

“Nieuwe Sporen”

Een vernieuwend project in de Haagse binnenstad: uiteenlopende deskundigheden als uitgangspunt van geestelijke gezondheidszorg.

Cor Hoffer in *Epidemiologisch Bulletin*, jaargang 35 nr. 2, 2000.

In verschillende publicaties constateert men dat de reguliere zorg en hulpverlening niet aansluiten op de behoeften en wensen van allochtone patiënten. Daarbij doelt men vooral op de allochtone bewoners van achterstandswijken in de grote steden. Zij zouden in relatief zwakkere sociaal-economische posities verkeren, vaker ziek zijn en een verhoogde kans hebben op psychische problemen. Het zijn de huisartsen die daar in eerste instantie mee geconfronteerd worden, als zij er al van horen. Bovendien stelt men dat er weliswaar diverse projecten zijn opgezet, maar dat die niet het gewenste effect hebben (1)(3)(4)(5)(6).

Op basis van deze signalen hebben - op initiatief van de Stichting Ondersteuning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (STIOM) - een aantal reguliere hulpverleners en vertegenwoordigers van allochtone groeperingen in de Haagse binnenstad (Schilderswijk, Transvaalbuurt, Oude Centrum en Stationsbuurt) eind jaren negentig de handen ineengeslagen en gezamenlijk voor een nieuwe aanpak gekozen. Na enkele ontmoetingen, waarin de visies en wensen van alle betrokkenen zijn geïnventariseerd, heeft men op basis van een gedegen voorbereiding een project opgezet onder de naam: “Nieuwe Sporen” (13). Centraal daarin staat het inzicht dat voorgaande inspanningen te zeer van bovenaf zijn opgelegd, waarbij men onbedoeld voorbijging aan de wensen en de participatie van de hulpvragers. Met dit project hoopt men te komen tot een vorm van samenwerking tussen reguliere hulpverleners en zogenoemde “vertrouwenspersonen”, die een gezaghebbende status in de betrokken gemeenschappen hebben.

Het doel van dit artikel is om informatie te verschaffen over de inhoud en de dagelijkse werking van *Nieuwe Sporen*. Daarbij baseer ik mij op documenten die rond het project zijn verschenen én op gesprekken met twee projectleiders, drie huisartsen, twee zogenoemde “vertrouwenspersonen” en twee patiënten. Ook maak ik gebruik van informatie

uit eerdere onderzoeken (7).

De opzet van het artikel is als volgt. Allereerst beschrijf ik aan de hand van een casus op welke manier hulpvragers in genoemde wijken proberen om te gaan met gezondheidsproblemen. In aansluiting daarop zet ik uiteen op welke vormen van formele en informele hulpverlening men een beroep kan doen. Daarna geef ik een beschrijving van het doel, de opzet en de uitvoering van *Nieuwe Sporen*. Aangezien het project nog in een beginstadium verkeert, is het nog te vroeg voor een vergaande evaluatie. Desondanks geef ik in een slotbeschouwing aan welke leringen men kan trekken uit de eerste ervaringen.

Hulpzoekgedrag: een casus

Een Turkse vrouw van 38 jaar is op haar elfde naar Nederland gekomen, waarbij zij bij haar vader en stiefmoeder introk. Nadat ze de huishoudschool had voltooid, heeft ze vanwege problemen met haar stiefmoeder weer een jaar in Turkije bij haar oma gewoond. Vervolgens is zij met haar verloofde naar Nederland gekomen en zijn zij hier getrouwd. Inmiddels hebben ze vier kinderen. Ongeveer een half jaar na hun huwelijk kreeg zij problemen met haar man:

“Hij werkte in de tuinbouw. Hij ging ‘s morgens om zes uur weg en kwam heel laat thuis. Het gebeurde ook wel dat hij vrijdagochtend vroeg wegging en dan zondagnacht om bijvoorbeeld vier uur thuis kwam. Dan ging hij met zijn schoenen op de bank slapen. Hij sloeg mij ook weleens met een stok. Tegen mij zegt hij als hij agressief is: ‘ik ben zo en anders moet je maar oprotten’”

Na negen jaar ellende ging het beter:

“Op een gegeven moment heb ik met een vrouw kennis gemaakt. Die vertelde dat haar man een groepje leidde, die bij hun thuis wat praatten en koran lezen. Mijn man is daar toen ook naar toegegaan en soms kwamen ze

bij ons. Hij heeft dat ongeveer vier jaar gedaan en het ging veel beter. In die tijd zijn we ook naar Mekka geweest. En hij ging weer naar de moskee. Alles leek wel een heel andere wereld. Maar de laatste jaren gaat hij er niet meer heen. Het gaat weer veel slechter. Ik merk aan hem dat hij weer gokt en dat hij schulden heeft. Als je geen problemen hebt, dan ben je gezellig. Maar mijn man lacht niet en is niet gezellig. Soms is hij agressief. Hij slaat mij nu niet meer en hij vloekt niet meer. Maar hij scheldt wel hartbrekend. Ik heb gehoord dat mijn zoon ook gokt. Ik heb zoveel meegemaakt. Ik ben blij dat ik niet gek geworden ben.”

Dat laatste zegt ze te danken te hebben aan de steun die ze in het geloof heeft gevonden:

“Ik droom heel veel. Jaren geleden kwam er dan een man, die mij bij mijn keel greep. Het gebeurde als ik alleen was, als ik veel verdriet had en als ik alleen sliep. Maar het gaat nu beter sinds ik hier boekjes over lees. Daarin staan verzen uit de koran en waarvoor je die moet lezen. Op een gegeven moment ben ik elke dag en soms ook ‘s nachts sûra’s gaan lezen (een sûra is een hoofdstuk uit de koran, C.H.). Daarom ging het ook beter. Als men dan iets zegt dan denk je jammer. Ik ben steeds meer gaan lezen. Anders was ik al lang gek geworden. Het was een hele opluchting. Ik had hele goede dromen en van binnen brandde niets meer. Soms komt er nu een man in mijn dromen, die zegt dat ik geduld moet hebben (...). Je weet dat God overal is en bij jou. Ik heb ook weleens in de wolken gezien welke sûra ik moest lezen. Ik heb hele mooie dingen gezien (...). Over mijn man denk ik nu: ‘ik vind het zielig wat je doet, dat een mens dat doet’. Ik vind het heel erg voor hem dat hij dat doet.”

De laatste jaren gaat het echter weer slechter:

“Mijn zoon is nu agressief en mijn man is ook weer zo. Vroeger heb ik heel veel gelezen. Nadat ik daarmee stopte is het weer begonnen. Ik weet dat het door mij is gekomen. (...) In een droom stond er een vrouw op het balkon. Ik heb haar binnengehaald en zij zei tegen mij: ‘je leest niet meer zoals vroeger’.”

De vrouw neemt zich voor om weer in genoemde boeken te gaan lezen. Maar daarnaast zoekt zij steun bij enkele buurvrouwen, met wie zij het gezellig zegt te hebben en met wie zij af en toe kan praten.

Ook heeft zij in de loop der jaren enkele *hoca’s* (islamitische genezers) bezocht en consulteert zij af en toe haar huisarts voor klachten als hoofdpijn, maagpijn en pijnlijke benen.

Deze casus illustreert hoe een willekeurige Turkse vrouw in de Haagse binnenstad op eigen wijze probeert om te gaan met haar sociale en psychische problemen. Zij zoekt steun in haar omgeving, verdiept zich in het geloof en consulteert zowel reguliere als alternatieve hulpverleners. Haar hulpzoekgedrag is een treffende uiting van het geleidelijk ontstaan van wat Peeters noemt “*een pluralistisch systeem van gezondheidszorg*” (2). Daarmee doelt hij op het feit dat onder invloed van migratie uiteenlopende medische verklaringsmodellen naast elkaar komen te staan en zich soms met elkaar vermengen. Peeters wijst er op dat sommige medische opvattingen na de migratie blijven voortbestaan en andere veranderen. Hij schrijft dit toe aan het feit dat patiënten opportunistisch handelen en gebruik maken van de diverse mogelijkheden, die er op medisch gebied in hun directe omgeving voorhanden zijn. Soms hanteren sommigen van hen bijvoorbeeld bovennatuurlijke ziekteconcepties en soms biomedische opvattingen (8).

Nieuwe vormen van hulpverlening

Naast en in reactie op het hulpzoekgedrag van mensen met ziekte en problemen ontwikkelen zich in de migratiesituatie eveneens nieuwe vormen van informele en formele hulpverlening. Enkele voorbeelden.

Een Surinaams-Hindostaanse moslimvrouw van 50 jaar is in 1975 naar Nederland gekomen. Zij heeft hier allerlei banen gehad en werkt momenteel als leerkracht op een basisschool. Daarnaast doet zij al zo’n vijftien jaar aan vrijwilligerswerk. Ze is voorzitter van een vrouwenvereniging. Als zodanig komt zij op voor de belangen en emancipatie van allochtone vrouwen in de Nederlandse samenleving. Ze vertelt:

“We hebben een knipcursus, een cursus Arabisch, lessen Hindi, Nederlands en we doen aan gezondheidsvoorlichting. We proberen de participatie van vrouwen aan de samenleving te bevorderen. We stimuleren ze bijvoorbeeld om mee te doen op scholen en in buurthuizen. Dat is ook goed voor de kinderen. We proberen vrouwen zich verder te laten ontwikkelen. We doen aan budgetteren, de aanpak van puber-

teitsproblemen en bedplassen.”

Een belangrijk onderdeel van haar werk voor de vrouwenvereniging is wat zij noemt “leedbestrijding”:

“Ik doel op het leed dat het gevolg is van bijvoorbeeld ruzies van vrouwen met hun man of met hun kinderen. Ik vind dit eigenlijk wel het meest belangrijke dat ik tegenkom in de omgeving waar ik werk. Vrouwen zien mij al vijftien jaar in de wijk bewegen. Als ik ze dan tegenkom vraag ik: ‘hoe gaat het met je?’ Als ze dan zeggen dat het niet zo goed gaat, dan zeg ik: ‘als je wilt uitpraten dan mag dat hoor. Ik wil best tijd voor je vrij maken.”

Op de vraag waarom zij dit werk doet antwoordt ze:

“Ik vind dat je tijd voor je medemens moet nemen. Wie weet help je maar voor één persoon bijvoorbeeld te voorkomen dat zij zelfmoord pleegt. Dan zou je al één leven redden. (...) God heeft ons allemaal geschapen en mensen van verschillende geloven moeten zo goed mogelijk met elkaar om gaan. Het is immers de doelstelling van alle geloven om van een mens een goed mens te maken. (...) Ik doe het uit liefde voor de wereld, voor de mensheid. (...) Je moet mensen liefdevol benaderen, dan krijg je het ook terug. Belangrijk is om te weten hoe je naar mensen toegaat. Ik ben altijd erg praktijkgericht. Ik vind dat je moet doen en niet leren of denken.”

De diverse voorbeelden van “leedbestrijding” die zij noemt, hebben betrekking op relationele- en opvoedingsproblemen, waarbij dikwijls ook psychische en psychosomatische klachten optreden. Culturele aspecten spelen soms ook mee, zoals uit het volgende voorbeeld van haar blijkt:

“Ik kwam eens een Surinaamse hindoe-dame tegen. Zij was psychisch kapot. Volgens haar was haar iets aangedaan, via magie. Ik heb naar haar geluisterd en naar haar leven gevraagd. Ze vertelde dat zij in Suriname altijd heel hard had gewerkt. Op een gegeven moment is zij naar Nederland gekomen. Ze leefde zonder man en kwam op een heel klein kamertje terecht. Omdat de helft van haar kinderen nog in Suriname woonden en de andere helft hier, ging ze piekeren. En ze kreeg chronische pijnen. Ik heb tegen haar gezegd: ‘vind je het gek. Je hebt altijd hard gewerkt en nu ga je ineens niets doen. Ik zal werk voor je gaan zoeken. Dat heeft je lichaam nodig.’ Ze kon bijvoorbeeld ‘s nachts niet meer slapen

en dan denkt zij dat het met voodoo te maken heeft. Maar wat wil je, ze zat vol energie. Dus het had helemaal niets met voodoo te maken. Ze is bij ons lessen Hindi en Nederlands gaan volgen. Voor zulke vrouwen hebben we ook praatgroepen.”

Hoewel het werk van deze Surinaamse hulpverleenster zogenaamd “informeel” geschiedt, kan het voor de betrokken vrouwen van grote betekenis zijn. Vanuit haar levens- en geloofservaring biedt de vrouw hun een luisterend oor, sluit zij aan bij hun belevingswereld en reikt zij hun mogelijkheden aan om op een andere manier met hun situatie om te gaan. Ook leert zij hen hoe zij aansluiting kunnen vinden bij de manier waarop de Nederlandse samenleving momenteel functioneert.

Als gevolg van migratie en andere sociale en culturele ontwikkelingen verandert ook de formele hulpverlening, zoals die in Nederland is geïnstitutionaliseerd in onder meer de huisartsengeneeskunde, het maatschappelijk werk en de psychiatrie. Er ontstaat bijvoorbeeld kritiek op de conventionele manier van denken en handelen in de formele medische sector. Zoals ik in de inleiding heb opgemerkt geldt dit met name voor de zorg voor allochtonen in achterstandswijken, waarbij aanbod en vraag niet goed op elkaar aansluiten. In een poging om die kritiek op een positieve manier in beleid om te zetten heeft men - onder leiding van STIOM - in de Haagse binnenstad het project *Nieuwe Sporen* opgezet. Het wordt gefinancierd met middelen uit het Grote Stedenbeleid. Naar aanleiding van een conferentie van hulpverleners en gezaghebbende personen uit migrantengroeperingen in 1996, heeft men een projectopzet gemaakt. Vervolgens is via gesprekken geïnventariseerd hoe samenwerking tussen hulpverleners en sleutelpersonen in de wijken vorm kan worden gegeven. Daarna is een projectleider aangesteld. Een initiatiefnemer vertelt:

“Nieuwe Sporen gaat uit van de erkenning, dat er verschillende vormen van deskundigheid bestaan. Alleen door hiervan gebruik te maken is een oplossing mogelijk voor de psychosociale problematiek van allochtonen. (...) Een centrale rol spelen een vijftiental sleutelfiguren uit de verschillende Haagse migrantengemeenschappen. Het gaat hier om zeer betrokken imams, pandits en andere personen die een zeker gezag hebben in de gemeenschap. Zij vervullen in de praktijk

vaak zowel de rol van vertrouwenspersoon, van informele hulpverlener en van intermediair. Deze sleutelfiguren worden door ons ondersteund in deze rollen; dat kan zijn in de vorm van het aanbieden van werkruimte of het verstrekken van onkostenvergoedingen. Daarnaast worden zij wegwijz gemaakt in de reguliere hulp. Er worden contacten gelegd met hulpverleners op wie deze sleutelfiguren een beroep kunnen doen voor informatie en advies. Andersom worden ook de hulpverleners gemotiveerd gebruik te maken van de kennis en ervaring van de sleutelfiguren.”

Nieuwe Sporen omvat vier fasen: a. onderzoek, b. implementatie, c. herziene implementatie en d. invoering. De voortgang van het project staat onder beheer van een zogenoemde Stuurgroep, waarin vertegenwoordigers van de volgende instanties zitting hebben: de Gemeente Den Haag, de huisartsenzorg, het maatschappelijk werk, het psycho-medisch centrum Parnassia, de moskeeën en de Stedelijke Adviesraad Den Haag. Inmiddels loopt het project anderhalf jaar en bevindt het zich in de implementatiefase. Er is een lijst aangelegd met namen en adressen van “vertrouwenspersonen” in de wijken. Indien gewenst kunnen reguliere hulpverleners een beroep op hen doen. De vertrouwenspersonen komen één keer in de drie maanden voor onderling overleg bij elkaar. Ook bespreken zij casuïstiek met leden van de Stuurgroep. Binnen de groep vertrouwenspersonen is inmiddels ook een kerngroep (“*de rabitah*”) van actieve leden ontstaan, die zich over relevante thema’s en toekomstplannen buigen. Ook zijn er inmiddels vier vertrouwenspersonen, die spreekuur houden in gezondheidscentra en buurthuizen. Hierover zegt de projectleider:

“Wij signaleerden een aantal knelpunten bij de vertrouwenspersonen. Zij werkten bijvoorbeeld vanuit hun thuissituatie. Dat was soms problematisch. Daarom was het goed om voor hen een bepaalde locatie te kiezen waar zij regelmatig aanwezig zijn en waar zij de gelegenheid hebben om laagdrempelige hulp te bieden. Daarmee sla je ook meteen een brug naar de reguliere sector. Zij zitten als het ware in het hol van de leeuw. (...) De vertrouwenspersonen die inmiddels spreekuur houden zijn heel tevreden. Zij voelen zich gerespecteerd. (...) Verder proberen we een kleine financiële vergoeding te geven. We moeten ons realiseren dat het om vrijwilligers gaat die dit doen in hun vrije tijd, naast hun baan, gezin en zorg

voor familie. De imam is soms heel veel tijd kwijt met bijvoorbeeld het schrijven van een koranvers voor een amulet. Dan is het goed als daar een kleine onkostenvergoeding en deskundigheidsbevordering tegenover staan.”

De deelnemers aan het project ontvangen een vergoeding van fl. 12,50 voor aanwezigheid op bijeenkomsten. Daarnaast krijgen de actieve leden (degenen die spreekuren houden en de leden van de kerngroep) een bedrag van fl. 150,- per maand.

De spreekuren worden volgens de projectleider vrij druk bezocht, waarbij af en toe ook onderlinge verwijzingen tussen reguliere en informele hulpverleners plaatsvinden. Eén van de vertrouwenspersonen die (iedere vrijdagmiddag) in een buurthuis spreekuur houdt, is de eerdergenoemde Surinaamse hulpverleenster. Zij vertelt dat ze soms twee of drie mensen ontvangt en soms niemand. Het gaat vooral om vrouwen.

Een andere vertrouwenspersoon die (twee keer per maand een ochtend) spreekuur houdt in een gezondheidscentrum, is een Marokkaanse imam. In Marokko heeft hij destijds een opleiding tot imam gevolgd. Hij kent de koran uit zijn hoofd (hij is *hafiz*) en heeft de *hadith* (opgetekende verhalen over uitspraken en handelingen van de profeet Mohammed) bestudeerd. Vervolgens heeft hij dertien jaar als imam in Marokko gewerkt. Daarbij ging hij voor in het gebed, voerde hij religieuze rituelen uit en gaf hij koranles aan kinderen. Naast die functie heeft hij zich toegelegd op de bestudering van historisch belangrijke medische tradities als de Arabisch-islamitische geneeskunde en de profetische geneeskunde (9)(10). Op zijn 27ste besloot hij, in het kielzog van vele landgenoten, naar Nederland te migreren. Dit had te maken met het feit dat hij als onbetaalde religieuze functionaris nauwelijks kon rondkomen. In Nederland heeft hij als afwasser en schoonmaker gewerkt. Sinds enkele jaren is hij met de VUT. Naast zijn werk is hij in Nederland af en toe actief geweest als vervanger van imams in moskeeën. Bovendien heeft hij altijd geprobeerd om mensen te helpen, die ziek waren of problemen hadden. Zijn kennis van genoemde medische tradities kwam hem daarbij goed van pas. Die therapeutische activiteiten beperkte hij tot voor kort tot zijn familie- en kennissenkring. Maar sinds hij actief is in genoemd project heeft hij het drukker en behandelt hij ook onbekenden.

Op zijn spreekuur in het gezond-

heidscentrum ontvangt de imam gemiddeld drie mensen. Het gaat om 75 % vrouwen en 25 % mannen. De helft van de patiënten die de imam consulteert, komt na verwijzing door een huisarts en de andere helft op eigen initiatief. De klachten waarmee men zich tot de imam wendt zijn uiteenlopend: hoofd- buiken rugpijn, duizeligheid, huidirritatie, aambeien, nachtmerries, bedplassen van kinderen, onvrijwillige kinderloosheid, slapeloosheid, seksuele problemen, weggelopen kinderen. De oorzaken van de klachten hebben volgens de imam te maken met “slecht bloed, het ontbreken van de juiste balans in de voeding, het niet in harmonie leven en boze geesten”. De behandelingen bestaan uit het voorschrijven van kruiden, het geven van voedingsadviezen en soms het verschaffen van amuletten (waarin koranverzen zijn verwerkt).

Nieuwe Sporen: voorlopige stand van zaken

De uitvoerders van het project leggen de nadruk op het experimentele karakter ervan. Zo zegt eerdergenoemde initiatiefnemer:

“Per jaar wordt tot verdere financiering besloten, maar het project zal zo’n vier jaar gaan draaien. Wat er daarna komt hangt af van de loop van het project. Het is ook een incrementeel proces, dat wil zeggen dat het stap voor stap gaat en dat je niet weet hoe het zal lopen. Het is een voortdurend zoeken naar wat het beste is. De resultaten tot nu toe zijn veelbelovend. We gaan daarom door met ‘bouwen’. Dit project is uniek in Nederland. Vele ogen zijn op ons gericht. Niettemin zullen de echte resultaten nog wel even op zich laten wachten. Dit is geen project om snel te ‘scoren’. Het is een investering, die pas op de middellange termijn zijn vruchten gaat afwerpen.”

Vooralsnog is men tevreden over de eerste ervaringen. In de woorden van de projectleider:

“Ik sta er nog volledig achter. Nieuwe Sporen heeft een signaleringsfunctie. Er liggen heel veel krachten bij de vertrouwenspersonen in de gemeenschap. Neem het voorbeeld van die Surinaamse mevrouw. Met haar vereniging heeft zij te maken met veel allochtone vrouwen die kampen met psychosomatische klachten, die vooral voortkomen uit hun geïsoleerde positie van thuiszitten. Die vrouw wil daar iets aan doen en komt op eigen initiatief bij mij met

een plan: het gaat om het coördineren van vrijwilligers onder allochtone vrouwen, die tegen een kleine onkostenvergoeding kunnen worden ingezet binnen allerlei reguliere instellingen, buurthuizen en zorgcentra. Zij geeft aan dat zij daar geld voor nodig heeft. Ik koppel dat dan terug naar iemand uit de Stuurgroep en iemand van een Haagse organisatie die fondsen verschaft aan projecten van vrijwilligers. Vervolgens zijn die personen met die mevrouw gaan praten en hebben haar gevraagd wat ze precies wil. In zulke situaties probeer ik de nodige contacten te leggen, zodat mensen ondersteuning krijgen.”

Naast positieve ontwikkelingen houdt de projectleider ook zoveel mogelijk rekening met suggesties voor verbetering. Zo vernam zij van sommige vrouwen dat het project momenteel te zeer gericht is op mannen, terwijl de posities van vrouwen en jongeren onderbelicht zouden blijven. Ook zou *Nieuwe Sporen* te sterk georiënteerd zijn op imams. De projectleider neemt deze signalen serieus en gaat daar de komende periode aan werken.

Het winnen van vertrouwen van de diverse betrokkenen is een ander punt dat voortdurend haar aandacht vraagt. In dit verband heeft men de spreekuren en de onkostenvergoeding ingesteld. Men vindt dat er iets tegenover de inspanningen van de betrokkenen moet staan. Ook wil men voorkomen dat er onvrede ontstaat bij de vertrouwenspersonen, hun gezin en hun achterban (11). Desondanks rezen er op een gegeven moment problemen met de imam, die spreekuur houdt. Hij zei dat hij vroeger gratis kruiden verstrekke, maar dat hij daar door het toenemend aantal patiënten niet mee door kan gaan. Hij moet ze namelijk zelf ook kopen. Vervolgens is besloten dat de imam aan patiënten een vergoeding van fl. 25,- mag vragen, die zij zelf moeten betalen. Ook de Surinaamse hulpverlenster heeft moeite met de onkostenvergoeding. Ze zegt er geld bij te moeten leggen, bijvoorbeeld voor vervoerskosten en andere onkosten.

Daarnaast komt het doorverwijzen moeizaam van de grond. Zowel genoemde Marokkaanse imam als de Surinaamse vrouw vertellen met enige teleurstelling dat de reguliere hulpverlening nog nauwelijks patiënten naar hen doorverwijst. Dit laatste blijkt voor de reguliere hulpverleners een lastig punt. Ik heb gesprekken gevoerd met drie huisartsen van het gezondheidscentrum, waarin de imam spreekuur houdt. Twee van hen zijn terughoudend. De eerste zegt:

“Ik heb nog niet zoveel mensen naar hem verwezen. Ik zie problemen bij verwijzing. Ten eerste neem je als arts, als je iemand naar hem verwijst, een bepaalde verantwoordelijkheid op je. De imam is iemand die goed zijn best doet en integer is. Maar als je naar een beroepsgenoot verwijst, dan weet je naar wie je dat doet. Maar bij een imam is dat een totaal ander verhaal. Heeft hij bijvoorbeeld een beroepsgeheim? En hoe gaat hij daar mee om? Als mensen zelf een imam zoeken dan is dat hun eigen keus. Dat is iets anders dan wanneer jij als arts naar een imam verwijst. Ten tweede vraag ik mij af wat zijn deskundigheid is. (...) Ik verwijs daarom niet rechtstreeks, maar suggereer in de trant van: ‘misschien zou u eens met een imam kunnen praten. Wij hebben er hier een zitten, u kunt naar hem toe als u dat wilt.’ Ten derde zijn het religieuze leiders. En ik kan niet van iedereen weten hoe streng ze in de leer zijn. In bepaalde gevallen, bijvoorbeeld bij opvoedingsproblemen, moet je dat toch weten. (...) Ik weet het niet. Ik heb het gevoel dat je het alternatieve alternatief moet laten. Het feit dat mensen zelf iets zoeken en vinden is al belangrijk. Dat is bijvoorbeeld anders dan in de reguliere zorg, waar alles geregeld wordt. Mensen raken dan verloren in grote instituten. Bij alternatieve genezers krijgen patiënten meer aandacht. Ze interpreteren die aandacht ook anders. Bovendien hebben zulke genezers vaak een verhaal. Als je bijvoorbeeld iriscopisten neemt, waar ik zelf overigens helemaal niet in geloof, dan zie je dat ze mensen aan de hand van hun diagnoses een heel verhaal voorleggen. Zij zien daar dan iets in. Gaan wij ons nu met zulke alternatieve therapieën bezighouden, dan doe je misschien wel een deel van de werking teniet.”

De tweede huisarts zegt:

“Ik denk dat islamitische genezers, zoals deze imam, een plaats in de samenleving hebben. Het kan voor mensen helpen doordat ze een verklaring voor hun ziekte of problemen krijgen. Zulke genezers geven klachten een plaats, ze brengen zielenrust en ze bieden patiënten de gelegenheid om een bepaalde schuld af te schuiven. Ik ken mensen die er echt van zijn opgeknapt. (...) Maar ik ben niet in staat om patiënten naar de imam bij ons in het gezondheidscentrum te verwijzen. Ik heb totaal geen zicht op de kwaliteit. Je moet niet vergeten dat er ook een hoop oplichters bij zitten. Ook vanuit medisch-ethisch opzicht vind ik het beter als ik mij op de vlakke houd. Ik heb absoluut niet de deskundigheid om criteria voor kwaliteit aan te leggen. (...) De

imam is volgens mij wel integer. Maar ik heb nog niemand naar hem verwezen en ik zie ook geen reden om het wel te doen. Ik vind dat wij als reguliere hulpverleners binnen ons eigen kader, dus het biomedische model, moeten blijven werken en dat zo goed mogelijk moeten ontwikkelen. Dat vind ik belangrijker dan op zoek te gaan naar allerlei alternatieve zaken, die zich op een terrein bevinden waar wij niet deskundig in zijn. Een voorbeeld is dat wij sinds kort één middag per week een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van Parnassia in de praktijk hebben. Bij bepaalde patiënten denk je weleens: ‘er wrikt iets, maar ik kan er niet achter komen’. Die sociaal-psychiatrisch verpleegkundige haalt via een goede anamnese bepaalde zaken toch boven water. Het blijkt bijvoorbeeld dat mensen die aan een depressie lijden baat hebben bij gesprekken met die verpleegkundige, terwijl ik dan pillen voor kan schrijven. Andere voorbeelden van ontwikkelingen binnen ons eigen model in ons gezondheidscentrum zijn het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs, het aanstellen van een CARA-verpleegkundige en het migrantenspreekuur.”

De derde huisarts heeft inmiddels aan enkele patiënten voorgesteld om naar de imam te gaan, maar geeft wel grenzen aan:

“Ik spreek niet zo graag over verwijzen, omdat dat te actief klinkt. Er zijn patiënten met klachten waarvan je bij god niet weet hoe je verder moet. Of je hebt patiënten met atypische klachten zoals warme voeten en koude tenen, eenzijdige verlammingen, gevoelens, halfzijdige pijnen of sensaties of zogenoemde mieren in het hoofd. Nogmaals, ik stuur ze niet direct door maar breng het voorzichtig ter sprake. (...) Nu de Marokkaanse imam spreekuur in ons gezondheidscentrum houdt, zeg ik tegen sommige allochtone patiënten: ‘we hebben hier een imam in huis en hij vraagt geen geld, zou u niet eens met hem willen praten?’ Het gaat dus om patiënten, waarmee ik eigenlijk uitgedokterd ben. Normaliter, als het om Nederlandse patiënten gaat, zeg ik dan dat men naar een homeopathisch arts zou kunnen gaan of aan yoga kan gaan doen. Maar in het geval van allochtone patiënten zou dit wel eens kunnen werken. (...) De imam is een heel integer iemand. Maar hetgeen hij doet grenst een beetje aan het werken met kruiden en bidden met behulp van de koran. Ik denk dat hij maar voor een beperkte groep patiënten van mij van dienst kan zijn. (...) Ik zou weleens contact willen hebben met een imam die -

vanuit zijn cultuur - ouders die problemen hebben met hun kinderen zou kunnen leren hoe ze dat moeten aanpakken. Zulke mensen stuur ik niet naar de imam, die bij ons spreekuur houdt. Want voor opvoedingsproblemen is hij denk ik ook niet geschikt. Hetzelfde geldt trouwens voor patiënten met psychiatrische problemen. Ik heb namelijk begrepen dat de imam vindt dat mensen die aan schizofrenie lijden zouden moeten stoppen met de medicijnen die ze van de RIAGG krijgen. Hij zou hebben gezegd dat zijn kruiden niet gecombineerd kunnen worden met medicijnen van de RIAGG. Daarom ben ik heel huiverig om mensen met psychische problemen naar hem te verwijzen. Kijk ik blijf in de eerste plaats een allopaat. Ik vind ook dat we daar eens met de imam over moeten gaan praten, in een soort evaluatie.”

Deze uitspraken illustreren dat er behoefte is aan discussie over de afbakening van medische en religieuze taken en verantwoordelijkheden. Het project leert bovendien dat er ook discussies ontstaan tussen vertrouwenspersonen onderling. Zo beschouwt de eerder genoemde Marokkaanse vertrouwenspersoon zichzelf als imam, omdat hij destijds in Marokko als zodanig is opgeleid. Een andere Marokkaanse imam (werkzaam bij een moskee) betwist dat. Dit hangt samen met het feit dat eerstgenoemde imam niet bij een moskee werkzaam is én met het afwijzende theologische standpunt dat de tweede imam inneemt tegenover de praktijken van de eerste imam (7).

Zoals gezegd is Nieuwe Sporen een experimenteel project. De initiatiefnemers waren zich ervan bewust dat zich, ondanks de gedrevenheid van betrokkenen, in de praktijk de nodige obstakels zouden voordoen. Door de kleinschalige opzet en de sterke gerichtheid op de praktijk hoopt men daar zicht op te houden en verbeteringen in aan te brengen. Men beschouwt het met recht als een “incrementeel proces”, waarbij men met vallen en opstaan tot vernieuwing van de zorg hoopt te komen. In lijn daarmee wil ik - als aanzet voor verdere discussie en evaluatie - in mijn slotbeschouwing aangeven welke lering men kan trekken uit de eerste ervaringen.

Slotbeschouwing

In een eerder nummer van dit tijdschrift geeft Nijhuis een intrigerende kennis-theoretische beschouwing over de huidige geestelijke gezondheidszorg voor allochtonen

in Nederland (4). Daarmee beoogt hij te komen tot een structurele vernieuwing van deze sector. In navolging van Pasanea (in hetzelfde nummer) wijst hij op de culturele grondslag van de reguliere geneeskunde in ons land. Hij schrijft dat kennis over de werkelijkheid op verschillende manieren kan worden verkregen. Door een combinatie van historische, sociale en culturele factoren domineert in onze samenleving de “wetenschappelijke” manier van kennis vergaren. De twee belangrijkste criteria daarbij zijn: causaliteit en objectiviteit. Dit op de natuurwetenschappen gebaseerde denken ligt ook ten grondslag aan de geestelijke gezondheidszorg.

Naar aanleiding van de signalen dat de huidige geestelijke gezondheidszorg niet aansluit bij de psychische situatie van allochtone patiënten stelt Nijhuis deze manier van denken ter discussie. Hij vraagt zich af of het conventionele wetenschappelijke denken in alle gevallen geschikt is om de complexe werkelijkheid van alledag adequaat te doorgronden. Als het bijvoorbeeld gaat om de zorg voor allochtonen is het volgens hem de vraag of het gangbare biomedische denken bruikbaar is om inzicht te verkrijgen in de psychische problemen die bij hen kunnen spelen. Dit denken gaat immers - juist door zijn “wetenschappelijke” aard - voorbij aan belangrijke factoren die een essentiële rol spelen bij het ontstaan van psychische problemen, namelijk persoonlijke geschiedenissen en maatschappelijke omstandigheden waarin mensen verkeren. Het begrijpen en doorgronden van die factoren vereist een meer “subjectieve” benadering.

Evenals Pasanea spreekt Nijhuis zich daarom uit voor het doorbreken van de dominantie van het biomedische model: “*Het genereren van kennis via andere, niet wetenschappelijke wegen dient ten minste gelijk te worden gewaardeerd als de standaardmethoden van onze moderne geestelijke gezondheidszorg.*” Als concreet voorbeeld noemt hij *Nieuwe Sporen*, waarvan hij zegt dat het “*het belang accentueert van de cultuureigen methodes, waarmee problemen worden begrepen en benaderd. Het verbindt de zienswijzen en methoden van ons autochtone zorgsysteem met die van zorgsystemen uit andere culturen*”.

Ik deel de zorg van Pasanea, Nijhuis en anderen over de huidige hulpverlening aan allochtonen. Ook ik vind dat er middels andere vormen van diagnostiek en therapie meer aandacht zou moeten komen voor de belevingsaspecten van ziekten. Het is dan ook lovenswaardig dat men juist door geregeld

overleg met gezaghebbende personen in de migrantengemeenschappen - via bijvoorbeeld *Nieuwe Sporen* - tot veranderingen wil komen.

Wat de haalbaarheid betreft vind ik dat Pasanea en Nijhuis echter te weinig oog hebben voor de sociale factoren, die ten grondslag liggen aan de door hen bekritiseerde dominantie van het biomedische model in onze samenleving. In hun analyse gaan zij namelijk voorbij aan het feit dat die dominantie niet alleen allochtone maar ook autochtone patiënten parten speelt. Niet voor niets nemen vele autochtone Nederlanders hun toevlucht tot alternatieve geneeswijzen (12). In hun analyse van wat er mis is in de hulpverlening aan allochtone patiënten, fixeren Pasanea en Nijhuis zich te zeer op de verschillen in culturen tussen “allochtone” hulpvragers en “autochtone” hulpverleners. Naast culturele factoren spelen sociale, politieke en economische factoren namelijk een minstens zo belangrijke rol. Anders gezegd, Pasanea en Nijhuis concentreren zich te zeer op het culturele niveau van het menselijk samenleven, terwijl zij het sociale niveau negeren (7). Hiermee doel ik op zaken als macht en belangen, die een rol spelen bij het in stand houden van de dominantie van het biomedische model. Indien bijvoorbeeld wordt gepleit voor een “gelijkwaardige” inbreng van “cultuureigen methodes”, dient men rekening te houden met die sociale feiten.

Wat dat laatste betreft verwijs ik naar de uitspraken van genoemde huisartsen. Redenerend vanuit het biomedisch paradigma stellen zij zich terughoudend op als het om doorverwijzen gaat. Voor een werkelijke “gelijkwaardige” bijdrage van bedoelde vertrouwenspersonen is er dan ook meer nodig dan het overbruggen van de grenzen tussen allochtone en autochtone culturen. Ook de grenzen tussen “reguliere” (formele) en “alternatieve” (informele) geneeswijzen en deskundigheden zouden doorbroken moeten worden. Dat zou een radicale transformatie van het huidige systeem van gezondheidszorg betekenen, hetgeen “gezien de huidige stand van zaken” voorlopig nog niet aan de orde is.

Hoewel dit laatste een zaak is van de lange termijn, kan *Nieuwe Sporen* desondanks worden gezien als een initiatief dat daar een eerste aanzet toe vormt. Ook daarvoor verwijs ik naar hetgeen genoemde huisartsen zeggen. Zij laten weliswaar duidelijk blijken vanuit het biomedisch paradigma te blijven werken, maar tegelijkertijd geven zij met voorbeelden aan dat daarbinnen veranderingen gerealiseerd kunnen worden. Tevens erkennen zij de maatschappelijke en medische betekenis van de inspanningen van informele vertrouwens-

personen. Daarbij doelen zij op de behandeling van ziekten en problemen, waarvoor zij zelf ook geen pasklaar antwoord hebben.

Voor het vervolg van *Nieuwe Sporen* is het daarom van belang dat reguliere hulpverleners en informele vertrouwenspersonen in onderling overleg uitmaken welke ziekten en problemen beiden het beste kunnen behandelen. Voortgaande casuïstiekbespreking lijkt hiervoor een zeer geschikt middel. Ook zou men moeten uitmaken wat beide partijen onder “deskundigheid” verstaan en waar elkaar’s grenzen liggen. Maar last but not least zal men via voortgezet onderzoek ook de belevingswereld van de patiënten een duidelijke plaats moeten geven. Het gaat immers in de eerste plaats om de zorg voor hen. Om dat te benadrukken sluit ik af met een casus van een Turkse vrouw van 28 jaar. Zij vertelt dat ze vijf jaar geleden ernstig ziek werd:

“Ik had wat artsen noemen een depressie. Ik zat dag en nacht in angst en was heel bang dat ik dood zou gaan. Ik heb zes maanden geen oog dicht gedaan en kon niet eten, omdat mijn keel dichtgeknepen zat. Ik ben toen twintig kilo afgevallen. Ook had ik last van hartkloppingen. (...) Soms dacht ik dat het büyü (zwarte magie, C.H.) was en soms ook weer niet. Ik ben naar de huisarts gegaan. Hij heeft een hartfilmpje laten maken, maar er was niets te vinden. De dokter heeft toen kalmeringsmiddelen voorgeschreven en mij naar de fysiotherapeut gestuurd. Van hem kreeg ik ademhalingsoefeningen, omdat ik hyperventileerde. (...) De huisarts kon er ook niets aan doen. Hij zei dat ik naar een imam zou kunnen gaan. (...) Vanaf die winter tot de volgende zomer heb ik het volgehouden. Toen ben ik tijdens onze vakantie in Turkije met mijn man naar een hoca gegaan. Die vertelde dat het büyü was. Hij heeft een nuska (amulet) geschreven.”

Op de vraag of ze weet wie zwarte magie tegen haar had gebruikt, antwoordt ze:

“Dat was mijn schoonmoeder in Turkije. Dat heeft die hoca gezegd. Er was iets begraven. Een cin (boze geest) heeft dat mij gebracht. Vandaar die doodsangst. Mijn schoonmoeder wil dat mijn man alleen maar aan haar denkt.”

Nadat ze destijds was genezen, keerden de problemen begin dit jaar terug:

“We hebben het er met mijn schoonmoeder over gehad, maar ze stopt niet. Pas

geleden ben ik daarom naar de imam in het gezondheidscentrum geweest. Ik kreeg steeds maar ruzie met mijn man, er zat iets tussen ons. Ik hyperventileerde en had weer rare gedachten. Ik was weer bang dat ik dood zou gaan. Het was weer büyü. Mijn schoonmoeder wil dat wij al ons geld naar haar sturen. Maar wij hebben zelf ook kinderen. Daar krijgen mijn man en ik ruzie over. Hij vindt het ook niet leuk dat het niet goed gaat. Ik wil niet dat hij zijn ouders in de steek laat, maar zij hebben eigenlijk helemaal niets nodig. In mijn geloof staat dat je je ouders en schoonouders moet verzorgen. Maar dan niet op zo'n manier. Daar word ik ziek van. De imam heeft het nagekeken en iets voor mij gemaakt. Die nuska draag ik bij mij en het heeft geholpen. Je moet er echt in geloven, want anders helpt het niet. (...) Dit keer ben ik niet bij de huisarts geweest, omdat ik wist wat er was."

Deze casus leert hoezeer culturele factoren een rol spelen bij de beleving van en de omgang met ziekten en problemen. Via zorgvuldig opgebouwde contacten met informele vertrouwenspersonen, biedt *Nieuwe Sporen* formele hulpverleners de kans daar, in zeer praktische zin, kennis van te nemen. Ook wordt duidelijk welke maatschappelijke betekenis niet-reguliere vormen van hulpverlening hebben.

Over de auteur

Dr. C.B.M. Hoffer (1955), socioloog, is werkzaam bij het Centrum voor Ethiek van de Katholieke Universiteit Nijmegen (CEKUN).

Literatuur

1. Themanummer: "Allochtonen en geestelijke gezondheid". *Epidemiol Bul Grav* 1999; 34 nr.2/3.
2. Peeters RF. Health and Illness of Moroccan Immigrants in the City of Antwerp, Belgium. *Soc Science Med* 1985; 22:679-85.
3. Stedelijke Adviesraad Multiculturele Stad (SAM). *Leren omgaan met kleurrijke culturen. Naar een ontvankelijke en toegankelijke* interculturele geestelijke gezondheidszorg. Conceptnota. Den Haag 1997.
4. Nijhuis HGJ. Reflecties op de voorgaande bijdragen. *Epidemiol Bul Grav* 1999; 34 nr. 2/3: 37-43.
5. Janssen Malen in molenland. *Volkskrant Magazine* van 11 maart 2000.
6. Van Dijk R, Jong J de. Hulpverlener moet zich aanpassen aan migrant. *NRC Handelsblad* van 2 maart 2000.
7. Hoffer C. Islamitische genezers en hun patiënten. *Gezondheidszorg, religie en zingeving*. Amsterdam: Het Spinhuis, 1994. *Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland*. Proefschrift. Universiteit Leiden. Leiden 2000.
8. Timmerman C. De attitude van Turkse vrouwen tegenover de westerse gezondheidszorg. *Medische Antropologie* 1992; 4 nr.2: 155-61.
9. As-Suyuti J. *Medicine of the Prophet*. (Vertaling door A. Thomson.) London: Ta-Ha Publishers, 1994.
10. Ullmann M. *Islamic Medicine*. Edinburgh University Press. Edinburgh 1978.
11. Dijk M. van. Initiatief "Nieuwe Sporen". Concept- evaluatieverslag van de uitvoeringsfase (fase 2): STIOM. Den Haag, november 1999.
12. Aupers S, Otterloo A van. *New Age. Een godsdiensthistorische en sociologische benadering*. Kampen: Kok, 2000.
13. STIOM. *Knelpunten in de communicatie tussen migranten en zorgverleners. Verslag van een werkconferentie*. Den Haag, 1997. STIOM. *Projekt Psycho-sociale zorg migranten. Verslag van de onderzoeksfase (fase 1): interviews en expertmeetings met sleutelfiguren uit verschillende Haagse migrantengemeenschappen*. Den Haag, 1998. STIOM. *Projekt Psycho-sociale zorg migranten (fase 2): naar een kleinschalig experiment*. Den Haag: 1999. *Vijf jaar STIOM. Ervaringen op het grensvlak van gezondheidszorg en welzijn*. Den Haag: Amrit Consultancy en STIOM 1998.