.
2. Dat klachten, waarvan zij vóór de voorlichting psychosomatiek dachten dat die klachten lichamelijk waren, toch geen lichamelijke klachten (hoeven) te zijn.
3. Wat zij zélf zouden kunnen doen om psychosomatische klachten en stress of spanningen (in de toekomst) te voorkomen.
4. Dat hij of zij niet de enige is met psychosomatische klachten.
5. Dat niemand zich hoeft te schamen voor het hebben van psychosomatische klachten.

Kaart 4

Na afloop van de voorlichting psychosomatiek, weten de deelnemers:

1. Dat het belangrijk is om met anderen over psychosomatische klachten te praten.
2. Dat het belangrijk is om hulp te zoeken bij psychosomatische klachten.
3. Welke hulpverleners er in Den-Haag zijn, bij wie zij terecht kunnen met psychosomatische klachten en met vragen over psychosomatische klachten.
4. Wat zij kunnen verwachten bij een consult aan een hulpverlener: afspraak maken, verwijzing, wachtlijst, verloop van een consult, geheimhoudingsplicht, houding van de hulpverlener, ervaring met psychosomatische klachten, onkostenvergoeding.
5. Dat medicijnen, die door de (huis)arts worden voorgeschreven, uitsluitend bedoeld zijn voor eigen gebruik en nooit door anderen gebruikt mogen worden.

Bijlage 4: Vragenschema focusgroep 1

“Inhoud voorlichting psychosomatiek in de toekomst”

Kennismaking [5 minuten]

- Welkom, koffie & thee, naambordjes laten invullen;
- Kort voorstelrondje: naam en functie, er gaat een presentielijst rond.
- Deelonderzoek 2 kort toelichten (=aanleiding van de focusgroep)

Zoals u heeft kunnen lezen in de toegestuurde informatie, zijn we de afgelopen maanden bezig geweest met het evalueren van de voorlichting psychosomatiek, die door allochtone voorlicht(st)ers, VETC-ers genaamd, aan allochtone doelgroepen in Den Haag gegeven wordt. Dit alles in het kader van Voorlichting in Eigen Taal en Cultuur. Er zijn 15 VETC-ers en 2 VETC-coördinatoren geïnterviewd. Nu de evaluatie achter de rug is, is het tijd om te kijken naar de toekomst.....

- Doel van de focusgroep toelichten: consensus bereiken.

Met behulp van deze bijeenkomst willen we consensus bereiken over de inhoud van de voorlichting psychosomatiek in de toekomst. Daarom zullen we achtereenvolgens praten over **[FLAPOVER]**:

- Het vraagstuk of het onderwerp psychosomatiek meer geschikt is voor preventieve voorlichting of meer voor hulpverlening;
- Het bepalen van de doelstellingen van de toekomstige voorlichting psychosomatiek;
- Het bepalen van de doelgroep van de voorlichting psychosomatiek;
- Het bepalen van de globale inhoud en mate van diepgang van de voorlichting psychosomatiek.

- Om de informatie uit deze bijeenkomst goed te kunnen onthouden, willen we u vragen of we deze bijeenkomst mogen opnemen op band. Deze wordt na afloop van het onderzoek vernietigd.

Thema 1: Psychosomatiek: preventieve voorlichting of hulpverlening [20 minuten]

Het eerste thema betreft psychosomatiek: preventieve voorlichting of hulpverlening.

Uit de interviews kunnen we enkele moeilijkheden in de praktijk signaleren. VETC-ers vinden het vaak lastig om hun grenzen te bepalen tussen voorlichting en hulpverlening. Gezien de complexiteit van psychosomatiek en de breedte daarvan, komt bij ons de vraag op of het onderwerp psychosomatiek wel zo geschikt is in het kader van preventieve voorlichting. Is psychosomatiek nu meer een onderwerp geschikt voor voorlichting of toch meer voor hulpverlening en op wat voor vlak?

- Is het onderwerp psychosomatiek meer een preventie-onderwerp of meer een onderwerp op het terrein van de hulpverlening? Met andere woorden: is psychosomatiek überhaupt te voorkómen?

- Is groepsvoorlichting tegenover individuele voorlichting (patiëntenvoorlichting) de juiste manier om voorlichting over psychosomatiek te geven?

Thema 2: Doelstellingen [35 minuten]

Thema 2 is doelstellingen.

Stap 1 op weg naar een vernieuwde inhoud van de voorlichting psychosomatiek is het opstellen van doelstellingen. Dit willen we graag doen met open blik. We willen jullie vragen om te bedenken wat de doelstellingen voor de voorlichting psychosomatiek zouden moeten zijn. Als kader maken we gebruik van de volgende gedragsdeterminanten

[FLAPOVER].

KENNIS; ATTITUDE; SOCIALE STEUN; EIGEN-EFFECTIVITEITSVERWACHTING (zelfredzaamheid); en GEDRAG.

- Wat zouden volgens u verdeeld over deze gedragsdeterminanten de doelen van de groepsvoorlichting psychosomatiek moeten zijn?
[Wanneer doelen zijn geformuleerd:]
- Wat zouden nu de hoofddoelen en de subdoelen moeten zijn?
- Wat zouden volgens u in ieder geval niet de doelstellingen moeten zijn van de groepsvoorlichting psychosomatiek?

Thema 3: Doelgroep [20 minuten]

Thema 3: Doelgroep

Met de doelstellingen voor ogen, moeten we bedenken op welke doelgroep de voorlichting psychosomatiek zich moet gaan richten.

- Voor welke groepen alloctonen is de voorlichting psychosomatiek geschikt en in hoeverre moet rekening gehouden worden met de mogelijke gevolgen daarvan?
[FLAPOVER]
? mannen/vrouwen;
? ouderen/volwassenen/jongeren (eerste/tweede/derde generatie);
? vluchtelingen & asielzoekers/arbeidsmigranten;
? mannen/vrouwen.
- Op welke van de genoemde groepen zou de prioriteit moeten liggen?

Thema 4: Inhoud [30 minuten]

Thema 4: Inhoud

Nu de doelstellingen en de doelgroep bekend zijn, willen we graag de onderwerpen van de voorlichting psychosomatiek concreter maken.

- Welke onderwerpen moet de voorlichting psychosomatiek wel behandelen en welke niet?
[Mocht hier niets uitkomen, dan heeft Suzanne voor een A4tje waarop de onderwerpen staan, die momenteel worden behandeld en waarvan gewenst is dat zij in de toekomst in de voorlichting psychosomatiek worden opgenomen]

Uit de literatuur blijken een aantal aspecten vaak oorzakelijk te zijn aan het ontstaan van psychische en lichamelijke klachten van allochtonen. Deze aspecten zijn **[FLAPOVER]**:

- Bagage van de migrant:
 - Migratiemotieven:gedwongen (vluchteling/asielzoeker) of vrijwillig (gastarbeider);
 - Verwachtingen van het westerse Nederland;
 - Opleidingsniveau & analfabetisme.
- Adaptatie, werk & huisvesting en sociale steun in Nederland.
- Conflicten tussen de eerste en tweede generatie;
- Culturele verschillen in opvattingen over ziekte en gezondheid:
 - Somatiseren;
 - Betekenis & beleving van ziekte(beeld);
 - Behoefte aan medicijnen (bij een consult);
 - Contact met de gezondheidszorg of hulpverlening.

- In hoeverre moet de voorlichting psychosomatiek rekening houden of aandacht schenken aan deze aspecten?

Thema 5: Naamgeving [5 minuten]

- Wat zou tot slot een goede, duidelijke, pakkende, allesomvattende titel zijn van de toekomstige voorlichting psychosomatiek?

Afsluiting [5 minuten]

- Bedanken
- Vervolg toelichten.

Volgende week is er een focusgroep over geschikte methodieken & voorlichtingsmaterialen. Vervolgens zullen we de resultaten van de focusgroepen analyseren en samenvoegen met resultaten uit deelonderzoek 2. De aanbevelingen zullen geschreven worden. Het streven is om in de eerste week van november dit project af te ronden. U wordt over de resultaten tzt geïnformeerd.

- Reiskostenvergoeding: Degenen, die graag hun reiskosten willen vergoeden kunnen een envelop afhalen bij Suzanne. De declaratie wordt alleen in behandeling genomen als originele vervoersbewijzen worden aangehecht en als het formulier helemaal wordt ingevuld.

Bijlage 5: Vragenschema focusgroep 2

“Materialen & methodieken van de voorlichting psychosomatiek”

Kennismaking [5 minuten]

- Welkom, koffie & thee, naambordjes laten invullen;
- Kort voorstelrondje: naam en functie
- Checken of iedereen de toegestuurde informatie heeft gelezen
- Deelonderzoek 2 kort toelichten (=aanleiding van de focusgroep): **Suzanne**

Zoals u heeft kunnen lezen in de toegestuurde informatie, zijn we de afgelopen maanden bezig geweest met het evalueren van de voorlichting psychosomatiek, die door allochtone voorlicht(st)ers, VETC-ers genaamd, aan allochtone doelgroepen in Den Haag gegeven wordt. Dit alles in het kader van Voorlichting in Eigen Taal en Cultuur. Er zijn 15 VETC-ers en 2 VETC-coördinatoren geïnterviewd. Nu de evaluatie achter de rug is, is het tijd om te kijken naar de toekomst.....

- Doel van de focusgroep toelichten: brainstorm voorlichtingsmaterialen en methodieken.

Met behulp van deze bijeenkomst willen we een lijst van voor deze voorlichting geschikte voorlichtingsmaterialen en methodieken opstellen. Daarom zullen we achtereenvolgens praten over

[FLAPOVER]:

- Mogelijke voorlichtingsmaterialen;
- Mogelijke methodieken;
- De expertise, die de mensen die deze voorlichting geven nodig hebben om de materialen en methodieken toe te passen/ te gebruiken.

- Om de informatie uit deze bijeenkomst goed te kunnen onthouden, willen we u vragen of we deze bijeenkomst mogen opnemen op band. Deze wordt na afloop van het onderzoek vernietigd.

Inleiding: onderwerpen binnen de voorlichting psychosomatiek [10 minuten]

Om een beter beeld te krijgen van de voorlichting psychosomatiek, waarvoor vandaag materialen en methodieken moeten worden bedacht, allereerst een opsomming van onderwerpen binnen de voorlichting psychosomatiek. Deze heeft u ook toegestuurd gekregen. **[FLAPOVER en uitdelen].**

Thema 1: Voorlichtingsmateriaal [35 minuten]

Het eerste thema betreft het voorlichtingsmateriaal. We willen u eerst meenemen naar de doelgroep, waarmee de voorlichting psychosomatiek te maken heeft. Een doelgroep, met bijzondere achtergronden:

[FLAPOVER]

- Bagage van de migrant:
 - Migratiemotieven: gedwongen (vluchteling/asielzoeker) of vrijwillig (gastarbeider);
 - Verwachtingen van het westerse Nederland;
 - Vaak een laag opleidingsniveau & analfabetisme.
- Problemen met aanpassing, werk & huisvesting en lage sociale steun in Nederland.
- Conflicten tussen de eerste en tweede generatie;
- Culturele verschillen in opvattingen over ziekte en gezondheid:
 - Allochtonen hebben de neiging meer te somatiseren, dan autochtonen;
 - Betekenis & beleving van ziekte(beeld), de betekenis & beleving van ziekte verschilt in Nederland met het thuisland;
 - Behoeftte aan medicijnen (bij een consult). Allochtonen hebben bij bezoek aan een arts behoefte aan het verkrijgen van medicijnen;
 - Contact met de gezondheidszorg of hulpverlening. Allochtonen ondervinden moeite in de weg naar de gezondheidszorg en de vrij directe omgang met artsen en hulpverleners.

- In hoeverre zouden voorlichtingsmaterialen rekening moeten houden met deze achtergronden en zo ja op welke manier?

Momenteel bestaat het voorlichtingsmateriaal bij de voorlichting psychosomatiek uit **[FLAPOVER]**:

- Twee video's: "Zorg en pijn, toch helpt geen medicijn (1989)" & "Mijn maag is als een steen van angst (1984)".
Taal: Turks of Arabisch gesproken, Nederlands ondertiteld.
- Brochure: "Wat zijn spanningsklachten" (1999).
Taal: Turks/Nederlands, Arabisch/Nederlands.
- Wandplaat over gezonde voeding (met 1 voor psychosomatiek bruikbare afbeelding van een weegschaal) (1996).

Deze materialen zijn verouderd en niet meer bruikbaar voor de zojuist omschreven doelgroep.

- Aan u nu de vraag wat voor soort voorlichtingsmaterialen of welke voorlichtingsmaterialen, bij voorkeur vernieuwend, kunnen worden ingezet bij de voorlichting psychosomatiek?

(Indien nodig op gang helpen: video's, folders, wandplaten, deskundige uitnodigen, foto's, spelvormen, cd-rom, dvd, weegschaal, touw)

Thema 2: Methodieken [35 minuten]

Thema 2 is methodieken.

De VETC-ers brengen de informatie over met behulp van verschillende methodieken, bijvoorbeeld een discussievorm of een vraag-antwoord gesprek. Er is in het kader van groepsvoorlichting behoefte aan interactieve methodieken.

- Welke (interactieve) methodieken zouden kunnen worden ingezet bij de voorlichting psychosomatiek?
- Welke methodieken zijn voorhanden om een eventueel stigma/taboe/schaamte op het onderwerp psychosomatiek te doorbreken?
- Welke methodieken zijn bruikbaar om een voorlichting over een moeilijk onderwerp als psychosomatiek mee te beginnen?

(Indien nodig op gang brengen: lezing, demonstratie, vraag-antwoordgesprek, discussie, quiz, stellingen, casus, rollenspel, uitwisselen van ervaringen, individuele opdrachten, groepsopdrachten)

Thema 3: Rol van de VETC-er [30 minuten]

Thema 3: Rol van de VETC-er

De voorlichting psychosomatiek wordt uiteindelijk gegeven door een VETC-er, een allochtone voorlichter of voorlichtster. Zij moeten dus in staat zijn om de informatie op een juiste manier over te brengen.

- Wat is de specifieke expertise van de mensen, die de voorlichting psychosomatiek moeten geven, dus van de VETC-ers, om de voorlichtingsmaterialen en methodieken om te kunnen buigen naar de praktijk?

Afsluiting [5 minuten]

- Bedanken
- Vervolg toelichten.

We zullen de resultaten van de focusgroepen analyseren en samenvoegen met resultaten uit deelonderzoek 2. De aanbevelingen zullen geschreven worden. Het streven is om in de eerste week van november dit project af te ronden. U wordt over de resultaten indien gewenst t.z.t. geïnformeerd.

- Reiskostenvergoeding: Degenen, die graag hun reiskosten willen vergoeden kunnen een envelop afhalen bij Suzanne. De declaratie wordt alleen in behandeling genomen als originele vervoersbewijzen worden aangehecht en als het formulier helemaal wordt ingevuld.