

Eindverslag project

Allochtone Focusgroepen



nederlands centrum buitenlanders



Eindverslag project
Allochtone Focusgroepen

Amsterdam - Utrecht

oktober 2000

Inhoud

Inleiding

Hoofdstuk 1

A. Tekstanalyse	pagina 3
B. Interview met (ex)cliënten	pagina 3
C. Focusgroep-interviews	pagina 4
D. Methodiekontwikkeling	pagina 8

Hoofdstuk 2

Conclusies en adviezen	pagina 10
------------------------	-----------

Bijlages

Bijlage 1: Samenstelling allochtone cliëntenpopulatie Jellinek
Bijlage 2: Uitkomsten Plus-min methodiek
Bijlage 3: Instrument interview (ex)cliënten
Bijlage 4: Uitkomsten focusgroep-interview
Bijlage 5: Overzicht betrokken medewerkers
Bijlage 6: Projectopzet NCB-Jellinek
Bijlage 7: NPCF; kwaliteit vanuit cliëntperspectief

Colofon

Het project focusgroepen is tot stand gekomen in het kader van Resultaten Scoren Nederland en als zodanig gesubsidieerd door het ministerie van VWS. De publicatie van het verslag is gerealiseerd in nauwe samenwerking tussen het

Nederlands Centrum Buitenlanders te Utrecht en de Jellinek te Amsterdam

Projectleiders en Auteurs:

drs. N. Sönmez, senioradviseur NCB

drs. A.A. van Dijk, hoofd Kwaliteit en Innovatie Jellinek

Voorwoord

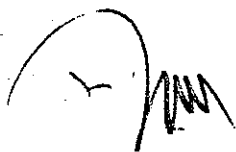
Het ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie, opgezet binnen het landelijke project Resultaten Scoren, richt zich op protocollering en Benchmark.

Deelnemers aan dit samenwerkingsverband zijn Novadic (St. Oedenrode), Parnassia (Den Haag), Brijder Stichting (Alkmaar), Jellinek (Amsterdam), Amsterdam Institute for Addiction Care (Amsterdam), Parnassia Addiction Research Centre (Den Haag) en University of Nijmegen Research Group on Addictive Behaviours (Nijmegen).

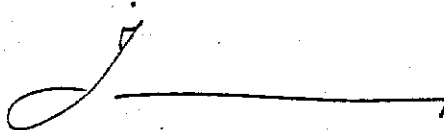
De protocollen die tot stand komen, zijn bepalend voor de verleende zorg. Eén van de ontwerpeisen die bij het tot standkomen van protocollen wordt uitgewerkt, is de patiëntgerichtheid.

In dat kader wordt specifiek aandacht besteed aan de geschiktheid van de protocollen voor allochtone cliënten. Deze groep vindt slechts moeizaam een weg in de hulpverlening, er is dus extra inspanning nodig om de verslavingszorg herkenbaar en toegankelijk te maken. In het project Focusgroepen Allochtone Cliënten is in samenwerking met het Nederlands Centrum Buitenlanders een werkwijze ontwikkeld en geëvalueerd waarbij met cliëntparticipatie vanuit allochtone cliëntgroepen aanbevelingen zijn geformuleerd voor het ontwikkelde protocol "intake en verwijzing". Het project is gefinancierd door VWS (Resultaten Scoren) en uitgevoerd in nauwe samenwerking tussen het NCB (drs. N. Sönmez, senioradviseur) en de Jellinek (drs. A.A. v. Dijk, hoofd Kwaliteit en Innovatie).

De werkwijze is als vast onderdeel opgenomen in de ontwikkelmethodiek bij de verdere protocollering in het ontwikkelcentrum. De daaruit voortkomende aanbevelingen worden opgenomen in het 'masterprotocol'. Indien de aanbevelingen dermate ingrijpend zijn dat aanpassingen in het masterprotocol niet mogelijk zijn, wordt een supplement gemaakt, specifiek gericht op de wensen en behoeften vanuit de allochtone cliëntgroepen. Het NCB blijft als adviserend orgaan beschikbaar voor dit onderdeel. Op deze manier wordt tegemoet gekomen aan de noodzaak meer inspanning te leveren om geboden zorg en behandeling in de verslavingszorg passend en toegankelijk te laten zijn voor de allochtone cliëntgroepen.



Prof. dr. J. Walburg,
Voorzitter Ontwikkelcentrum K&I



I. Akel
Directeur NCB

**RESULTATEN
SCOREN**
Ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie

Eindrapportage Project NCB - Jellinek

Inleiding

Dit verslag geeft weer wat de resultaten zijn van het project NCB-Jellinek rondom herontwerp van zorgprocessen in de verslavingszorg en de toegankelijkheid ervan voor allochtone cliënten.

Met het project zijn de volgende doelen nagestreefd:

1. Toetsen en waar nodig verbeteren van herontworpen zorgprocessen vanuit de optiek van de allochtone cliëntengroepen van de Jellinek. Het resultaat van deze activiteiten zal in de vorm van procedures en protocollen worden ingepast in het zorgaanbod.
2. Methodiekontwikkeling voor het afstemmen van zorgprocessen op specifieke doelgroepen en overdraagbaar maken van de methodiek.

Na analyse van het cliëntenbestand van de Jellinek (bijlage I) zijn de activiteiten gericht op de groepen van Surinaamse, Antilliaanse, Marokkaanse en Turkse afkomst.

De uitvoering van het project heeft bestaan uit vier te onderscheiden onderdelen:

- A. Tekstanalyse met behulp van de plus/minus methode
- B. Interview met (ex-)cliënten
- C. Focusgroep-interviews
- D. Methodiekontwikkeling.

In hoofdstuk 1 worden de onderdelen A tot en met D achtereenvolgens doorlopen in dit verslag. Per onderdeel eerst een korte beschrijving van het proces en het verloop in de praktijk, afgerond met een samenvatting van de resultaten per onderdeel.

In hoofdstuk 2 staan de conclusies en adviezen over onderdeel C van het project uitgebreider beschreven. Dit hoofdstuk biedt de meest concrete handvatten voor het verbeteren van de herontworpen zorgprocessen.

Tenslotte zijn bijlagen toegevoegd met de uitgebreide data en gehanteerde instrumenten.

Graag bedanken wij de cliënten die bereid zijn geweest hun ervaringen met ons te delen. Eveneens willen we veel waardering uitspreken voor de inzet van de diverse bij het project betrokken medewerkers in de beide uitvoerende instellingen.

1. Proces en product van de 4 projectonderdelen

Sub A: Tekstanalyse met behulp van de plus/minus methode (zie bijlage 2).

Het betreft een analyse van schriftelijke documenten van het herontworpen zorgproces door een medewerker van het NCB. Hierbij wordt de plus/minus methode gebruikt. Deze methode komt oorspronkelijk van de Technische Universiteit te Delft. Het NCB heeft een variant van de zorg ontwikkeld en gebruikt. Deze methode is in samenwerking met de Universiteit van Utrecht bij activiteiten in de Meren (AMC) doorontwikkeld.

Verloop: Het schriftelijk materiaal is niet op alle onderdelen even toegankelijk voor een niet ingevoerde medewerker. Het gaat om tekst, stroomschema's, informatie voor cliënten en behandelprotocollen met vakjargon. Naast het doornemen van de tekst is er meerdere malen mondelinge toelichting gegeven vanuit de Jellinek. De tekst is binnen het NCB door 2 medewerkers geanalyseerd. De tijdsinvestering voor maken van het verslag was aanzienlijk groter dan beraamd (2 dagen i.p.v. 1 dag). Het formuleren van concrete aanwijzingen vanuit het materiaal is deels succesvol geweest.

Resultaten: Na de tekst analyse werden de volgende aanbevelingen gedaan.

- Het is belangrijk om de allochtone cliënt eerst in te lichten over het proces van de handeling. De specifieke informatie over de handeling helpt de cliënt om de structuren van de instelling te doorgronden, waarna de cliënt zijn hulpvraag kan concretiseren.
- Als de cliënt voor informatie is gekomen, biedt haar/hem een aangepaste folder of informatie aan qua taal, vorm en inhoud.
- Bij het maken van afspraak moet duidelijk aangegeven worden met wie en waar deze afspraak plaats vindt en waarom.
- De diagnostische instrumenten lijken niet altijd geschikt te zijn voor allochtone cliënten. Instrumenten of de introductie er van zal aangepast moeten worden (zie bijlage 2 voor volledige tekst).

Sub B: Interview met (ex-)cliënten (zie bijlage 3).

Een procesanalyse met een (ex-)cliënt, vanuit de vier allochtone groepen, die het Herontworpen zorgproces heeft doorlopen. Leidraad voor het interview vormt het stroomdiagram van het herontwerp en de uitkomsten van activiteit 1.

Verloop: Dit onderdeel van het project is nauwelijks uit de verf gekomen. In de voorbereiding is een medewerker van de Jellinek met zeer veel ervaring op het gebied van allochtonenzorg getraind om deze interviews af te nemen. De locatie voor het te houden interview werd overgelaten aan de cliënt. De werving van cliënten is in het team gelegd waar de instroom plaatsvindt. In het geval van heraanmeldingen zou op die wijze ook gelegenheid zijn om tentatieve implicaties voor de overige zorgprocessen te krijgen. Tijdens de experimenteerperiodes met het herontwerp bleek het niet mogelijk

om cliënten uit de doelgroep te motiveren tot een interview. Meerdere afspraken zijn gemaakt, echter zonder resultaat. Door ziekte van de geïnstrueerde medewerker ontstond vertraging. Tenslotte is met de afloop van de eerste experimenteerperiode de betreffende medewerker weer in de 'normale' werkkuitvoering terechtgekomen. De planning van de focusgroep-activiteiten haalde zodoende deze stap in. Hier is prioriteit aan gegeven.

Sub C: Focusgroep-interviews (zie bijlage 4)

Focusgroep-interviews zijn informele bijeenkomsten, in dit geval van allochtone cliëntgroepen, in buurthuizen of andere neutrale locaties. Het proces van de bijeenkomst moet worden gestuurd door concrete uitwerking van het zorgproces: rollenspel of videomateriaal of casusbespreking. De begeleiding van de bijeenkomst is vooral faciliterend (niet sturend) en stimuleert brainstorm. De organisatie van de bijeenkomsten worden in samenwerking tussen NCB en de aandachtsfunctionaris allochtonenbeleid van de Jellinek gerealiseerd. De bijeenkomsten duren 2,5 uur en worden opgenomen op audio- of band of videoband. De deelnemers ontvangen een kleine onkostenvergoeding.

Verloop: In totaal zijn drie focusgroep-bijeenkomsten georganiseerd met wisselende aantallen personen. Het is niet mogelijk gebleken een Turkse focusgroep te werven. De volgende wervingsmethoden zijn gebruikt:

- Selecteren van programma's met een redelijke allochtone cliënteninstroom.
- Informeren van programmaleiders schriftelijk (herhaalde mailing) en mondeling (herontwerpcafé en uitwisselingsbijeenkomsten voor programmaleiders).
- Individueel benaderen van cliënten door hulpverleners. Programmaleiders hebben informatiepakketten gekregen met het verzoek mee te werken aan de totstandkoming van deze focusgroepen. In deze pakketten zat informatie voor behandelaars en (in meerdere talen) uit te reiken deelnameformulieren voor cliënten. Bijgevoegd was een retourenveloppe voor verzending naar het NCB.
- Naast deze informatie heeft de aandachtsfunctionaris allochtonenbeleid Jellinek zeer regelmatig telefonisch of persoonlijk contact gelegd met medewerkers op die locaties.
- De aandachtsfunctionaris heeft het netwerk met andere allochtonenorganisaties benut om tot een groter bereik te komen.
- Aangemelde cliënten werden vervolgens telefonisch en schriftelijk benaderd en uitgenodigd voor de bijeenkomst door het NCB.

Ondanks deze inspanningen is het maar ten dele gelukt om cliënten te bereiken. Het aantal cliënten op twee focusgroepen was kleiner dan wenselijk. Tevens waren op twee na alle (ex)cliënten uiteindelijk afkomstig uit het IMC.

Resultaten: De bevindingen laten zich als volgt samenvatten:

- Alle cliëntgroepen vonden het leuk om samen met andere allochtonen te zijn. Daarnaast was het belangrijk dat de omgeving er schoon en netjes uitzag. Dat de cliënten zelf konden koken en zelf konden schoonmaken heeft eraan bijgedragen dat ze zich thuis en vertrouwd hebben gevoeld.
- Informatie over verslaving en verslavingszorg ontbreekt bij de cliënten. Het verstrekken van schriftelijke informatie aan cliënten is niet aan de orde, zowel door verwijzers als door Jellinek zelf. Cliënten, ook Surinaamse cliënten, hebben moeite om Nederlands te verstaan en hebben behoefte om deze informatie in hun eigen taal te krijgen. Men gaf aan ook behoefte te hebben aan schriftelijke informatie.
- Het is opvallend dat cliënten hun verslaving verklaren vanuit een sociaal kader. De verslaving heeft sterk te maken met de omgeving waarin je leeft. Marokkaanse cliënten gaven aan dat ze bijvoorbeeld niet verslaafd waren in Marokko, maar wel in Nederland, omdat je hier snel aan middelen kunt komen. Volgens Surinaamse cliënten had hun verslaving heel erg te maken met hun slechte gedrag jegens hun omgeving. Volgens hun religieuze overtuiging worden hierdoor de geesten chaotisch. Hiervoor zijn ze vaak ook teruggegaan naar hun geboorteland om daar een "winti ceremonie" te houden. Vaak heeft dit wel geholpen.
- Men heeft te eenzijdige informatie over de verslavingszorg. Men denkt dat je alleen voor een bepaald soort hulp bij Jellinek terecht kunt. De hulp is volgens de cliënten bedoeld om de problemen op te lossen die ontstaan zijn door de verslaving, zoals afkicken.
- Het is moeilijk wat te zeggen over de ontvangst door de receptie omdat cliënten vaak niet kunnen volgen wat er gezegd wordt. Surinaamse cliënten hebben er ook moeite mee. Toch denken groepen niet dat ze anders behandeld worden dan Nederlandse cliënten. Cliënten vinden het niet erg door één deur binnen te komen met andere cliënten.
- Cliënten geven aan dat de informatie die ze hebben gekregen niet voldoende was en dat ze vooral behoefte hadden aan informatie in hun eigen taal. Antilliaanse cliënten vonden het niet storend dat het gesprek in Nederlands was, maar de hoeveelheid vragen was te veel.
- Het minder ingelicht zijn over verslaving en verslavingszorg speelt ook hierbij een belangrijke rol. Cliënten stellen zich afhankelijk op van de hulpverlener. Relevantie van sommige vragen is onduidelijk en wordt dus als niet ter zake doende ervaren. Het in je eigen taal kunnen communiceren geeft ook een veilig en vertrouwd gevoel.

Steeds gaven cliënten aan niet alles te kunnen volgen. Er was geen tolk aanwezig bij de gesprekken.

- Het invullen van formulieren tijdens het gesprek wordt niet als storend ervaren, maar te lang en te veel. Cliënten vinden het wel vervelend als ze zelf formulieren moeten invullen. Marokkaanse cliënten zien ook het belang in van gegevens invullen. Zo hoeft een hulpverlener het een andere keer niet te vragen. Wat er met de gegevens verder wordt gedaan was onduidelijk voor cliënten. Waarschijnlijk hebben de hulpverleners het nodig voor een goede diagnose.
- Vaak is het voor cliënten niet voldoende duidelijk of ze iets over het advies te zeggen hebben. Cliënten verwachten van de hulpverlener dat hij of zij een noodzakelijk advies geeft. Maar het is wel wenselijk dat de hulpverlener meer informatie geeft vooral over de gang van zaken van de hulpverlening. Cliënten geven ook aan dat ze niet weten wat ze kunnen verwachten van de hulp. Er ontbreekt ook inzicht bij cliënten wat hun problemen inhouden. Ze weten ook niet wat de beste oplossing zou zijn. Het is erg wenselijk dat er veel informatie is en dat ze soms schriftelijk informatie willen om later op hun gemak te kunnen lezen.
- Cliënten wisten niet goed wat ze moesten verwachten van het gesprek. Ondanks hun medewerking tijdens het intakegesprek hebben ze niet het gevoel dat alles wat ze vertellen goed overkomt. Ze hebben het gevoel dat ze niet goed begrepen worden. Surinaamse cliënten verklaren het vanuit een cultureel perspectief en Marokkaanse cliënten zien het meer als een probleem in de communicatie.
- Het in je eigen taal geïnformeerd worden is het meest genoemde punt. Daarnaast hebben cliënten vooral opmerkingen over de hulpverlener bij wie ze het eerst terechtkomen. Ze vinden dat ze niet voldoende ingelicht worden over de verdere behandeling. Cliënten moeten er zelf achter komen hoe het er aan toe gaat. Er zou steeds een tolk aanwezig moeten zijn voor mensen die de taal niet goed kunnen spreken in plaats van ter plekke een tolk inschakelen. *'Je voelt je op een politiebureau als ze nog moeten bellen voor een tolk.'*
- Het inzetten van een tolk is noodzakelijk volgens Surinaamse en Marokkaanse cliëntgroepen. *'Vaak ben je aan het afkicken en kun je moeilijk alles volgen.'* Sommige cliënten kunnen helemaal geen Nederlands spreken, voor hun is het nodig om in hun eigen taal te kunnen spreken. Men vindt een intermediair meer vertrouwd, maar het belangrijkste is om te kunnen communiceren met de Nederlandse hulpverleners.
- Cliënten hebben een voorkeur voor een hulpverlener van de eigen cultuur. Een van de belangrijkste achtergronden van deze wens is

dat ze zich eerder begrepen voelen door een hulpverlener van de eigen cultuur. Ook taalproblemen spelen hierbij een rol. Je hebt dan geen tolk nodig. Het overbrengen van informatie over de hulpverlening door een hulpverlener van de eigen cultuur is wenselijk. Die begrijpt beter waar de cliënten behoefte aan hebben en legt het zodanig uit dat ze het ook begrijpen.

- De verklaring van verslaving is een belangrijke reden voor het al dan niet aanmelden of hulp zoeken. Surinaamse cliënten hebben meer inzicht als het gaat om verslaving dan Marokkaanse cliënten. Surinaamse cliënten relativeren hun verslaving en komen tot de conclusie dat er iets van een geestelijke oorzaak te vinden is voor hun verslaving. Ze zien een gemeenschappelijk punt met de andere verslaafden van andere culturen. Marokkaanse cliënten denken dat iemand uit vrije wil verslaafd raakt. Als je wilt kun je ook stoppen. Daarvoor heb je geen hulp nodig.
- Het ontbreken van informatie over verslaving en verslavingszorg is een van de redenen waarom allochtone verslaafden niet naar Jellinek komen.
Bij Surinaamse cliënten speelt het vertrouwen een belangrijke rol. Doordat ze vaak eerder zijn opgenomen en weer terugkomen denken ze dat ze niet geholpen kunnen worden door een Nederlandse organisatie.
Antilliaanse cliënten denken dat de cliënten niet komen, omdat ze nog niet zover zijn of niet gemotiveerd zijn om af te kicken.

Sub D: Methodiekontwikkeling.

In het kader van de methodiekontwikkeling heeft een continue evaluatie plaatsgevonden van de drie deelactiviteiten.

De methodiek

Bij de opbouw van de methodiek is gekozen voor een opbouw in drie fases:

1. Tekstanalyse op basis van een plus/minus methode
2. Individuele interviews met (ex)cliënten
3. Groepsinterviews (focusgroepen) met(ex)cliënten.

De verwachting was dat er een opbouw in de verzameling van data zou liggen waarbij fase 1 richtinggevend zou zijn voor de inhoud van de vraagstellingen bij fase twee. Fase twee zou vervolgens richtinggevend zijn voor de inhoud van de vraagstelling van fase drie. Terugkijkend kunnen we vaststellen dat deze verwachting niet is uitgekomen.

Bevindingen

De werkelijk bruikbare gegevens komen uit stap drie: de focusgroep-interviews.

De volgende bevindingen leiden tot deze conclusie:

Fase 1: De documenten waarin het zorgproces beschreven stonden, zijn niet zonder meer toegankelijk voor niet-ingewijden. Zinvol was een oriëntatie in de materie. De analyse leidde echter tot redelijk algemene adviezen die niet specifiek te herleiden waren tot het betreffende zorgproces. Tevens werd geen sturing vanuit de uitkomsten ervaren voor de tweede fase: de individuele interviews.

Fase 2: Door meerdere organisatorische redenen vanuit personele kant en cliëntenkant is deze stap niet tot ontwikkeling gekomen. Onoverkoombaar bleek de problematische werving. Zelfs bij een tot stand gekomen afspraak bleek deze niet nagekomen te worden door de cliënt op het moment suprême inzet van een ervaren hulpverlener van niet-Nederlandse afkomst heeft geen merkbaar effect opgeleverd. Bij het uitvoeren van de focusgroep-interviews is het ontbreken van deze uitkomsten niet als gemis ervaren.

Fase 3: Problematisch was vooral de werving van (ex)cliënten. De op de ervaring van het NCB opgebouwde werving bleek onvoldoende respons op te leveren. Door intensieve inzet van de interne aandachtfunctionaris allochtonenbeleid en herhaald aanschrijven en persoonlijk benaderen van leidinggevenden en behandelaars zijn uiteindelijk drie groepen (de Turkse groep is niet bijeen geweest) geformeerd. De opkomst was minder groot dan verwacht. Blijkens reacties heeft ons parten gespeeld dat er video-opnames gepland stonden. Beide projectleiders hadden al na de eerste bijeenkomst de marginale meerwaarde van de opname vastgesteld (er werd wel een audio-opname gemaakt voor het uitwerken van de data). Ondanks het besluit om niet meer op video op te nemen heeft dit toch bij een volgende bijeenkomst geleid tot een lage opkomst.

Het houden van de interviews op een neutrale locatie onder leiding van niet Nederlandse hulpverleners is succesvol. Er ontstaat ruimte voor directe inbreng van cliënten. In meerdere projecten wordt melding gemaakt van de problematische participatie van (ex)cliënten, zeker als het ambulante cliënten betreft. Dit heeft ook bij ons invloed gehad op de uiteindelijke samenstelling van de focusgroepen. Vastgesteld moet worden dat dit de representativiteit niet ten goede komt.

Afsluitend

In het algemeen kan gezegd worden dat het daadwerkelijk mobiliseren van allochtone cliënten een arbeidsintensief proces is. Er is van beide samenwerkende organisaties veel meer tijd en energie gevraagd dan in aanvang in het project was voorzien. Ook de vooruitzichten op de continuïteit van de inspanningen zijn niet echt rooskleurig. Wij verwachten bij een volgende ronde weer evenveel inspanning te moeten leveren om de cliënten te mobiliseren tot deelname. Lerend uit de procesgang van het onderhavige project lijkt het aanbevelenswaardig om de inspanning vooral te richten op het formeren van focusgroepen. De beide andere beschreven onderdelen zijn zeer problematisch in de uitvoering en lijken geen duidelijke meerwaarde op te leveren.

2. Conclusies en adviezen

Inleidend enkele algemene adviezen t.a.v. de inhoud van de hulpverlening

1. Over de Jellinek als instelling en de verschillende deelactiviteiten moet informatie in de eigen taal voor allochtone cliënten beschikbaar zijn.
2. Jellinek moet streven naar het inzetten van meer hulpverleners met een allochtone achtergrond, cliënten vinden makkelijker aansluiting.
3. Jellinek moet meer aandacht besteden aan de bejegening, dit wordt door de cliënten vaker als behoefte benoemd. De inhoud van de zorg en behandeling wordt niet zozeer bediscussieerd.
4. Om angst te reduceren voor het bekend worden van gegevens en juridische gevolgen bij allochtone cliënten: maak o.a. een privacyreglement in meerdere talen.
5. De Jellinek moet aandacht besteden aan de culturele beeldvorming over het ontstaan van verslavingprobleem vanuit de diverse culturele achtergronden. Voor de drie hier geïnterviewde groeperingen zijn eigen verklaringsmodellen beschreven in de interviewverslagen.

Hieronder volgen de adviezen op basis van de uitkomsten van de focusgroep-interview vragen (bijlage 4). Waar mogelijk is de gestelde vraag gekoppeld aan een kernbegrip vanuit de NPCF omtrent kwaliteit van zorg vanuit cliëntperspectief (zie bijlage 7).

Vraag 1 De eerste vraag heeft betrekking op de organisatie van de zorg, specifiek rondom de verwijzing naar het verslavingsinstituut.

Conclusie: Uit de resultaten blijkt dat de geïnterviewde allochtone cliënten vaak via justitie verwezen zijn naar de Jellinek. De verwijzing van allochtone verslaafden via reguliere kanalen zoals huisarts, maatschappelijk werk en andere GGz-instellingen vindt niet of nauwelijks plaats.

Adviezen:

- De reguliere kanalen moeten toegerust worden voor allochtone verslaafden opdat zij kunnen behandelen c.q. verwijzen.
- Voor de verschillende allochtone groeperingen moet in informatie materiaal duidelijk aandacht worden besteed aan de uitleg van de mogelijkheden om voor een verslavingsprobleem medische, maar ook psychosociale hulp en maatschappelijke hulp te krijgen.
- Informatiemateriaal moet zodanig verspreid moeten worden dat 'tussenpersonen' van allochtone cliënten eenvoudig toegang hebben tot dit materiaal. Ex-clieënten van allochtone afkomst worden door de cliënten zelf als meest geschikte personen hiervoor aangemerkt. Ook justitiële- en politiekkanalen lijken geschikt.

Vraag 2 *Deze vraag heeft betrekking op het criterium accommodatie, waarin gevraagd wordt naar goede bereikbaarheid en algemene voorzieningen van het instelling waar de cliënt komt.*

Conclusie Uit de resultaten valt het af te leiden dat de cliënten erg tevreden zijn over de aanpak van IMC: zelf verantwoordelijk zijn voor het netjes en schoon houden van het gebouw, van het zelf kunnen koken en het zelf kunnen opruimen en afwassen wordt hoog gewaardeerd.

Adviezen:

- Bij groepssamenstellingen lijkt het van belang om allochtone cliënten met elkaar te combineren. Zij ervaren dit als meerwaarde.
- Bij de inrichting van het gebouw rekening houden met veel licht, dus grote ramen.
- De inrichting van het gebouw moet zodanig zijn dat deze makkelijk netjes en schoon te houden is, niet met te veel meubels inrichten.
- De omgeving van het gebouw dient omringd te zijn met natuur.

Vraag 3 *Deze vraag gaat om de informatie die een cliënt heeft of heeft gekregen over de instelling.*

Conclusie Alle geïnterviewde cliënten hebben aangegeven dat ze weinig of geen informatie hebben gehad over verslaving en verslavingszorg. Deze vraag heeft ook betrekking op de organisatie van de verwijzing. Hieruit blijkt dat de normale gang die een verslaafde volgt tot de hulpverleningsinstantie bij allochtonen vaak overgeslagen wordt. Hierdoor zijn de informatie- en voorlichtingsmomenten binnen de reguliere structuur van de zorg ontoereikend voor deze groep.

Adviezen:

- Voor alle groeperingen is het aanbevelingswaardig informatie in de eigen landstaal te bieden, zeker schriftelijk materiaal.
- Mondeling informatie moet altijd verzegeld worden door schriftelijke informatie. In de gespannen situatie wordt veel niet gehoord, niet begrepen en niet onthouden.

Vraag 4 *De vierde vraag heeft betrekking op informatie en evaluatie van de zorg. De geïnterviewde groepen verschillen van elkaar.*

Conclusie De Marokkaanse groep was verbaasd dat er verslavingsinstituten bestonden voor verslaafden, terwijl de Surinaamse groep meer inzicht heeft in de relatie verslaving en verslavingshulp.

Adviezen:

- Er moet gedegen aandacht worden besteed aan de verschillen in de verklaring voor het ontstaan van verslaving in de verschillende

allochtone groeperingen. Zo speelt bij de Marokkaanse groep het sociale kader. Bij de Surinaamse groep wordt een meer spirituele verklaring beleefd.

- De diverse dimensies van de hulpverlening moeten duidelijk uiteengezet worden in voorlichtingsmateriaal voor allochtone groeperingen.

Vraag 5 Deze vraag heeft betrekking op de organisatie van de zorg.

Conclusie Uit de tekst blijkt dat het voor alle geïnterviewde cliënten geen probleem is om samen met autochtone cliënten gezien en behandeld te worden. De Antilliaanse cliënten denken wel dat er met Nederlandse cliënten andere afspraken gemaakt worden.

Adviezen:

- Er moet veel aandacht besteed worden aan de motivatie van de cliënten. Lange wachtperiodes met weinig intensief contact (b.v. bellen) zijn demotiverend.
- Het taalprobleem speelt ook bij de mondelinge vraagstellingen bij de receptie; er is behoefte aan informatie in de eigen taal.

Vraag 6 Deze vraag heeft betrekking op informatie en organisatie van de hulpverlening.

Conclusie Gebleken is dat de cliënten niet of nauwelijks geïnformeerd zijn over het eerste gesprek en dat de informatie ook niet elders is gegeven.

Adviezen:

- De gewenste informatie over het eerste gesprek moet op de juiste tijd gegeven worden in de eigen taal. Ook hier geldt dat de mondelinge informatie slecht wordt bevat: schriftelijke informatie in de eigen taal heeft voorkeur.
- Breng de organisatie van de aanmelding van allochtone cliënten in kaart; dit is nodig om op het juiste moment informatie te kunnen geven.
- Antilliaanse cliënten hebben een specifieke benadering nodig als het gaat om het uitvragen van het genogram. Voor veel cliënten is dit een pijnlijke en voor hun weinig zinvolle bezigheid.
- Voor alle allochtone cliënten geldt dat de hoeveelheid vragen als groot ervaren. Uitleg over de noodzaak ervan is wenselijk.

Vraag 7 De kwaliteitscriteria bejegening en steun staan in deze vraag centraal. Gevraagd is of het eerste gesprek naar wens is verlopen.

Conclusie Door de spanning van het eerste gesprek voelden cliënten zich overvraagd.

Adviezen:

- Cliënten hebben uitleg nodig over de niet medisch gerichte onderdelen van het gesprek: voor hun is dat niet vanzelfsprekend dat ook anderen onderwerpen worden aangesneden.
- Jellinek kan rekening houden met de wens van de cliënten om het eerste gesprek met een hulpverlener van eigen culturele herkomst te hebben. Het gesprek voeren in de eigen taal heeft voor cliënten een meerwaarde.

Vraag 8 *De bejegening van de allochtone cliënten door de Jellinek hulpverlener staat ook in deze vraag centraal.*

Conclusie Het invullen van de formulieren wordt - met uitzondering van Marokkaanse cliënten - als te lang en saai ervaren.

Adviezen:

- De cliënt goed inlichten over de noodzaak van het invullen van formulieren
- De hulpverlener moet zich bewust zijn van de verschillende belevingen van het formulieren invullen tijdens contacten. Marokkaanse cliënten voelen zich hierdoor serieus genomen, Surinaamse en Antilliaanse cliënten vinden het invullen soms teveel tijd in beslag nemen.

Vraag 9 *Vraag negen heeft betrekking op het criterium zelfstandigheid.*

Conclusie Alle geïnterviewde cliënten hebben aangegeven dat ze het eerste gesprek ondergingen en niet zelf het initiatief hebben genomen om wat te zeggen.

Adviezen:

- Aan het begin van het gesprek nogmaals de cliënt informeren over wat de bedoeling is en aangeven dat de cliënt zijn mening mag geven
- Regelmatig zullen in het gesprek check momenten moeten worden ingebouwd waarbij de hulpverlener nagaat of hij / zij de cliënt goed begrepen heeft.

Vraag 10 *Deze vraag heeft ook betrekking op het criterium zelfstandigheid.*

Conclusie Cliënten weten niet of ze iets kunnen zeggen over het advies dat ze hebben gekregen.

Adviezen:

- Allochtone cliënten vanuit deze focusgroepen zijn zeer gevoelig voor autoriteit. Het accepteren van de verwijzing geeft geen garantie voor

hun motivatie daartoe. Het is van belang om goed te verwachting rondom de geadviseerde hulpverlening in hun eigen bewoordingen weer te laten geven.

- Ook op dit moment is er een groot informatiebehoefte bij de cliënt, in ieder geval schriftelijk, zodat de bedoeling van het vervolg voor hun helder wordt.

Vraag 11 *Aanvulling door cliënten ter verbetering van de hulpverlening.*

Conclusie Cliënten die geïnterviewd zijn willen door de hulpverleners niet anders behandeld worden dan autochtone cliënten en daarbij stellen ze een aantal voorwaarden (zie adviezen) om meer inzicht in het aanbod van de Jellinek te krijgen.

Adviezen:

- Zorg voor schriftelijk informatie in de eigen taal, ook om achteraf na te kunnen lezen
- Biedt de mogelijkheid voor een hulpverlener van eigen culturele herkomst om het eerste gesprek te voeren
- Creëer een omgeving zodanig dat cliënten zich kunnen herkennen in de instelling qua sfeer en uitstraling.
- Biedt de gelegenheid tot het dragen van meer eigen verantwoordelijkheid bij allerlei activiteiten van de instelling.
- Stimuleer consumer-run projecten voor allochtonen: Cliënten geven aan dat zij inzet van ex-verslaafden in de sfeer van voorlichting en informatie geven het meest doeltreffend zouden vinden.

Vraag 12 *Het inzetten van een tolk wordt door bijna alle geïnterviewde cliënten als positief gezien.*

Conclusie Surinaamse en Antilliaanse cliënten hebben niet altijd een tolk nodig, maar Marokkaanse en andere allochtonen hebben in het hele hulpverleningsproces een tolk nodig.

Adviezen:

- Een tolk moet eerder dan de cliënt aanwezig zijn in de Jellinek; er moet niet op het laatste moment nog een tolk worden gezocht
- Een tolk wordt ook door Surinaamse cliënten in het eerste gesprek gewenst
- Een tolk moet niet eenmalig, maar doorlopend aanwezig zijn voor de cliënten die geen Nederlands spreken.

Vraag 13 *Deze vraag heeft betrekking op het cultureel matchen van hulpverlener en cliënt.*

Conclusie Alle cliënten hebben een voorkeur voor een hulpverlener van eigen herkomst

Adviezen:

- Vergroot de aanwezigheid van hulpverleners van allochtone herkomst in de Jellinek. Dit bevordert het gevoel van veiligheid en vertrouwen van de allochtone cliënten. (Het hoeft niet altijd de eigen hulpverlener te zijn).
- Streef naar goede vertegenwoordiging van allochtone medewerkers door de hele organisatie. De cliënten hebben eerder de voorkeur voor een multi-etnisch samengesteld hulpverleners team in alle geledingen van de Jellinek, dan voor het daadwerkelijk matchen van culturen.
- Vooral voor Marokkaanse cliënten is het aan te bevelen een hulpverlener uit eigen cultuur aan te bieden. Voor Surinaamse en Antilliaanse cliënten prefereren een mengeling van Nederlandse en allochtone hulpverleners.

Vraag 14 *Deze vraag gaat over de redenen van niet hulp zoeken bij de Jellinek.*

Conclusie Marokkaanse cliënten denken dat Marokkanen onvoldoende op de hoogte zijn van de hulpverleningsvormen. Daarom stellen ze voor om meer preventief voorlichting te geven, gericht op de Marokkaanse populatie. De informatie moet vooral gericht zijn op het wegnemen van angst bij Marokkanen om vervolgd te worden. Verder denken ze aan de volgende inhoudelijke onderwerpen:

Adviezen:

- Bij Marokkaanse cliënten is vooral een inhaalmanoeuvre wenselijk om de informatie achterstand te verminderen.
- De informatie moet vooral gericht zijn op hulp bij verslaving, omdat veel Marokkanen denken dat je zelf, zonder hulp, van je verslaving af kunt komen.
- De informatie moet eveneens gericht zijn op het doorbreken van het taboe dat leeft bij Marokkaanse cliënten.
- (Ex) verslaafden kunnen ingezet worden bij het bereiken van andere verslaafden.
- Moskeeën en andere zelforganisaties van Marokkanen kunnen ingezet worden bij preventieve activiteiten.
- De informatie moet ook de organisatie en uitvoering van de hulpverlening vanuit de Jellinek bevatten.
- Surinaamse cliënten denken dat het te maken heeft met het zich niet thuis voelen van Surinaamse cliënten in de Jellinek. Volgens deze cliëntengroep werk de IMC -formule goed en Surinaamse cliënten zouden deze situatie ook bij de andere geledingen van de organisatie willen zien, bijvoorbeeld bij opleiding en werk.
- Onder Antilliaanse cliënten leeft vooral dat eerst een sterke motivatie moet bestaan voordat je hulp zoekt bij een verslavingskliniek. Meer bekendheid zou moeten worden gegeven aan het bieden van hulp bij de opbouw van die motivatie.

Bijlagen

Bijlage 1 bij Projectopzet NCB – Jellinek

Overzicht cliëntenpopulatie Jellinek 1997
(unieke personen)

Culturele Herkomst	Middelen	Opleiding	Leeftijd	man/vrouw	Bijzonderheden
Surinaams	Alcohol en drugs, gokken ambulant	LBO/MBO	20-50	Driekwart man	Meer ambulante hulpverlening
Antilliaans	Alcohol en drugs	Geen/LBO/ MBO	20-50	Geen vrouwen	Idem
Marrokkaans	Alcohol en drugs, gokken ambulant	Geen/LBO	20-40 (drugs tot 50)	Geen vrouwen	Idem
Turks	Alcohol en drugs, gokken ambulant	Geen/LBO/ MBO	20-40	Geen vrouwen	Idem
Europees (samen-gevoegd Oost-Europees, Zuid-Europees en overig Europees)	Alcohol en drugs, gering aantal gokkers ambulant	LBO/MBO/ HBO	30-60	Driekwart man	Idem

Drugs = heroïne, morfine, methadon, opiaten overig, cocaïne, amfetamine,
opwekkend overig, extacy. LSD, cannabis, hallucinaten, vluchtige middelen

1-10 1998

Bijlage 2 bij Projectopzet NCB – Jellinek

Plus/min-methode

Commentaar op het "Stroomschema Core-pilot Jellinek"

Inleiding

Hierbij het commentaar op de Core-pilot van Jellinek aan de hand van de plus-en-minmethode. De plus-en-minmethode is een manier waarop teksten aan individuele proefpersonen worden voorgelegd. Nadat de teksten zijn gelezen en voorzien van plussen en minnen volgt er een schriftelijk commentaar, waarin de plussen en minnen worden onderbouwd. Het schriftelijke commentaar is gebaseerd op een literatuurstudie en de kennis van het NCB over allochtonen.

Het doel van deze methode is om meer zicht te krijgen op de voor- en nadelen van het herontworpen zorgprogramma van Jellinek, vanuit de optiek van allochtone cliënten van Jellinek.

Opzet van commentaar op het herontwerp

Stroomschema Core-pilot is in dit geval het tekst(onderwerp) waarop commentaar wordt gegeven. Het herontwerp wordt zowel individueel als groepsgewijs getest op geschiktheid voor allochtone cliënten. Het herontwerp wordt getoetst, waar nodig verbeterd en de resultaten worden in procedures en protocollen ingepast.

Voor de individuele pretest wordt gebruik gemaakt van de plus-en-minmethode. De tekst wordt door de proefpersoon gelezen die met plussen en minnen zijn positieve respectievelijk negatieve bevindingen in de marge markeert. Vervolgens worden de redenen voor de plussen en minnen benoemd (M. de Jong, 1996). Daarna worden belangrijke verbeterpunten geformuleerd.

De groepsgewijze pretest gebeurt door middel van focusgroep-interviews over hetzelfde herontwerp als bij de individuele pretest. Voor het focusgroep-interview wordt een groep van 6 à 8 personen samengesteld en een vragenlijst gemaakt.

Analyse van het herontwerp met de plus-en-minmethode

1. Cliënt komt in Core binnen bij receptie (+)

Over het algemeen zijn allochtonen niet of nauwelijks op de hoogte van de bestaande gezondheidsvoorzieningen en hebben onvoldoende inzicht in het functioneren ervan. Dat ze voor hulp ergens terecht komen is afhankelijk van de verwijzer en van de omgeving waarin ze zich bevinden. De verwijzende persoon heeft een bepalende invloed op de hulp die allochtonen krijgen. Kennis over rechten en plichten ontbreekt ook bij de meeste allochtone cliënten.

Daarnaast hebben allochtone cliënten moeite om daar terecht komen waar ze de hulp kunnen krijgen die ze nodig hebben. Vaak vinden ze hun weg pas na vele bezoeken aan verschillende hulpverleners en hulpverlenende instanties (T. Bedaux, 1997).

Als de allochtone cliënt ergens terecht komt dan is het voor hem ook moeilijk om binnen de instelling de structuren te doorgronden. Het inzicht in welke systemen en structuren er daar zijn ontbreekt. Er is gebleken dat één aanmeldingspunt voor verschillende verslavingsproblemen voor allochtone cliënten positief werkt. Hiermee wordt het probleem van 'de weg vinden binnen de instelling' voor een deel opgelost. Door één deur binnenkomen voor hulp is positief, omdat er geen onderscheid wordt gemaakt tussen allochtone en autochtone cliënten binnen de gezondheidsinstanties. Het idee dat zij dezelfde hulp als anderen krijgen, zal het vertrouwen van de hulpvrager bevorderen. Veel allochtone cliënten willen behandeld worden voor hun klachten en niet om wie ze zijn. Met andere woorden, als er door hulpverleners vanuit de klacht wordt gekeken dan is het allochtoon zijn niet belangrijk. Dit is een interessant punt om bij focusgroep-interviews te behandelen.

De opvang door de receptiemedewerker is doorslaggevend voor het vertrouwen van de cliënt in de instelling. Turken en Marokkanen hebben over het algemeen problemen met hun hulpvraag. De allochtone cliënten hebben vaak een gevarieerde en onduidelijke hulpvraag (Logghe, 1998). Deze doelgroep heeft moeite om antwoord te geven op de volgende vragen: "Wat komt u hier doen?" of "Waarom bent u hier gekomen?" of "Heeft u nog een afspraak nodig?"

Aanbeveling: Het is daarom belangrijk om de allochtone cliënt eerst in te lichten over het proces van deze handeling en dan de vraag te stellen.

Beslissing 1: Crisis situatie?

Het is belangrijk om de punten waarop een receptiemedewerker een cliënt observeert ook te checken ten opzichte van allochtone cliënten. Zo zij er verschillende voorbeelden te geven: een slecht Nederlands sprekende cliënt kan verward klinken bij het formuleren van hulpvraag; Turkse verslaafden zien er vaak net en schoon uit omdat familie hen verzorgt; Surinaamse cliënten zijn uitbundiger in het vertellen van hun verhaal en gebruiken hun lichaam om zich beter te uiten.

Beslissing 2: crisis?

Bij het bepalen van een crisissituatie is het belangrijkste aandachtspunt de gevarieerdheid van de aanmeldingsproblemen (K. Logghe, 1998). De crisissituatie kan chronisch zijn omdat de familie of een geestelijke hem een lange tijd heeft verzorgd. Bij het achterhalen of er andere hulpverleners bij betrokken zijn moeten ook religieus geestelijke leiders niet over het hoofd worden gezien.

Het sociaal functioneren van de cliënt is hierbij ook erg belangrijk. De cliënt kan aangemeld zijn omdat het probleemoplossend vermogen van het sociale netwerk ontoereikend is. Als familie en omgeving geen oplossingen meer hebben voor zijn klachten dan kan dit ook een reden voor een crisis zijn.

Crisisinterventie per telefoon is geen oplossing als het om een cliënt gaat die slecht Nederlands spreekt. En om dit via een familie of een andere persoon te doen is niet wenselijk. In deze gevallen wordt een huisbezoek geïndiceerd.

Beslissing 3: gesprek of folder?

Allochtonen hebben een andere wijze van het verwoorden van hun hulpvraag dan autochtonen. Zo formuleren Nederlanders hun hulpvraag abstract en met betrekking

tot hun situatie. Daarentegen formuleren allochtonen hun hulpvraag concreter en los van regelingen en procedures. Hierdoor lijkt het erop dat allochtonen een deel van controle over hun eigen situatie uit handen geven. Ze stellen zich afhankelijker op ten opzichte van de hulpverlener en nemen geen tijd om over hun problemen te praten, waardoor de beslissing aan de receptiemedewerker wordt overgelaten of er een folder gegeven moet worden of een afspraak moet worden gemaakt.

2. Het geven van folder (-)

"De informatie uit een (standaard)folder die is ontwikkeld voor de doorsnee Nederlandse burger kan door een allochtone cliënt anders worden opgevat" (M. Balledux, 1995). Dit heeft er mee te maken dat deze cliënten vaak onbekend zijn met de verschillende hulpverleningsprocessen. Daarnaast speelt een ontbrekende of gebrekkige kennis van de Nederlandse taal, van wetten en regels in de Nederlandse samenleving en van de rechten en plichten als burger een belangrijke rol als het gaat om het zelfvertrouwen van veel allochtonen. Door het gebrek aan zelfvertrouwen kunnen deze cliënten niet openlijk over hun problemen praten. Hierin is de houding van zowel de receptiemedewerker als van de hulpverlener doorslaggevend als het gaat om het slagen van contact voor de hulpverlening.

Aangezien de allochtone hulpvrager vaak een kennisachterstand heeft is het geven van informatie, inlichting en voorlichting erg belangrijk. Hierdoor kunnen deze cliënten voorgelicht worden over verslaving en verslavingszorg. Het geven van folders is niet voldoende.

Het adequaat opvangen van een kennis of familielid van een potentiële cliënt is ook erg belangrijk als het gaat om het welslagen van een hulpverleningsrelatie. Bij Marokkanen en Turken zoekt men in het gezin hulp voor een dergelijk probleem. Dit wordt meestal gedaan door een van de kinderen, de partner, de vader of moeder van de cliënt.

Aanbeveling: Als de cliënt alleen voor informatie is gekomen, biedt haar/hem een aangepaste folder of informatie aan.

3. Invullen personalia op aanmeldingsformulier (-/+).

Als de taalproblemen zijn weggewerkt dan kan dit punt geen moeilijkheden opleveren. Over het algemeen voelen de mensen zich serieus genomen als er formulieren zijn ingevuld.

4. Cliënt naar wachtkamer sturen

Hierbij is de informatie die de cliënt krijgt erg belangrijk, vooral die over het proces van intake. Zoals eerder is opgemerkt hebben allochtone cliënten de neiging om hun verhaal te vertellen aan iedereen die daarnaar vraagt. Dit heeft met onbekendheid ten opzichte van hulpverleningsstructuur te maken. Ook kan het zijn dat allochtone cliënten hulp nodig hebben bij het invullen van formulieren, zoals het geven van toelichting. Daarnaast is herkenbaarheid van ruimte voor de allochtone cliënten ook een belangrijk aandachtspunt, bijvoorbeeld in de inrichting van een wachtruimte of gebouw.

5. Voeren van het aanmeldingsgesprek

Interactie met de individuele hulpverlener is doorslaggevend voor een goede werkrelatie met de allochtone cliënt. Hieronder volgt een aantal aanbevelingen:

- De houding van de hulpverlener moet klachtgericht zijn; uiterlijk en kleding moeten geen rol spelen.
- De betrokkenheid en het inlevingsvermogen van de hulpverlener in de situatie van de allochtone cliënt is erg belangrijk. Kennis van de achtergrond van de cliënt is noodzakelijk.
- De hulpverlener moet de tijd nemen om naar klachten te luisteren. Het bespreken van aanmeldingsformulier kan onvoldoende zijn (T. Bedaux, 1997).

6. Advies of Hulp

Bij advies of hulp moeten de oplossingen passen bij de achtergrond en uitgangspunten van allochtone cliënten. Er moet voldoende nagedacht zijn over het effect van bepaalde maatregelen bij de allochtone doelgroep. Allochtone cliënten stellen zich afhankelijk op en hebben een passieve houding waar het gaat om hulpverlening. Daarnaast speelt het gebrek aan zelfvertrouwen van de cliënt een rol. De hulpverleners zullen vaker uitleg moeten geven. Voor het slagen van de hulpverleningsrelatie speelt vertrouwen een belangrijke rol. Ook is het zo dat als het vertrouwen in de instantie eenmaal geschaad is, dit niet eenvoudig terug te winnen en jaren kan duren.

Bij het maken van afspraken moet duidelijk aangegeven worden met wie en waar deze afspraak plaats vindt en waarom.

7. Afname EuropASI (-)

Uit ervaringen van het NCB met verschillende diagnostische instrumenten blijkt dat deze niet altijd geschikt zijn voor allochtone cliënten en vaak aangepast moeten worden. In dit commentaar is het niet haalbaar om hier over uit te weiden, omdat dit specialistisch werk is en extra tijd kost.

8. Aanvullend diagnostiek (+)

In het geval van een allochtone cliënt is het vaak nodig om aanvullende diagnostiek te doen. Omdat een intake met een allochtone cliënt extra tijd eist, geeft dit meer ruimte om aan diagnostiek werken. Men kan deze ruimte ook gebruiken om informatie in te winnen over de achtergrond van de cliënt of gesprekken te voeren met de familie.

9. Hoort de cliënt in de Jellinek; is het een juiste aanmelding?

Het is hierbij weer erg belangrijk de cliënt in te lichten over de beslissing en het vervolg.

10. Verwijzing extern

Reden van externe verwijzing en verwezen instelling moet duidelijk verteld worden aan de cliënt.

11. Verwijzing intern

Alle verwijsprotocollen moeten gecheckt en aangepast zijn aan de situatie van de allochtone cliënt.

Hoe beter de cliënt is ingelicht des te meer het welslagen van de hulpverlening voor de hand ligt. Het kan voorkomen dat hetzelfde vaker herhaald moet worden en dat verschillende familieleden om dezelfde uitleg vragen e.d. Met al deze punten moet rekening gehouden worden in de protocollen door het inlassen van een extra informatie uur.

Literatuurlijst

- Jong, M.D.T. de & Schellens, P.J. (1996). Plus-en-minmethode: groepsgewijs of individueel? Enschede: Universiteit Twente, Vakgroep Toegepaste Taalkunde.
- Asema, P. van, H. de Vries & G.J. Kok, Het focusgroep-interview: een stappenplan 1998
- Morgen, D.L., Focus groups qualitative research. Sage Publications, Beverly Hills 1998
- Krueger, R.A., Focus groups: a practical guide for applied research. Sage Publications Beverly Hills 1998.
- Basch, C.E., Focus groups interview: an underutilized research technique for improving theory and practice in health education. Health Education Quarterly 1998

Bijlage 3 bij Projectopzet NCB – Jellinek

Interviews met (ex-)cliënten

De interviews worden gehouden met cliënten die het zorgproces recentelijk hebben doorlopen. De selectie vindt plaats door het pilotteam en de cliënten worden individueel benaderd met het verzoek tot deelname.

Leidraad voor het interview vormt het stroomdiagram van het herontwerp evenals de bevindingen van activiteit 1.

De betreffende medewerker krijgt instructie over:

1. Procesanalyse
2. Interviewtechnieken
3. Verslaglegging

Deze instructie wordt gezamenlijk gegeven door de afdeling K&I van Jellinek en het NCB

Interviewinstructie Focusgroep-project (N. Sönmez en A. van Dijk, oktober 1998)

Inleiding

Bij het herontwerpproces in de Jellinek wordt specifiek aandacht besteed toegankelijkheid van de instelling voor allochtone groeperingen. In samenwerking met het Nederlands Centrum Buitenlanders worden een drietal activiteiten uitgewerkt nl:

1. documentanalyse met de plus/minusmethode.
2. Individuele interviews met (ex)cliënten
3. Focusgroep-interviews

Deze interviewinstructie behoort bij onderdeel 2. De interviews zullen worden afgenomen door een medewerker van de Jellinek die bekend is met het betreffende zorgproces en ervaring heeft in het werken met allochtone cliënten. Cliënten worden actief benaderd voor deelname tijdens het doorlopen van het betreffende zorgproces. De interviews kunnen op elke locatie worden gehouden.

Instructie

De instructie wordt gegeven door het hoofd kwaliteit en innovatie (interviewtechniek en verslaglegging) van de Jellinek en een seniorbeleidsmedewerker van het NCB (aandachtspunten vanuit allochtonenoptiek).

Interviewen

1. Introductie:

- Neutrale opening (kon u het makkelijk vinden etc)
- Stel jezelf voor
- Vertel het doel van het gesprek
- Vertel dat de gegevens vertrouwelijk worden behandeld
- Leg uit hoe je de vragen gaat stellen
- Nodig de cliënt uit om zoveel mogelijk te vertellen wat hij/zij van belang vindt
- Vertel dat je aantekeningen (bandopname?) maakt tijdens het gesprek
- Geef aan hoe lang het gesprek ongeveer duurt

2. Volg het interviewschema

3. Afronding

- geef het aan als je aan de laatste vragen begint
- bedank de cliënt voor de medewerking
- vertel nogmaals wat er met de gegevens gebeurt

Literatuur:

Hfst 3 en 4. Ben Emans, Interviewen, theorie, techniek en training, Wolters Noordhoff Groningen, 1985

Verslaglegging

Aantekeningen maken tijdens het interview of op band opnemen. Aantekeningen direct uitwerken na afloop van het interview. Per deelvraag het antwoord uitschrijven. Zoveel mogelijk cliëntbewoordingen gebruiken bij het weergeven. Uitgewerkte interviews worden bij de afdeling K&I ingeleverd.

Interviewschema

Algemene vragen:

Interviewer

Datum:

Locatie:

Land van herkomst cliënt:

Man/vrouw:

Leeftijd:

Middel:

Vraag 1: Hoe bent u bij de Jellinek terecht gekomen?
(wie heeft op het bestaan geattendeerd, wie heeft verwezen)

Vraag 2: Wat is u vooraf verteld over de Jellinek?
(welke hulp zou je er kunnen krijgen)

Vraag 3: Hoe bent u te weten gekomen wanneer en op welk adres u zich zou moeten melden? *(vraag door naar bekendheid met spreekuurtijden)*

Vraag 4: Waren die bereikbaarheid en spreekuurtijden geschikt voor u?
(vraag door: zo ja, waarom en zo nee, waarom niet)

Instructie

De volgende vragen gaan specifiek over dat eerste contact wat u hebt gehad, we noemen dat de intake. Met de volgende vragen ga ik stapje voor stapje met u de verschillende momenten in dat eerste contact langs. Kunt u zelf eerst vertellen hoe het u verging nadat u de voordeur binnen was gestapt? (de cliënt eerst zelf laten vertellen en vervolgens langs de vragen lopen en aanvullende informatie opvragen.

Vraag 5: U kwam bij het gebouw aan, wat voor indruk maakte dat op u?

Vraag 6: Bij de receptie werden enkele gegevens van u gevraagd. Hoe vond u dat verlopen?

- Vraag 7:** Er werd u een foldertje gegeven met informatie over het eerste contact, vond u dat duidelijk?
- Vraag 8:** Wat vond u van de wachttijd en hoe heeft u die tijd doorgebracht?
- Vraag 9:** U werd binnengeroepen door een medewerker van de Jellinek, waren uw gegevens daar al bij bekend?
- Vraag 10:** De medewerker ging met u verschillende formulieren invullen. Waren de vragen voor u begrijpelijk?
- Vraag 11:** Voelde u zich op uw gemak tijdens het gesprek?
- Vraag 12:** Hoe lang duurde het gesprek en wat vond u daar van?
- Vraag 13:** Er worden verschillende formulieren ingevuld tijdens het gesprek, was dat storend voor u?
- Vraag 14:** Had u de gelegenheid om uw eigen verhaal te vertellen het gesprek?
- Vraag 15:** Waren de vragen voor u in begrijpelijke taal opgesteld ?
- Vraag 16:** Op het einde van het gesprek werd een besluit genomen wat de beste ondersteuning voor u zou zijn, hoe is dat precies gegaan? (*vraag door of ook de mening/instemming van de cliënt werd gevraagd*)
- Vraag 17:** Is met u op de informatiefolder ingevuld welke afspraken gemaakt waren en met wie u had gesproken?
- Vraag 18:** Heeft u dat gedeelte van de folder meegekregen?

Vraag 19: Had u in de tijd tussen het eerste contact en de start van de Behandeling nog vragen willen stellen?
(Zo ja, vraag door welke vragen had u willen stellen?)

Instructie

Ik ben nu toe aan de laatste twee vragen. Met deze vragen willen we vooral beter proberen te begrijpen wat voor u vanuit uw achtergronden belangrijk is in onze manier van doen als hulpverleners.

Vraag 20: Weet u wat redenen zijn voor uw landgenoten om niet naar de Jellinek te gaan voor hulp?

Vraag 21: Heeft u een voorkeur voor een niet-Nederlandse hulpverlener, bijvoorbeeld iemand uit uw eigen cultuur?

Vraag 22: Heeft u nog suggesties wat we beter zouden kunnen doen in de omgang met u en uw landgenoten?

Ruimte voor overige aantekeningen

Bijlage 4 bij Projectopzet NCB – Jellinek

Het focusgroep-interview in Jellinek

Groepsinterviews de Jellinek met Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten, samenvatting van de originele bandopnames

Inleiding

Binnen de groepsinterviews met de verschillende allochtone cliënten van Jellinek wordt de invulling van de hulp aan deze groepen bediscussieerd. Aan de hand van de antwoorden op de vragen wordt de wens van allochtone cliënten om hulpverlening achterhaald. Daarbij wordt gekeken naar het verschil met hulpverlening aan autochtone cliënten. Bij de analyse van de groepsinterviews gaat het om de (ir)relevantie van dit verschil. Het achterhaalde verschil in de hulpverlening aan allochtone cliënten hangt sterk af van waar de hulpverlening wordt gerealiseerd. Hieruit zal blijken dat dit verschil in hulpverlening lokaal bepaald is en niet door een andere instelling zomaar overgenomen kan worden. Wat wel overdraagbaar is, is het aangeven van de relatie tussen omgeving, ruimte en de tijd waarin de hulpverlening aan allochtone cliënten gespecificeerd is. De instellingen kunnen dan zelf bepalen wanneer en wat ze noodzakelijk vinden om de kwaliteit van de hulpverlening aan allochtonen te verbeteren.

Populatie

De cliënten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek waren allen afkomstig van het IMC. Dit heeft voor een deel eenzijdige informatie opgeleverd als het gaat om verwijzing. De meeste cliënten met een Surinaamse achtergrond waren bekend met Jellinek, omdat ze reeds eerder opgenomen waren en hun behandeling vroegtijdig hadden afgebroken. Daarnaast heeft ieder van de cliënten een verwijzing van Justitie. De meeste cliënten van Surinaamse afkomst waren langer dan vijf jaar verslaafd. Er zijn zes cliënten geïnterviewd.

De Marokkaanse cliënten hebben ook reeds eerder hulpverlening gehad, maar niet langdurig.

De Antilliaanse groep was net als de Surinaamse groep ook bekend binnen de instelling en waren langer dan vijf jaar verslaafd. Alle cliënten hadden een opleiding gehad op MBO niveau. Alle groepen cliënten hebben hun voorkeur aan IMC gegeven.

Opbouw van interview en resultaten

De groepsinterviews zijn opgenomen op audiocassette en vervolgens, aan de hand van vragen die tijdens de interviews zijn gesteld, geanalyseerd.

Eerst wordt de vraag genoteerd, daarna wordt er een samenvatting van het gesprek gegeven. Vervolgens wordt gekeken naar de overeenkomsten en verschillen tussen de cliënten. Aan het eind van de vraag volgt een korte conclusie.

Vraag 1: Hoe heeft de verwijzing naar Jellinek plaatsgevonden en hoe zijn de cliënten bij Jellinek terecht gekomen?

Surinaamse cliënten die aan dit interview hebben meegewerkt, hebben eerder hulp gehad vanuit de verslavingszorginstellingen en eerstelijnszorg. Alle cliënten wisten wel wat Jellinek deed en wat voor instelling het was. Toch hebben de cliënten tot nu toe de hulpverlening afgebroken en het programma niet afgemaakt. Volgens de cliënten kwam dat voor een groot deel omdat er bij hen informatie over verslavingshulp ontbrak en men niet wist wat men kon verwachten van de hulpverlening. De aanmelding bij Jellinek is steeds via een tussenpersoon verlopen. De cliënten hebben niet direct hulp gezocht bij de instelling omdat ze ervan uitgingen dat je er niet, of alleen met een verwijsbrief, terecht kon. Doordat de aanmelding via een tussenpersoon is gegaan, hebben de cliënten hun eigen verhaal niet zelf hoeven te vertellen. Over het algemeen vonden alle cliënten het moeilijk om over zichzelf te vertellen. De relatie tussen verslaving en hulp en de relatie tussen het eigen verhaal vertellen en hulpbehoevend zijn, is voor de cliënten onduidelijk. Vaak werden de vragen die tijdens de eerste aanmelding door de hulpverlener zijn gesteld als te direct ervaren. Ook omdat het bij de aanmelding niet duidelijk was voor de cliënten hoe het verloop van de hulpverlening zou zijn.

Marokkaanse cliënten wisten niet wat de Jellinek was. Nooit eerder waren ze in aanraking geweest met een verslavingszorginstelling. De aanmelding is ook bij hen via een andere persoon geregeld. Op advies van de tussenpersoon hebben de Marokkaanse cliënten de voorkeur aan het IMC gegeven omdat daar alleen allochtonen waren. Dit hebben ze eerder van andere verslaafden gehoord en ze hebben gehoord dat het binnen het IMC leuk was. Deze cliënten zijn ook door de tussenpersoon naar Jellinek gebracht. Het ontbrak hen aan informatie over de instelling en het verloop van de hulpverlening. Deze cliënten wisten niet dat je voor je verslavingsproblemen hulp kunt zoeken.

De Antilliaanse cliënten die geïnterviewd zijn, waren via een reclasseringsambtenaar verwezen naar de Jellinek. Deze cliënten zijn ook door deze ambtenaar naar de Jellinek gebracht. Een van de cliënten was eerder opgenomen geweest in Jellinek. Deze cliënt heeft zichzelf aangemeld bij de Jellinek en wist er de weg nog. De andere cliënten hadden geen ervaring met Jellinek.

Antilliaanse cliënten vonden het IMC in eerste instantie schoon en netjes. Het rook prettig en vooral het feit dat de cliënten de taak hadden om het gebouw schoon te houden, sprak hen aan. Een cliënt zei: "Het is daar, IMC dan, behoorlijk schoon, dat wordt echt goed gecontroleerd. Dus wij moeten het zelf schoon houden".

Dat er allochtonen werkzaam zijn, sprak de cliënten ook aan. Er werkt in de Jellinek ook een Antilliaanse hulpverlener, dat is wel prettig voor de cliënten.

Overeenkomsten tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Een van de belangrijkste overeenkomsten is dat alle drie de cliëntengroepen verwezen zijn door een tussenpersoon anders dan de huisarts. Vaak heeft de verwijzing plaatsgevonden door een justitieorgaan. De cliënten hebben er nooit aan gedacht om zelf hulp te zoeken bij een verslavingsinstelling. De meeste cliënten zijn

door de verwijzer zelf per auto gebracht. Enkelen wisten de weg omdat ze eerder waren opgenomen.

Een andere overeenkomst is het ontbreken van inhoudelijke informatie bij de cliënten over Jellinek. De informatie die ze hadden, was vaak afkomstig van een andere verslaafde die eerder was opgenomen in Jellinek.

Verschillen tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Surinaamse en Antilliaanse cliënten zijn beter op de hoogte van de instelling en de verslavingszorg dan Marokkaanse cliënten. Surinaamse en Antilliaanse cliënten zijn ook verwezen en gebracht door iemand met dezelfde achtergrond. Surinaamse cliënten zijn op de hoogte van de hulp die je kunt krijgen als je verslavingsproblemen hebt, terwijl Antilliaanse en Marokkaanse cliënten niet direct het verband kunnen leggen tussen hulp krijgen en het verslavingsprobleem.

Een ander verschil is dat de Surinaamse cliënten beter toegang hebben tot informatie dan Antilliaanse en Marokkaanse cliënten. Vaak is de informatie in het Nederlands en schriftelijk. Surinaamse cliënten zijn relatief beter opgeleid dan de andere twee groepen. Sommige Marokkaanse cliënten kunnen niet lezen en schrijven en begrijpen minder goed Nederlands. Een van de geïnterviewde cliënten sprak geen Nederlands.

Surinaamse cliënten begrijpen niet alles wat ze lezen, maar ze kunnen er wel de algemene lijn uit halen.

Samenvatting

- Zoals eerder is opgemerkt, is de informatie die we hebben gehad van alle drie de groepen te eenzijdig.
- De cliënten zijn allen afkomstig van dezelfde afdeling.
- Verwijzing is via een andere organisatie gedaan dan de huisarts en de cliënten zijn door een tussenpersoon naar de Jellinek gebracht.
- De relatie tussen verslaving en hulpverlening is niet altijd duidelijk.
- Er is geen duidelijk beeld wat de Jellinek is.

Vraag 2: Wat was de eerste indruk van de Jellinek?

Surinaamse cliënten hebben al langer ervaring met de Jellinek waardoor ze een vergelijking kunnen maken tussen hoe het vroeger was en hoe het er nu uitziet. Vooral wat betreft de accommodatie is er veel veranderd. Tijdens de eerdere opname in de kliniek hadden de cliënten geen keus als het ging om eten, terwijl ze nu zelf mogen koken, hun eigen boodschappen doen en opruimen. Wat ook opviel was dat het IMC er schoon en netjes uitzag. Het zelf schoonmaken van de keuken vonden cliënten het prettigst. Het afspoelen van borden na het soppen wordt bijvoorbeeld door Nederlandse cliënten niet gedaan, terwijl zij dat erg belangrijk vinden. Daarnaast maken cliënten ook de andere ruimten schoon en houdt iemand toezicht waardoor het altijd schoon blijft.

Marokkaanse cliënten vonden het IMC ook erg schoon en netjes. Marokkaanse cliënten gaven aan zich prettig te voelen als de omgeving er schoon uitziet en kregen niet het gevoel dat het een instelling was voor verslavingshulp. Daarbij gaven

de cliënten aan dat ze het leuk vonden zelf de verantwoordelijkheid te krijgen om de omgeving schoon te houden. Hierdoor hebben ze zich in het IMC thuis gevoeld. Marokkaanse cliënten gaven ook dat ze het prettig vonden dat het gebouw in het bos en buiten de stad lag. Een cliënt gaf aan: "Ik kan me beter concentreren op de hulp die ik wil, ik word niet gestoord door allerlei lawaai van de stad".

Antilliaanse cliënten vonden het IMC net als de andere twee groepen schoon en netjes. Het rook prettig en vooral het feit dat de cliënten de taak hadden om het gebouw schoon te houden sprak hen aan. Een cliënt zei: "Het is daar, IMC dan, behoorlijk schoon, dat wordt echt goed gecontroleerd. Dus wij moeten het zelf schoon houden".

Dat er allochtonen werkzaam zijn sprak de cliënten ook aan. Er werkt in de Jellinek een Antilliaanse hulpverlener, dat is prettig voor de cliënten.

Overeenkomsten tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Alle cliëntengroepen vonden het prettig dat het gebouw buiten de drukke stad lag. Dat de omgeving waarin ze verbleven schoon en opgeruimd was, werd ook door alle drie de groepen als positief ervaren. Het viel hen zelfs op dat het schoon en netjes was. De aanwezigheid van alleen maar allochtone cliënten in de instelling werd als veilig ervaren en men vond het ook zeer prettig, ook al was de meerderheid van Surinaamse afkomst. Marokkaanse cliënten gaven aan dat er meer Surinaamse hulpverleners werken dan andere nationaliteiten.

Een hulpverlener met dezelfde achtergrond werd zeer gewaardeerd.

Verschillen tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Surinaamse cliënten hebben meer herkenningpunten binnen het IMC dan Antilliaanse en Marokkaanse cliënten. Er werken inderdaad veel meer Surinaamse hulpverleners op de afdeling en er zijn veel meer cliënten van Surinaamse afkomst.

Samenvatting

- Alle cliëntgroepen vonden het leuk om samen met andere allochtonen te zijn.
- Daarnaast was het belangrijk dat de omgeving er schoon en netjes uitzag. Dat de cliënten zelf konden koken en schoonmaken heeft eraan bijgedragen dat ze zich thuis en vertrouwd hebben gevoeld.
- De locatie buiten de stad wordt gewaardeerd.

Vraag 3: Hoeveel informatie hebben de cliënten gekregen over Jellinek en door wie is deze informatie verstrekt?

Surinaamse cliënten zijn over het algemeen beter geïnformeerd over de verslavingszorg dan de Marokkaanse groep. Surinaamse cliënten hebben een betere toegang tot informatie, maar de informatie die ze hebben is vaak te eenzijdig. Deze informatie is vaak afkomstig van andere verslaafden die bij de Jellinek zijn geweest. Surinaamse cliënten denken dat je bij de Jellinek drugsvervangende middelen kunt krijgen, maar ze weten verder weinig over de hulp die daar verleend wordt. De

verwijzende instellingen hebben niet altijd schriftelijke informatie die ze aan de cliënt kunnen geven. Vaak worden de cliënten mondeling ingelicht. Ook bij de aanmelding hebben cliënten weinig informatie gekregen over de hulp. Cliënten denken dat dit een bewust beleid van de instelling is om te achterhalen in hoeverre de cliënten echt gemotiveerd zijn voor de hulp die ze vragen.

De cliënten geven aan dat ze in het begin van hun opname het verband tussen verslaving en psychische problemen niet begrepen. Pas later tijdens de opname begrepen ze dit beter.

Surinaamse cliënten hebben ook aangegeven dat men er snel vanuit gaat dat alle Surinamers de Nederlandse taal goed beheersen, maar het tegendeel is waar. Surinaamse cliënten hebben het liefst schriftelijke informatie in hun eigen taal.

Marokkaanse cliënten zijn minder goed geïnformeerd over de verslavingszorg dan Surinaamse cliënten. Marokkaanse cliënten hebben nooit geweten dat je met je verslaving naar een hulpverleningsorganisatie kon gaan totdat ze het zelf hebben ervaren. Ze wisten wel dat er plekken waren waar je methadon kon krijgen, maar de link met verslavingszorg ontbrak.

Het ontbreekt hen ook aan informatie over hoe en waar je een verslavingszorginstelling kunt bereiken. Hun verwijzing is via een tussenpersoon gelopen en ze zijn erheen gestuurd.

Deze cliënten denken dat de hulp die ze bij verslavingszorg kunnen krijgen niet meer is dan hulp bij problemen, zoals financiële problemen. Er wordt wel mondeling informatie verstrekt door de verwijzer over de instelling, maar daar is niet altijd een tolk bij aanwezig. Er wordt geen schriftelijke informatie verstrekt. Cliënten gaven aan dat ze niet veel wisten over het hoe en waarom van de aanmelding bij de Jellinek.

Antilliaanse cliënten zijn al ingelicht over de verslavingshulp tijdens hun strafuitzetting. Tijdens bijeenkomsten moesten cliënten de beslissing nemen of ze wilden stoppen met drugsgebruik of niet. Daarna werden ze ingelicht over de mogelijkheden. Vervolgens werd er een afspraak gemaakt met de instelling en werden de cliënten erheen gebracht. Een van de cliënten is via Verslavingszorg Utrecht verwezen omdat in Utrecht een te lange wachtlijst was. Deze cliënt wist dat de Jellinek een soortgelijke instelling is als het Centrum Maliebaan.

Overeenkomsten tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Ondanks kleine nuanceverschillen tussen cliënten groepen zijn alle cliënten niet goed geïnformeerd over de Jellinek en over de hulpverlening die daar geboden wordt. Alle cliënten gaven aan behoefte te hebben aan meer informatie.

Verschillen tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Surinaamse en Antilliaanse cliënten groepen maken over het algemeen meer gebruik van verslavingszorg dan de Marokkaanse groep. Daardoor zijn de eerste twee groepen cliënten beter geïnformeerd. Vaak is deze informatie afkomstig van de andere cliënten die eerder opgenomen zijn geweest of hulp hebben gehad.

Samenvatting

- Informatie over verslaving en verslavingszorg ontbreekt bij de cliënten. Het verstrekken van schriftelijke informatie aan cliënten is niet aan de orde, noch door verwijzers, noch door de Jellinek zelf.
- Cliënten, ook Surinaamse cliënten, hebben moeite met het verstaan van Nederlands en hebben behoefte aan informatie in hun eigen taal.
- Men gaf ook aan behoefte te hebben aan schriftelijke informatie.

Vraag 4: Met wat voor soort problemen denkt u dat mensen terecht kunnen bij Jellinek?

Surinaamse cliënten denken dat je naar de Jellinek kunt gaan voor:

- hulp bij het oplossen van problemen, zoals huisvesting- en werkloosheidsproblemen
- hulp bij het verslavingsprobleem door methadon te verstrekken
- hulp bij relatieproblemen
- hulp bij medische problemen

De meeste cliënten hebben aangegeven dat ze zich na de opname in de kliniek pas realiseren dat je ook psychische problemen hebt als je verslaafd bent. Men dacht dat de verslaving niets met de psychische problemen te maken had. Later kwam daar verandering in. Dit kwam volgens hen doordat ze opgenomen waren met cliënten van verschillende culturen. Een cliënt gaf aan dat ieder van hen een andere verklaring had voor zijn problemen, maar dat ze allemaal verslaafd waren. Toen kwamen ze er achter dat ze iets gemeenschappelijks hadden. Met dit inzicht, tijdens de therapie opgedaan, weet de cliënt nu dat verslaving te maken heeft met psychische problemen.

Marokkaanse cliënten gaven aan dat ze niet wisten dat je voor verslavingsproblemen hulp kunt krijgen. Ze dachten dat verslaafden gewoon zelf verslaafd willen zijn en dat niemand hen hoeft te helpen, omdat je er vanzelf weer vanaf komt. Ze denken dat je voor huisvestingsproblemen bij de Jellinek terecht kunt en ook met je relatie-, werkloosheids- of financiële problemen.

Antilliaanse cliënten zien meteen een verband tussen verslaving en verslavingshulp. Deze cliënten geven aan dat je voor verschillende verslavingen bij de Jellinek terecht kunt. Daarbij noemden cliënten heroïne-, cocaïne- en alcoholverslaving. Gokverslaving werd niet genoemd. Er is gevraagd of cliënten met elkaar praten over hun verslavingen. Het antwoord was dat ze dat wel deden maar niet met iedereen, omdat sommige cliënten zich beter voordoen dan anderen en dat veroorzaakt wel eens irritatie.

Overeenkomsten tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Alle cliënten hebben een soortgelijke verwachting van de verslavingszorg. Cliënten gaven aan dat je voor je verslavingsproblematiek naar de Jellinek kunt om hulp te krijgen, cliënten echter in mindere mate.

Verschillen tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Antilliaanse en Surinaamse cliënten lijken zich beter op hun gemak voelen dan Marokkaanse cliënten. Dit heeft voor een deel te maken met het feit dat Surinaamse en Antilliaanse cliënten beter op de hoogte zijn van verslavingshulp dan Marokkaanse cliënten.

Samenvatting

- Het is opvallend dat cliënten hun verslaving verklaren vanuit een sociaal kader. De verslaving heeft sterk te maken met de omgeving waarin je leeft. Marokkaanse cliënten gaven aan dat ze bijvoorbeeld niet verslaafd waren in Marokko, maar wel in Nederland, omdat je hier snel aan middelen kunt komen. Volgens Surinaamse cliënten had hun verslaving heel erg te maken met hun slechte gedrag jegens hun omgeving. Volgens hun religieuze overtuiging worden hierdoor de geesten chaotisch. Hiervoor zijn ze vaak teruggedaan naar hun geboorteland om daar een "winti ceremonie" te houden. Vaak heeft dit geholpen.
- Men heeft te eenzijdige informatie over de verslavingszorg. Men denkt dat je alleen voor een bepaald soort hulp bij de Jellinek terecht kunt. De hulp is volgens de cliënten bedoeld om de problemen op te lossen die ontstaan zijn door de verslaving.

Vraag 5: Hoe bent u als allochtone cliënt opgevangen bij de receptie van de Jellinek en denkt u dat Nederlandse cliënten anders opgevangen worden?

Surinaamse cliënten vonden het moeilijk deze vraag te beantwoorden, omdat ze aangaven dat ze als Surinamer geen inzicht hebben in hoe de aanmelding verloopt. Je meldt je aan en moet dan soms drie weken wachten. Dit wordt als ongewenst ervaren. Een cliënt verwoordt dit als volgt: "Ik weet zeker dat de mensen van andere culturen minder inzicht hebben wat dat soort dingen betreft, dat ze vaker moeten bellen en steeds er achteraan moeten. De mensen bij de kliniek moeten dit weten. Surinaamse mensen zijn mensen die goed gemotiveerd moeten worden vanuit de hulpverlening. Ze hebben zelf deze motivatie niet. Ze denken sowieso dat ze niet welkom zijn en dat ze daarom niets horen en drie weken moeten wachten". Maar deze cliënten denken niet dat Nederlandse cliënten anders opgevangen worden. Het is wel zo, volgens Surinaamse cliënten, dat Nederlandse cliënten meer weten van de procedures. De aanwezige informatie is ook in het Nederlands. Het is toch veel duidelijker als deze er ook in je eigen taal zou zijn. Deze cliënten hebben ervaren dat het vaak mis gaat als je niet goed verstaat wat er gezegd wordt.

Voor Marokkaanse cliënten was het nog moeilijker om hierop een antwoord te geven. Een tolk was er niet, waardoor de cliënten niet konden volgen wat er gezegd werd. Het was daarom prettig dat er een tussenpersoon aanwezig was die het woord voor hen voerde.

Daarbij werd hun mening gevraagd over vraag 5. Marokkaanse cliënten gaven aan het niet erg te vinden om samen met andere cliënten door één deur binnen te komen. Marokkaanse cliënten denken niet dat de Nederlandse cliënten anders behandeld worden dan zijzelf, maar zij kunnen wel alles volgen en zij niet. Net als de Surinaamse cliënten vonden deze cliënten het ook vervelend dat ze niet konden

volgen wat er gezegd werd. Hierdoor wisten ze niet wat ze van de kliniek konden verwachten.

Antilliaanse cliënten denken dat het in principe niet uitmaakt of je allochtoon bent of niet. Alle cliënten worden op dezelfde basis opgevangen. Maar zei een cliënt: "Ik kan het niet woordelijk brengen, maar het ontbreekt toch een beetje positieve kant eraan. Het zijn meer dat er afspraken die worden gemaakt, maar die komen ze niet na. En ja, dan moet je zelf die stappen ondernemen, maar dan zeg ik wel .. zwarteling maar toch. Als je een afspraak met een Nederlandse cliënt maakt, ja afspraak is afspraak". Cliënten vertelden dat de hulpverleners je niet vertrouwen als je zegt dat je hulp wilt. De hulpverleners willen er zeker van zijn dat je het echt meent, daarom moet je laten zien dat je gemotiveerd bent en dat je hulp wilt. Maar door de receptie zijn ze goed opgevangen.

Overeenkomsten tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Geen enkele cliëntgroep denkt dat de Nederlandse cliënten anders behandeld worden dan de allochtone cliënten. Wel dat Nederlandse cliënten beter op de hoogte zijn van de gang van zaken. Het niet verstaan en niet kunnen volgen is een belemmering voor de cliënten, zelfs voor de Surinaamse cliënten. Er ontbreekt veel informatie over de aanmelding en wat ze bij Jellinek kunnen halen, waardoor de cliënten zich afhankelijk opstellen.

Verschillen tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Alleen Antilliaanse cliënten gaven aan dat ze denken dat de hulpverleners Nederlandse cliënten eerder vertrouwen dan allochtone cliënten. Vaak moet je als allochtone cliënt meer van je laten zien voordat ze ervan overtuigd zijn dat je echt gemotiveerd bent.

Samenvatting

- Het is moeilijk iets te zeggen over de ontvangst door de receptie omdat cliënten vaak niet kunnen volgen wat er gezegd wordt. Ook Surinaamse cliënten hebben hier moeite mee. Toch denken groepen niet dat ze anders behandeld worden dan Nederlandse cliënten.
- Cliënten vinden het niet erg door één deur binnen te komen met andere cliënten.
- Er bestaat wel een indruk dat Nederlandse cliënten meer verhoord worden door de hulpverleners.

Vraag 6: Heeft u informatie gekregen over het eerste gesprek en wat vond u ervan? Wat is uw mening erover?

Surinaamse cliënten hebben geen informatie gekregen over het eerste gesprek. Ze hadden wel een bepaalde verwachting van het gesprek, omdat ze van anderen hadden gehoord hoe het er aan toe ging tijdens zo'n gesprek. Deze cliënten hebben geen folders gekregen. Volgens Surinaamse cliënten had dit te maken met het feit dat men ervan uit ging dat ze bekenden van de kliniek zijn. Informatie over "waar ze

je mee kunnen helpen en wat ze allemaal in de Jellinek doen" is wenselijk voor de cliënten. De folders die ze hebben gekregen waren in het Nederlands en soms onduidelijk, omdat ze zich niet konden voorstellen wat er in stond.

Marokkaanse cliënten hebben wel informatie gekregen over de intake. Alleen hebben ze op dat moment vanwege de spanning niet alles kunnen onthouden. De informatie die ze hebben gekregen was in het Nederlands en ze konden niet alles verstaan. Ook hebben ze folders gekregen en deze hebben ze voor zover mogelijk gelezen, maar ze hadden ze liever in hun eigen taal gehad.

Antilliaanse cliënten hebben wel informatie gekregen over de gang van zaken bij de aanmelding. Deze cliënten wisten ook dat er een intakegesprek zou komen. Een cliënt gaf aan: "Ik wist dat ik een intakegesprek had. Ik wist niet wat het inhoud, dus ik was niet voorbereid, want ik wist niet wat er gevraagd zou worden".

Een andere cliënt zei: "Ik was binnengekomen met reclassering en toen moesten we even gaan zitten en mochten koffie pakken of thee en toen kwam iemand me halen en toen moest ik mijn gegevens geven, zodat hij mijn gegevens in de computer zette. Daarna door een andere persoon waren we in een kamer gevraagd, en hij stelde mij een heleboel vragen, zo. Een heleboel vragen." Weer een andere cliënt heeft pas twee dagen na opname een intakegesprek gehad.

Overeenkomsten tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Surinaamse en Marokkaanse cliëntgroepen hebben behoefte aan informatie en hebben die gemist. Het zou voor hen veel makkelijker geweest zijn als ze alles konden verstaan en begrijpen. Surinaamse cliënten denken dat ze veel meer weten dan Turkse of Marokkaanse cliënten. Het viel hen op dat deze cliënten slecht Nederlands spreken. Folders willen ze ook graag in hun eigen taal hebben.

Verschillen tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Antilliaanse cliënten hadden wel informatie gekregen over het intakegesprek, maar inhoudelijk waren ze niet goed op de hoogte. Ze vonden dat er te veel vragen werden gesteld.

Marokkaanse cliënten vonden het juist wel goed dat er zo veel vragen werden gesteld. Surinaamse cliënten vonden de hoeveelheid vragen ook te veel.

Samenvatting

- Cliënten geven aan dat de informatie die ze hebben gekregen niet voldoende was en dat ze vooral behoefte hadden aan informatie in hun eigen taal.
- Antilliaanse cliënten vonden het niet storend dat het gesprek in het Nederlands was, maar de hoeveelheid vragen was te veel.

Vraag 7: Hoe is het gesprek met de medewerker verlopen? Voelde u zich op uw gemak tijdens het gesprek?

Surinaamse cliënten voelden zich niet goed voorbereid, wisten niet wat hen te wachten stond. Deze cliënten hebben het als volgt ervaren: "Je krijgt een serie vragen die je moet beantwoorden, soms heel persoonlijke vragen die je niet gelijk wilt beantwoorden. Dit is wel moeilijk". De ervaringen verschillen als het gaat om het zich op je gemak voelen tijdens het gesprek. Sommige cliënten voelden zich wel op hun gemak en anderen niet. Vooral vragen over niet-medische zaken werden als irrelevant ervaren. Volgens sommige cliënten "was het ook sterk afhankelijk van wie het intakegesprek voerde, sommige hulpverleners zijn duidelijker dan andere".

Marokkaanse cliënten wisten ook niet precies wat de bedoeling was. Ze kregen een serie vragen die ze hebben beantwoord. Eén van de cliënten spreekt geen Nederlands en de hulpverlener met wie hij naar de Jellinek kwam heeft namens hem de vragen beantwoord. Deze cliënten voelden zich niet op hun gemak, maar het gesprek werd ook niet als vervelend ervaren, want ze wilden graag geholpen worden. Over de wachttijd na aanmelding gaven de cliënten aan dat ze niet lang hoefden te wachten, maar dat ze direct geholpen werden.

Antilliaanse cliënten vonden dat er te veel van hetzelfde gevraagd werd. Je had al veel vragen beantwoord en dan werd het nogmaals gevraagd. Een cliënt zei dat hij vooral boos was en dat hij voortdurend bang was dat hij tegen de hulpverlener uit zou vallen.

Een heleboel formulieren moesten worden ingevuld en steeds weer soortgelijke vragen. Een cliënt gaf aan dat hij zich op zijn gemak voelde. Maar het invullen van de formulieren duurde voor hem te lang. Ook waren sommige vragen moeilijk te beantwoorden omdat die over het verleden gingen en de cliënt er de relevantie niet van inzag.

Overeenkomsten tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Het gesprek met de medewerker werd niet als vervelend ervaren. Ook al voelden cliënten zich niet op hun gemak, ze waren bereid om de vragen te beantwoorden. "Je wilt behandeld worden", zei een cliënt. Een andere cliënt gaf aan "geen andere keus te hebben dan de Jellinek. Anders zit je op straat".

Sommige persoonlijke vragen waren moeilijk te beantwoorden. "Je voelt je bijna naakt" zei een Surinaamse cliënt.

Weer andere vragen werden als niet ter zake doende ervaren.

Een Marokkaanse cliënt gaf aan niets te hebben begrepen van de hele intake. De persoon met wie hij was gekomen heeft steeds de vragen beantwoord.

Verschillen tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Geen opvallende verschillen tussen groepen behalve dat de Marokkaanse cliënten moeite hadden het allemaal te volgen. Deze cliënten waren ook het slechtst geïnformeerd.

Samenvatting

- Het minder goed ingelicht zijn over verslaving en verslavingszorg speelt ook hierbij een belangrijke rol.
- Cliënten stellen zich afhankelijk op van de hulpverlener.
- Relevantie van sommige vragen is onduidelijk en wordt dus als niet ter zake doende ervaren.
- Het in je eigen taal kunnen communiceren geeft een veilig en vertrouwd gevoel.
- Cliënten gaven steeds aan niet alles te kunnen volgen, maar dat er geen tolk aanwezig was bij de gesprekken.

Vraag 8: Er worden verschillende formulieren ingevuld tijdens het gesprek, was dat storend voor u?

Surinaamse cliënten reageren neutraal. "Nee, het was niet storend, maar het leek meer routinewerk" zei een cliënt. Een andere cliënt zei dat het leek "alsof de hulpverlener het als storend ervoer". De anderen hadden ook het gevoel dat het moest worden ingevuld.

Marokkaanse cliënten vonden het wel prettig dat op papier dingen ingevuld werden. Vonden het een serieus werk. Marokkaanse cliënten hadden er begrip voor dat de hulpverleners meer over de cliënten willen weten, "anders kun je niet weten wat er aan de hand is met iemand". Marokkaanse cliënten vonden het ook wenselijk dat de formulieren door de hulpverleners ingevuld werden. Een van de cliënten zei: "Als je ze zelf moest invullen, dan was je langer bezig".

Antilliaanse cliënten vonden het aantal vragen te veel en van dezelfde soort. Sommige vragen werden als "te diep graven in je verleden" ervaren. Een andere cliënt zei dat hij het gevoel had dat er geen einde kwam aan de vragen.

Overeenkomsten tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Het invullen van de formulieren wordt door geen van de cliënten als vervelend ervaren.

Verschillen tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Surinaamse cliënten zien het invullen van formulieren als routinewerk en nemen het daarom niet serieus, terwijl Marokkaanse cliënten het wel serieus nemen. Het invullen wordt niet als storend ervaren, maar wel als te lang. Zelf formulieren invullen wordt eerder als vervelend ervaren.

Antilliaanse cliënten vinden het aantal vragen te veel en van dezelfde soort. Sommige vragen waren te intiem en vragen over het verleden konden soms niet beantwoord worden door deze cliënten omdat ze vaak zelf niet wisten hoe het zat met hun grootouders en ouders.

Samenvatting

- Het invullen van formulieren tijdens het gesprek wordt niet als storend ervaren, maar wel als te lang en te veel.
- Cliënten vinden het wel vervelend als ze de formulieren zelf moeten invullen.
- Marokkaanse cliënten zien het belang in van het invullen van de gegevens. Zo hoeft een hulpverlener het een andere keer niet te vragen.
- Wat er verder met de gegevens wordt gedaan is onduidelijk voor de cliënten. Waarschijnlijk hebben de hulpverleners het nodig voor een goede diagnose.

Vraag 9: Had u gelegenheid om uw verhaal te vertellen tijdens het gesprek met de medewerker?

Surinaamse cliënt gaf aan: "Je wilt niet over alles praten, omdat je niet weet hoe de hulpverlener het opvat, dus hou je je mond". Een andere cliënt zei: "Je moet juist alles vertellen wat je hebt gedaan, want het is waar dat de Nederlandse hulpverlener denkt dat je bepaalde vaardigheden hebt en gaat hij bepaalde vragen stellen die pijnlijk voor je zijn, dan zeg je niet alles, maar dat wat de hulpverlener wil horen". Bijvoorbeeld "als iemand eten klaar maakt en het opdient en het is niet lekker dan eet een Nederlander het niet. Surinamers en ook andere buitenlanders zeggen gewoon dat ze het lekker vinden om die persoon tevreden te stellen, maar later onder elkaar zeggen ze dat ze het niet lekker hebben gevonden". "Niet iedereen kan voor zichzelf opkomen. Het gaat niet op voor Surinaamse cliënten. Dat zie je tijdens het praten of vergaderen. Er zijn een paar mensen die op een bepaald niveau iets vertellen en dan verwachten ze dat je het ook kunt, maar niet iedereen heeft inzicht in alles".

Surinaamse cliënten vinden dat de hulpverleners de cliënten goed moeten informeren zodat je meer inzicht krijgt in de gang van cliënten.

Marokkaanse cliënten hebben het gevoel dat ze niet veel kunnen vertellen. Dit heeft vooral te maken met het feit dat je "niet in je eigen taal kon spreken". Een cliënt gaf aan dat hij niet kon volgen of ook alles over hem verteld is. Een andere cliënt zei dat hij tijdens het intakegesprek wel tijd heeft gekregen om dingen te vertellen. Maar later bleek dat niet alles goed overgekomen is. "Ik wou geen methadon, maar ik moest, anders werd ik niet opgenomen. Dan wou ik een lage dosis ervan en snel afbouwen. Maar later bleek dat ik toch een hoge dosis kreeg en na twee weken hebben ze het nog steeds niet afgebouwd". Volgens de cliënt werden dingen niet goed begrepen.

Antilliaanse cliënten hebben vaak geen inzicht in hun verre verleden. Ze kennen hun grootouders en andere familieleden niet. Vragen daarover worden als irrelevant ervaren en daarom hebben cliënten moeite met het beantwoorden van deze vragen. Ze voelden zich niet helemaal prettig tijdens het gesprek. Ook hebben de cliënten de functie van de hulpverlener niet te horen gekregen. Sommige van de cliënten hebben het zelf gevraagd en andere niet. Wel hebben ze aangegeven dat ze willen weten welke achtergrond een hulpverlener heeft.

Overeenkomsten tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Surinaamse cliënten vonden het moeilijk om over zichzelf te praten, dus hebben ze niet alles willen vragen. Een Marokkaanse cliënt dacht alles duidelijk te hebben verteld, maar toch is bepaalde informatie niet goed of verkeerd overgedragen. Antilliaanse cliënten hebben net als de Surinaamse cliënten sommige vragen als te intiem ervaren.

Verschillen tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Het is opvallend dat Marokkaanse cliënten meer problemen ervaren op het gebied van communicatie dan de andere cliënten. Een ander verschil heeft te maken met de verwachtingen van het gesprek. Antilliaanse cliënten hadden meer een ziekenhuis verwacht en waren verbaasd dat ze in de Jellinek geen injecties en allerlei apparatuur zagen.

Marokkaanse cliënten stelden zich afhankelijker op en ondergingen alles wat er gevraagd werd.

Samenvatting

- Weer vonden cliënten dat ze niet goed wisten wat ze moesten verwachten van het gesprek.
- Ondanks hun medewerking tijdens het intakegesprek hebben ze niet het gevoel dat alles wat ze vertellen goed overkomt. Ze hebben het gevoel dat ze niet goed begrepen worden.
- Surinaamse cliënten verklaren het vanuit een cultureel perspectief en Marokkaanse cliënten zien het meer als een probleem in de communicatie.

Vraag 10: Aan het eind van het gesprek heeft u een advies gekregen; was u het met dit advies eens?

Surinaamse cliënten gaven aan dat ze zouden opvolgen wat er door de hulpverlener gezegd werd. Je komt niet voor jezelf op, hebben ze van thuis uit geleerd. Alle cliënten wilden graag naar het IMC, dus als het advies IMC was, dan was het goed: "Je weet niet wat je te wachten staat, daar kom je pas later achter" zegt een cliënt. Tijdens het intakegesprek is misschien wel verteld hoe de verdere procedure was, "maar dat kun je op dat moment niet onthouden, later pas in de groep kom je er achter hoe de gang van zaken is". Informatie vooraf moet nog intensiever worden.

Eén van de Marokkaanse cliënten was het niet eens met het advies, maar toch heeft hij dit gekregen. Hij zegt: "Het was heel erg moeilijk om later dit advies ongedaan te maken. Als het eenmaal op schrift staat, gaan ze moeilijk doen als je het er niet mee eens bent". Marokkaanse cliënten wilden ook naar het IMC. Toen ze hoorden dat ze naar het IMC konden waren ze tevreden.

De Antilliaanse cliënten wilden ook naar het IMC verwezen worden, omdat van tevoren al tegen hen gezegd was dat ze daarheen gingen. Dus toen het advies IMC bleek te zijn, hadden ze geen bezwaren.

Overeenkomsten tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Het ontbreken van informatie over de gang van zaken in de hulpverlening zorgde ervoor dat cliënten vaak een afwachtende houding aannamen. De wens om opgenomen te worden in het IMC was bij alle drie de groepen de belangrijkste wens.

Verschillen tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Verschillen waren er vooral met betrekking tot de verwachtingen ten aanzien van de hulpverlening. Ook al wilden alle cliënten naar het IMC, ieder had een ander uitgangspunt. Surinaamse cliënten wilden hulp voor hun psychosociale problemen, Antilliaanse cliënten wilden afkicken en Marokkaanse cliënten zochten uit noodzaak een plek om weer op goede weg te raken.

Samenvatting

- Vaak is het voor cliënten niet voldoende duidelijk of ze iets over het advies te zeggen hebben.
- Cliënten verwachten van de hulpverlener dat hij of zij een noodzakelijk advies geeft.
- Maar het is wel wenselijk dat de hulpverlener meer informatie geeft, vooral over de gang van zaken in de hulpverlening.
- Cliënten geven aan dat ze niet weten wat ze kunnen verwachten van de hulp.
- Er ontbreekt inzicht bij de cliënten wat hun problemen inhouden. Ze weten niet wat de beste oplossing zou zijn.
- Het is erg wenselijk om veel informatie te geven en om schriftelijke informatie mee te geven, zodat cliënten die later op hun gemak na kunnen lezen.

Vraag 11: Wat zou er volgens u veranderd of verbeterd moeten worden aan de aanmelding bij de Jellinek?

Surinaamse cliënten vinden dat er meer informatie gegeven moet worden voor, tijdens of na de aanmelding en dat er ook schriftelijke informatie moet zijn. Het liefst willen cliënten informatie in hun eigen taal. De informatie over de hulpgang van cliënten moet helder worden gemaakt. Daarnaast moet het ook mogelijk zijn om in je eigen taal te kunnen communiceren met de hulpverlener. Niet altijd met een tolk, maar met een hulpverlener van Surinaamse afkomst.

Meer allochtonen in andere functies zou goed zijn, bijvoorbeeld een allochtone docent bij de loods (werkplaats).

Marokkaanse cliënten missen informatie over de Jellinek en over de behandeling. Er moet voorlichting komen voor Marokkanen zodat ze zich zelf kunnen aanmelden. Voorlichting moet in de eigen taal plaatsvinden op plekken waar veel Marokkanen komen. Een moskee kan een plek zijn om voorlichting te geven, maar alleen om een preventieve reden. Als je het doel hebt meer verslaafden naar de instelling te krijgen, kun je beter niet de moskee gebruiken om Marokkanen te bereiken. Vaders zullen niet gauw informatie meenemen naar huis, omdat ze niet gezien willen worden als een vader met een verslaafde thuis. De beste voorlichtingsweg is via (ex)verslaafden. Deze weten altijd waar de andere verslaafden uithangen en hoe ze deze verslaafden kunnen motiveren. Er moet altijd een tolk zijn binnen de instelling, omdat veel Marokkanen geen of slecht Nederlands spreken. "In je eigen taal spreken met de hulpverlener" is ook wenselijk.

Antilliaanse cliënten vonden dat de aanmelding anders kon verlopen. Dat je soms twee weken moet wachten, is storend. Als je zegt dat je wilt stoppen met je verslaving dan meen je het ook en wil je ook als zodanig serieus genomen worden. Een wachtlijst van twee weken is vaak storend, omdat men vaak meteen hulp wil hebben en ergens terecht wil.

Overeenkomsten tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Cliënten hebben behoefte aan veel informatie over de verslavingshulp, over wat je kunt verwachten en over de wachttijd. Cliënten gingen er van uit dat ze iedere dag moesten bellen om te laten zien dat ze het echt meenden en dat ze hulp nodig

hadden. Cliënten willen schriftelijke informatie in hun eigen taal en willen ook door de hulpverlener voorgelicht worden bij aanmelding. Preventieve voorlichting via eigen organisaties in de eigen taal is nodig. Hiervoor zou je (ex) verslaafden kunnen inzetten. De geïnterviewde cliënten willen zich inzetten voor de anderen, door ze op te zoeken en voor te lichten.

Verschillen tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Geen noemenswaardige verschillen geconstateerd.

Samenvatting

- Het in je eigen taal geïnformeerd worden en informatie krijgen, is het meest genoemde punt.
- Daarnaast hebben cliënten vooral opmerkingen over de hulpverlener bij wie ze het eerst terechtkomen. Ze vinden dat ze niet voldoende ingelicht worden over de verdere behandeling. Cliënten moeten er zelf achter komen hoe het er aan toe gaat.
- Er moet ook steeds een tolk aanwezig zijn voor mensen die de taal niet goed kunnen spreken en niet ter plekke een tolk inschakelen. Je voelt je op een politiebureau als ze nog moeten bellen voor een tolk.

Vraag 12: Wat vindt u van het inzetten van een tolk bij gesprekken?

Surinaamse cliënten gaven aan dat ze soms een tolk nodig hebben, terwijl iedereen er vanuit gaat dat Surinaamse cliënten goed Nederlands spreken. Een tolk moet geregeld zijn voordat de cliënt komt en dus niet pas ter plekke. "Dan voel je je alsof je in een politiecel zit". Cliënten hebben liever een persoonlijke tolk dan een telefonische. Ook gaven Surinaamse cliënten aan dat ze zagen dat sommige mensen helemaal geen Nederlands spreken en niets begrijpen van wat er gezegd wordt. "Toch wordt er geen tolk ingeschakeld" en dat vinden ze "zonde" voor de cliënten.

Volgens de Marokkaanse cliënten is een tolk noodzakelijk voor de Marokkaanse cliënt. Met een tolk erbij kun je beter vertellen wat de problemen zijn. "Een persoonlijke tolk is beter dan een telefonische tolk" vinden de Marokkaanse cliënten. Een intermediair die altijd aanwezig is in de kliniek verdient de voorkeur.

Antilliaanse cliënten vonden een tolk inzetten vooral van belang voor mensen die geen Nederlands kunnen spreken. Voor hen zelf vonden ze het niet belangrijk.

Overeenkomsten tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Surinaamse en Marokkaanse cliëntgroepen gaven aan dat ze het inzetten van een tolk bij de gesprekken een goed idee vonden en dat ze het ook erg nodig vinden. Een intermediair kan nuttig zijn voor de hulpverlener en voor de cliënten, omdat hij of zij altijd aanwezig is in de Jellinek.

Antilliaanse cliënten vonden het vooral van belang voor mensen die geen Nederlands spreken.

Verschillen tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Ook hier zijn geen belangrijke verschillen te melden.

Samenvatting

- Het inzetten van een tolk is noodzakelijk volgens Surinaamse en Marokkaanse cliëntgroepen. Vaak ben je aan het afkicken en is het moeilijk om alles te kunnen volgen. Sommige cliënten kunnen helemaal geen Nederlands spreken, voor hen is het nodig om in hun eigen taal te kunnen spreken.
- Men vindt een intermediair vertrouwder, maar het belangrijkste is om te kunnen communiceren met de Nederlandse hulpverleners.

Vraag 13: Heeft u voorkeur voor een hulpverlener? Heeft u liever een hulpverlener van uw eigen cultuur?

Surinaamse cliënten gaven aan hier niet altijd behoefte aan te hebben. Een van de cliënten verwoorde het als volgt: "Het hoeft niet altijd, maar op bepaalde momenten is het wel wenselijk, bijvoorbeeld het eerste gesprek met een Nederlander, maar het tweede gesprek in je eigen taal voeren met iemand van je eigen culturele achtergrond, zodat ze een beter inzicht krijgen en dat ze dan ook degene zijn die kan tolken en informatie kan geven". Een andere cliënt vult aan: "Een hulpverlener van je eigen cultuur begrijpt beter wat er aan de hand is, je hoeft maar iets te zeggen of die andere weet waar je het over hebt". Weer een andere cliënt zegt: "Niet alleen de hulpverlener moet van je eigen cultuur zijn, maar ook het andere personeel mag van je eigen cultuur zijn. De telefoniste van het IMC is een Surinaamse vrouw die bij iedereen geliefd is". "Het is ook prettig om met de medecliënten in je eigen taal te kunnen communiceren, dit mag in het IMC, in andere klinieken mocht het niet".

Voor Marokkaanse cliënten is het zeer wenselijk dat de hulpverlener van de eigen cultuur is en dat je in je eigen taal kunt praten. "In het IMC is er wel een Marokkaanse hulpverlener, maar die heeft het vaak te druk, omdat iedereen met hem wil praten".

Voor Antilliaanse cliënten geldt hetzelfde als voor de Surinaamse cliënten. Wel vindt deze cliëntengroep het belangrijk dat er allochtone hulpverleners werken op de instelling. Dit werkt drempelverlagend en geeft vertrouwen. De hulpverleners van je eigen cultuur kunnen beter inschatten of je gemotiveerd bent of niet. Je verhaal vertel je eerder aan iemand van je eigen cultuur dan aan een hulpverlener van een andere cultuur.

Overeenkomsten tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Alle cliëntgroepen gaven aan de voorkeur te geven aan een hulpverlener van de eigen cultuur. Surinaamse en Antilliaanse cliënten bedenken een constructie waarin de Nederlandse hulpverlener afgewisseld wordt met een hulpverlener van de eigen cultuur, zodat de informatie over de hulpverlening duidelijk overkomt. Ook worden sommige dingen sneller en beter opgevat door iemand van je eigen cultuur, vinden de cliënten. Je hoeft niet alles uitgebreid uit te leggen.

Verschillen tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Ook hier zijn geen duidelijke verschillen te melden.

Samenvatting

- Cliënten hebben dus een voorkeur voor een hulpverlener van de eigen cultuur. Een van de belangrijkste redenen voor deze wens is dat ze zich eerder begrepen voelen door een hulpverlener van de eigen cultuur. Ook taalproblemen spelen hierbij een rol. Je hebt dan geen tolk nodig.
- Het overbrengen van informatie over de hulpverlening door een hulpverlener van de eigen cultuur is wenselijk. Die begrijpt beter waar de cliënten behoefte aan hebben en legt het zodanig uit dat ze het begrijpen.

Vraag 14: Weet u wat de redenen zijn voor uw landgenoten om niet naar Jellinek te gaan voor hulp?

Surinaamse cliënten denken dat veel Surinaamse verslaafden denken dat het voor hen te laat is en dat ze niet meer geholpen kunnen worden. Het ontbreekt hen aan informatie over hoe ze naar de Jellinek kunnen komen voor hulp. Surinaamse cliënten denken dat de verslaving geen psychische oorzaken heeft, "maar dat het komt, omdat iemand een vloek over je uitspreekt of je hebt iets gedaan waardoor je ouders boos op je zijn. Dan worden de geesten boos op je waardoor je verslaafd raakt en niet meer kan functioneren". Surinaamse verslaafden geloven niet dat ze door verslavingszorg geholpen kunnen worden. Het is cultureel, dat je last hebt van winti. "Soms willen de jongens niet praten omdat ze bang zijn om geesten te storen".

Volgens Marokkaanse cliënten komt dit omdat "Marokkaanse cliënten niet weten dat je voor verslavingproblemen hulp kunt krijgen. Ze denken dat je het zelf in de hand hebt, dat het je vrije keus is dat je drugs of zo gebruikt". "Je bent toch niet gek" zegt een cliënt, "je gaat toch niet om hulp vragen als je verslaafd bent". Het is ook onbekend onder Marokkaanse verslaafden wat verslavingszorg doet. Veel verslaafden weten niet hoe en waar je hulp moet zoeken. Daarnaast zijn de Marokkaanse verslaafden bang dat hun gegevens bekend worden gemaakt door het hele land.

Antilliaanse cliënten denken dat de andere cliënten niet naar de Jellinek komen omdat ze nog niet zover zijn en dat ze nog niet willen stoppen. Deze cliënten denken dat iedere verslaafde in principe de weg naar de verslavingszorg wel weet, maar niet bereid is om af te kicken.

Overeenkomsten tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

Verslaving niet zien als iets psychisch, maar als iets uit vrije wil speelt bij alle drie de groepen een rol om niet naar verslavingszorg te gaan. Het ontbreken van informatie over verwijzingen en over de hulp die geboden wordt, is een overeenkomst tussen Surinaamse en Marokkaanse cliënten. Schaamte en het geheim willen houden van de verslaving zijn ook redenen voor het niet naar hulp zoeken. Dit geldt ook voor

één voor de Antilliaanse cliënten. Verslaafden denken dat ze er zelf van af kunnen komen en dat ze geen hulp nodig hebben.

Verschillen tussen Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse cliënten

De Marokkaanse groep onderscheidt zich doordat deze groep duidelijk aangeeft dat er kennis ontbreekt bij de verslaafde Marokkaanse cliënten. Als deze groep beter zou weten wat ze bij een verslavingsinstelling kunnen halen en dat het geen persoonlijke juridische gevolgen heeft, dan zouden ze graag hulp komen halen. Maar de angst voor juridische gevolgen en de onbekendheid zijn erg groot bij deze groep.

Samenvatting

- De culturele verklaring van verslaving is een belangrijke reden voor het al dan niet aanmelden of hulp zoeken. Surinaamse cliënten hebben meer inzicht als het gaat om verslaving dan Marokkaanse cliënten. Surinaamse cliënten relativeren hun verslaving en komen tot de conclusie dat er iets van een geestelijke oorzaak te vinden is voor hun verslaving. Ze zien een gemeenschappelijk punt met de andere verslaafden van andere culturen. Marokkaanse cliënten denken dat iemand uit vrije wil verslaafd raakt. Als je wilt, kun je ook stoppen. Daarvoor heb je geen hulp nodig.
- Het ontbreken van informatie over verslaving en verslavingszorg is een van de redenen waarom allochtone verslaafden niet naar de Jellinek komen.
- Bij Surinaamse cliënten speelt het vertrouwen een belangrijke rol. Doordat ze vaak eerder zijn opgenomen en weer terugkomen, denken ze dat ze niet geholpen kunnen worden door een Nederlandse organisatie.
- Antilliaanse cliënten denken vooral dat de cliënten niet komen, omdat ze nog niet zover zijn of niet gemotiveerd zijn om af te kicken.

Bijlage 5 bij Projectopzet NCB – Jellinek

Betrokken medewerkers

NCB	Mevrouw N. Sönmez,	Algemene coördinatie Methodiekontwikkeling Begeleiding focusgroep-interviews
	Eventueel medewerker ten behoeve van plus/min methode	
Jellinek	Mevrouw W. van den Bosch (tot 01- 04 1999)	Inhoudsdeskundige Begeleiding focusgroep-interviews
	Mevrouw G. de Bruyn (tot 01- 04 1999)	Interviews (ex-)cliënten
	De heer J. Hiwat	Ondersteuningsorganisatie focusgroep- Interviews
	Mevrouw A. van Dijk	Algemene coördinatie Methodiekontwikkeling

Bijlage 6 Projectopzet NCB – Jellinek

Projectopzet NCB - Jellinek

Aanleiding

Binnen de Jellinek wordt gewerkt aan het herontwerp van zorgprocessen voor cliënten met afhankelijkheids- en leefstijlproblematiek. Dit zal resulteren in een aantal generieke zorgprocessen die geschikt zijn voor het merendeel van de cliënten van de Jellinek. Het is voor een aantal groepen cliënten noodzakelijk om de zorgprocessen extra te toetsen en waar nodig specifiek te maken. In dit project gaat het er om voor allochtone cliënten de geschiktheid te beoordelen en eventuele verfijningen in de zorgprocessen aan te brengen.

Binnen de Jellinek is de specifieke kennis over waarden en gewoonten van allochtone cliënten slechts beperkt aanwezig. De verwachting is dat in de samenwerking met het NCB dit tekort wordt aangevuld.

Projectformulering

Met het project worden de volgende doelen nagestreefd:

3. Toetsen en waar nodig verbeteren van herontworpen zorgprocessen vanuit de optiek van de allochtone cliëntengroepen van de Jellinek. Het resultaat van deze activiteiten zal in de vorm van procedures en protocollen worden ingepast in het zorgaanbod.
4. Methodiekontwikkeling voor het afstemmen van zorgprocessen op specifieke doelgroepen en overdraagbaar maken van de methodiek.

Plan van aanpak

Parallel aan het ontwikkelen van generieke zorgprocessen binnen de Jellinek worden de relevante allochtone groeperingen de gelegenheid gegeven om hun kritiek, aanbevelingen en wensen kenbaar te maken. Na analyse van de cliënten van de Jellinek (bijlage I) worden de activiteiten gericht op de groepen van Surinaamse, Antilliaanse, Marokkaanse en Turkse afkomst. De uitvoering van het project op hoofdlijnen bestaat uit vier te onderscheiden onderdelen:

- a) Tekstanalyse met behulp van de plus/minus methode
- b) Interview met (ex-)cliënten
- c) Focusgroep-interviews
- d) Methodiekontwikkeling.

Sub 1: Tekstanalyse met behulp van de plus/minus methode (zie bijlage 2). Analyse van schriftelijke documenten van het herontworpen zorgproces door een medewerker van het NCB. Hierbij wordt de plus/minus methode gebruikt. Deze methode komt oorspronkelijk van de Technische Universiteit te Delft. Het NCB heeft een variant van de zorg ontwikkeld en gebruikt. Deze methode is in samenwerking met de Universiteit van Utrecht bij activiteiten in de Meren (AMC).

Resultaat: beargumenteerde screening (schriftelijk) op hoofdlijnen met betrekking tot de geschiktheid van het zorgproces voor allochtone groepen. De uitkomst is richtinggevend voor activiteit 2.

Sub 2: Interview met (ex-)cliënten (zie bijlage 3).

Vanuit de vier allochtone groepen wordt een procesanalyse uitgevoerd met een (ex-)cliënt, die het herontworpen zorgproces heeft doorlopen. De interviews worden afgenomen door een medewerker van de Jellinek, die bij voorkeur deel uitmaakt van het pilotteam. Tevens is ervaring in het werken met allochtone cliënten een vereiste. Leidraad voor het interview vormt het stroomdiagram van het herontwerp en de uitkomsten van activiteit 1.

Resultaat: schriftelijk verslag van de interviews met voorlopige conclusies en aanbevelingen en discussiepunten voor deel 3.

Sub 3: Focusgroep-interviews (zie bijlage 4)

Voor de vier focusgroepen is de werkwijze gekozen die maximaal rendabel (effectief en efficiënt) is.

De bijeenkomsten worden in buurthuizen georganiseerd. Het tijdstip is op avonden of in het weekend omdat anders maar een selecte groep kan deelnemen. Van belang is een ontspannen sfeer en het bieden van onkostenvergoeding aan deelnemers. Het proces van de bijeenkomst moet worden gestuurd door concrete uitwerking van het zorgproces: rollenspel of videomateriaal of casusbespreking. De begeleiding van de bijeenkomst is vooral faciliterend (niet sturend) en stimuleert brainstorm. De organisatie van de bijeenkomsten worden in samenwerking tussen NCB en de aandachtfunctionaris allochtonenbeleid van de Jellinek gerealiseerd. De bijeenkomsten duren 2,5 uur en worden opgenomen op audio- of band of videoband.

Resultaat: Verslag met concrete conclusies en adviezen voor het herontworpen zorgproces.

Sub 4: Methodiekontwikkeling.

In het kader van de methodiekontwikkeling vindt een continue evaluatie plaats van de drie deelactiviteiten. De evaluatie vindt plaats door regelmatig overleg tussen de afdeling Kwaliteit en Innovatie en het NCB.

Resultaat: periodiek voortgangsverslaglegging naar de directie van beide betrokken organisaties.

Taakverdeling

Bij de uitvoering van het project wordt de volgende indeling voorgesteld:

1. *Gezamenlijke taken NCB/Jellinek*
 - Instructie/training van Jellinek-medewerkers voor cliëntinterviews.
 - Organiseren van bijeenkomsten focusgroepen.
 - Inhoudelijk vormgeven en leiden van de focusgroep-interviews.
 - Methodiekontwikkeling.
 - Verzorgen van verslaglegging, publicaties en presentaties.
2. *Taken NCB*
 - Herontworpen zorgprocessen becommentariëren met de plus/min methode.
 - Werven van leden voor de focusgroepen.

3. *Taken Jellinek*

- Aanleveren zorgprocessen.
- Verwerken gegevens cliënteninterviews.
- Monitoren van praktijkervaringen.

Tijdspad

Het totale herontwerp binnen de Jellinek is een meerjarenproject. Dit project vindt in samenhang daarmee plaats. De eerste toetsingsactiviteiten zouden in oktober/november 1998 operationeel moeten zijn.

Bijlage 7 NPCF: kwaliteit vanuit cliëntperspectief

De Nederlandse Patiënten /Consumenten Federatie (NPCF) heeft in het jaar 1996 algemene kwaliteitscriteria geformuleerd vanuit de patiënten perspectief. Bij het analyseren van de resultaten van de focusgroep-gesprekken werd gebruik gemaakt van deze kwaliteitscriteria van NPCF.

Deze criteria zijn:

- vakbekwaamheid: hulpverleners moeten weten wat ze doen,
- informatie: tijdens de hele hulpverlening proces moeten de hulpverleners bereid zijn de vragen van de patiënt te beantwoorden
- bejegening: de hulpverlener dient de patiënt met respect te benaderen,
- steun: hulpverleners moeten de patiënten in alle tijden ondersteunen bij onzekerheden en problemen,
- zelfstandigheid: patiënten moeten zo veel mogelijk betrokken worden bij hun behandeling,
- organisatie: de organisatie van de gehele zorg moet zodanig goed georganiseerd zijn dat zij afgerend kunnen worden op hun specifieke zaken,
- accommodatie: ruimten in de zorginstellingen moeten voldoen aan bepaalde eisen, zoals eisen die gelden voor elke gebouw, bereikbaarheid, schoon zijn etc.,
- evaluatie: de resultaten van de instelling moet vergelijken kunnen worden met de doelstellingen van het beleid.

Bron: Algemene Kwaliteitscriteria. De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectie, Uitgever, Nederlandse Patiënten/ Consumenten Federatie 1996 te Utrecht.