

# Cultuursensitieve ondersteuning in beeld

Inzet van een film bij psychosociale hulp aan  
mensen van Marokkaanse of Turkse afkomst



## Colofon

### *Projectleiding*

Ireen de Graaf (Trimbos-instituut)  
Bea Tiemens (Indigo)

### *Uitvoering*

Ina Boerema (Ti)  
Ireen de Graaf (Ti)  
Bea Tiemens (Indigo)

Met medewerking van: Henny Sinnema (Ti)

### *Beeld*

HotelRebel

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

### *Samenwerkende partijen*

Indigo  
NOAGG  
Prezens  
Vicino Noord-Holland-Noord  
HotelRebel (productie film)

### *Financiering/Opdrachtgever*

Fonds NutsOhra  
Innovatiefonds Zorgverzekeraars



Deze uitgave is te bestellen via [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) met artikelnummer **AF1487**.

Trimbos-instituut  
Da Costakade 45  
Postbus 725  
3500 AS Utrecht  
T: 030-297 11 00  
F: 030-297 11 11

© 2016, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

# Inhoud

1	Inleiding .....	4
2	Gebruik van het KOP-model bij cliënten met Marokkaanse en Turkse achtergrond....	6
2.1	Het KOP-model .....	6
2.2	Aansluiting van het KOP-model bij cliënten met een Marokkaanse of Turkse achtergrond .....	6
3	De film .....	8
3.1	Inleiding.....	8
3.2	Onderbouwing .....	8
3.2.1	Raamwerk 'Cultural Adaptation Process' .....	8
3.2.2	Theoretische onderbouwing .....	9
3.3	Ontwikkeling van de film .....	10
3.2.3	De drie afleveringen van de film.....	13
3.2.4	Ontwikkeling van website en handleiding .....	14
4	Pilot en evaluatie .....	15
4.1	Inleiding.....	15
4.2	Methode.....	15
4.1.1	Werving cliënten .....	16
4.1.2	Knelpuntenanalyse .....	17
4.3	Nieuwe pilot .....	19
4.3.1	Methode.....	19
4.3.2	Interviews hulpverleners.....	20
4.3.3	Interviews cliënten .....	21
4.3.4	Interviews en begeleide gespreksgroepen .....	22
4.3.5	Huisartsen.....	25
5	Conclusies en aanbevelingen .....	26
5.1	Inleiding.....	26
5.2	Conclusies .....	26
5.3	Aanbevelingen .....	27
	Referenties .....	30
	Bijlage 1 Informatiebrief behandelaar .....	33
	Bijlage 2 Interviewschema.....	37

# 1 Inleiding

In de Basis GGZ (BGGZ) worden knelpunten ervaren in de behandeling van Turkse en Marokkaanse cliënten, de grootste groep cliënten met een niet-westerse achtergrond. Redenen hiervoor zijn onder andere beperkte geletterdheid, andere (dan Westerse) ziektepercepties en een tekort aan gezondheidskennis en -vaardigheden.

In Nederland wordt op grote schaal in de BGGZ, maar ook door de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ), gebruik gemaakt van het KOP-model van Rijnders en Heene (2010). Dit wordt nader beschreven in hoofdstuk 2. Ook bij Indigo, een landelijke aanbieder van BGGZ en POH-GGZ, is het KOP-model de basis van het behandelbeleid (Hutschemaekers et al. 2015). Dit model wordt ingezet bij de start van iedere behandeling. Bij Turkse en Marokkaanse cliënten verloopt deze start vaak moeizaam, omdat het KOP-model onvoldoende aansluit bij hun culturele achtergrond. Hulpverleners signaleren als gevolg hiervan een verhoogd drop-out percentage en langere behandelduur onder hun Turkse en Marokkaanse cliënten. Dit werd ook in eerder onderzoek gesignaleerd. Er is behoefte aan de aanpassing van het KOP-model of het toevoegen van een hulpmiddel, een cultuursensitieve variant, voor Turkse en Marokkaanse cliënten. De noodzaak hiervoor is des te urgenter, omdat uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat psychische aandoeningen met een grote ziektelast (zoals depressie en angst) vaker voorkomen onder mensen met een lage sociaal economische status en een niet-westerse achtergrond, zoals Turken en Marokkanen.

Om die reden is een cultuursensitief hulpmiddel bij het KOP-model voor mensen van Turkse of Marokkaanse afkomst ontwikkeld, in de vorm van een film met drie afleveringen. Uit onderzoek blijkt dat het kijken naar een film (of soapserie) een gedragsverandering kan bewerkstelligen. Door middel van herkenning van de situaties en het zich kunnen verplaatsen in de rolmodellen, raken mensen op een laagdrempelige manier vertrouwd met het hebben van psychische klachten en om daarover in gesprek te gaan. Hulpverleners kunnen aanknopingspunten uit de drie afleveringen halen om met cliënten in het gesprek te gaan over hun psychische klachten. De onderbouwing van de film wordt in hoofdstuk 3 beschreven.

In de periode mei 2014 t/m juli 2016 vond dit project met de titel 'Naar een cultuursensitieve variant van het KOP-model in de Basis GGZ<sup>1</sup>' plaats.

Doelen van dit project zijn:

1. Het ontwikkelen van een serie van een film met drie afleveringen om in te zetten als hulpmiddel bij het KOP-model voor Turkse en Marokkaanse cliënten.
2. Inzage krijgen in de toepasbaarheid van de film in de praktijk en evaluatie van het effect door het uitvoeren van een pilot.
3. Formuleren van aanbevelingen voor implementatie.

Het doel van het inzetten van de film was het verminderen van de drop-out en verkorten van de behandelduur bij Turkse en Marokkaanse cliënten, om hiermee zowel overbehandeling als onderbehandeling terug te dringen en onnodige doorverwijzing naar de gespecialiseerde GGZ te voorkomen. Uit het begeleidende pilotonderzoek (zie

---

<sup>1</sup> De oorspronkelijke titel was 'Naar een cultuursensitieve variant van de kortdurende behandeling (KDB)', maar met de komst van de BGGZ waarin de behandeling werd doorontwikkeld om uit te voeren in de vier producten (Zelfhulp, de Huisarts ondersteund door de POH-GGZ, de Generalistische Basis GGZ en de Gespecialiseerde GGZ) en omdat vooral een hulpmiddel bij het KOP-model is ontwikkeld, is de titel aangepast.

hoofdstuk 4) blijkt dat de film breed toepasbaar is, niet alleen in de BGGZ en door de POH-GGZ, maar ook door de huisarts zelf en in gespreksgroepen in de preventieve sector (zie H5, conclusies en aanbevelingen).

Het Trimbos-instituut en Indigo hebben dit project gezamenlijk geleid en uitgevoerd. Dit gebeurde in nauwe samenwerking met de volgende praktijkinstellingen: Indigo, NOAGG, Vicino en Prezens. De film is geproduceerd door HotelRebel. Het project is in opdracht van Fonds NutsOhra (de film) en Innovatiefonds Zorgverzekeraars (de pilotstudie) uitgevoerd.

#### *Leeswijzer*

Met hulpverleners worden de GZ-psychologen uit de BGGZ en de POH's-GGZ bedoeld.

Met interventie wordt het cultuursensitieve hulpmiddel bij het KOP-model bedoeld.

Er wordt gesproken over patiënten, als het gaat om mensen die de huisarts bezoeken.

Mensen die in behandeling zijn bij de BGGZ of de POH-GGZ worden aangeduid met cliënten en mensen die participeren in gespreksgroepen in de preventieve sector worden aangeduid als deelnemers van deze groepen.

## 2 Gebruik van het KOP-model bij cliënten met Marokkaanse en Turkse achtergrond

### 2.1 Het KOP-model

Centraal in het aanbod van Indigo en NOAGG staat het KOP-model gebaseerd op de kortdurende psychologische interventies in de BGGZ van Rijnders en Heene (2010). In het KOP-model worden klachten en problemen gezien als het resultaat van de interactie tussen omstandigheden, zoals stressoren en tegenslag enerzijds en de persoonlijke stijl en gewoontes anderzijds (Klacht = Omstandigheden x Persoonlijke stijl). Het KOP-model wordt breed in de BGGZ en door POH's-GGZ gebruikt. Bij Indigo is het KOP-model verder doorontwikkeld en wordt het ook gebruikt om samen met de cliënt de behandelfocus en interventie te kiezen (Hutschemaekers et al. 2015).

Het KOP-model is niet diagnose specifiek en is daarom zeer geschikt voor gebruik in de generalistische BGGZ en in de huisartspraktijk. Het KOP-model wordt samen met de cliënt ingevuld. Op basis van de elementen uit het KOP-model wordt met de cliënt een probleemdefinitie opgesteld. Hierin wordt de samenhang tussen de klachten, de omstandigheden en de persoonlijke stijl, de manier waarop de cliënt met de omstandigheden om gaat, vastgelegd. Het doel is om de cliënt snel weer een gevoel van 'mastery' te laten ontwikkelen door 1) overzicht voor de cliënt te herstellen; 2) de samenhang zichtbaar te maken in de probleemdefinitie en 3) op basis van die samenhang in de probleemdefinitie uitzicht op de oplossing te bieden (Rijnders, 2004). Wanneer helder is in welke richting de oplossing moet worden gezocht, kunnen doelen worden geformuleerd en kan een behandelpun worden opgesteld met acties en interventies om aan de doelen te werken. Het werken met het KOP-model vraagt een actieve rol van cliënten en is in de uitwerking ook steeds gericht op activering en het (opnieuw) nemen van regie door de cliënt

Kortdurende behandelvormen met het KOP-model als basis hebben een hoog rendement, zijn werkzaam (Schoemaker et al., 2002) en worden aanbevolen in de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. De werkzaamheid van kortdurende behandeling met KOP werd onderzocht bij cliënten met uiteenlopende problemen (angst, depressie of beide) en in zowel de BGGZ als in de GGZ. In beide settingen bleek het een kosteneffectieve behandelvorm te zijn (Van Straten et al., 2004; Van Straten et al., 2006; Van Orden et al, 2009).

### 2.2 Aansluiting van het KOP-model bij cliënten met een Marokkaanse of Turkse achtergrond

#### **Culturele verschillen in presentatie van psychische klachten**

Over de verschillende uitingwijzen of presentaties van klachten bij mensen uit verschillende culturen is veel geschreven (Pannekeer & Paalvast, 2004; Broers & Eland, 2000; Van 't Land, 2000; Hosper et al., 1999). Ten eerste wordt in de literatuur herhaaldelijk gewezen op het gebruik van lichamelijke metaforen bij een depressieve stemming door mensen uit niet-westerse culturen (Kamperman, 2005; Tijdink & Van Es, 2003; Broers & Eland, 2000; Knipscheer, 2000); mensen met een Berberse achtergrond bijvoorbeeld omschrijven psychische klachten soms in dusdanige lichamelijke metaforen, dat deze door Nederlandse hulpverleners niet herkend worden als depressieve klachten.

Volgens Kortmann (1989) kan somatiseren opgevat worden als uiting van de beleving van neerslachtigheid. Daar staat tegenover dat sommige Nederlandse begrippen, zoals somberheid, depressie en zich neerslachtig voelen, slecht te vertalen zijn (Tijdink & Van Es, 2003; Borra et al., 2002). Psychologiseren en somatiseren worden ook wel als twee cultureel verschillende uitingsvormen van ziektebeleving en communicatie beschouwd (Limburg-Okken, 1989). Volgens Bazzoui (1970) hangt het nauw samen met de culturele achtergrond of men psychologiseert of somatiseert. Het volgende citaat brengt dit goed onder woorden: "The average patient describes his depression as a sense of oppression in the chest, a feeling of being hemmed in, or in other cases, a hunger for air. On being asked if he feels sad, downcast or depressed, one is struck in many cases by the unawareness of the patient of his mood".

Ook uit onderzoek dat Indigo uitvoerde blijkt dat cliënten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond, vaak moeite hebben om psychische klachten bij naam te noemen en vaker somatiseren dan mensen met een westerse achtergrond. Psychische problemen worden soms ook aan de hand van externe geesten of 'djinns' verklaard. Daarnaast blijkt het dat het cognitief-gedragstherapeutisch begrippenkader wat wordt gebruikt in de westerse hulpverlening niet altijd wordt begrepen (Interne notitie Indigo, 2011).

### **Knelpunten KOP-model bij cliënten met een niet-westerse achtergrond**

Het met de cliënt invullen van het KOP-model en het formuleren van een probleemdefinitie vereisen een bepaalde manier van kijken naar psychische klachten. Hulpverleners van Indigo en NOAGG signaleren dat de persoonlijke stijl zoals de manier waarop met problemen wordt omgegaan ('P' in het KOP-model), bij niet-westerse cliënten sterker beïnvloed wordt door de gemeenschap, het gezin of de (religieuze) groep waartoe men behoort. In westerse culturen ligt de nadruk bij het functioneren vaker op het individu. In niet-westerse culturen ziet men het individu als onlosmakelijk verbonden met de groep (Dwairy, 2000, Hofstede, 2005) waartoe men behoort. Daarnaast spelen (cultuur)specifieke omgevingsfactoren bij cliënten een rol bij het ontstaan en behandelen van de psychische klachten ('O', de Omstandigheden uit het KOP-model), zoals discriminatie, ontheemding, het losraken van de oorspronkelijke culturele en sociale verbanden, armoede en religie. Hierdoor sluit het KOP-model onvoldoende aan bij niet-westerse cliënten. Het gevolg hiervan zijn een relatief hoog drop-out percentage en een langere behandelduur, vaak twee keer zo lang dan bij westerse cliënten (Interne notitie Indigo, 2011; Struijs & Wennink, 2003; Boomstra & Osenbruggen, 2005; May, 1997; Blom et al., 2008; Boomstra, 2001). Ook de Raad voor de Volksgezondheid merkt op dat 'de indruk bestaat dat de aanpassing van de geestelijke gezondheidszorg aan de etnisch-culturele diversiteit van zorgvragers in het algemeen traag verloopt of soms zelfs stagneert'. Er zou sprake zijn van een zekere 'interculturele verlegenheid': 'de GGZ weet vaak niet wat te doen met cliënten met een niet-westerse achtergrond' (Boomstra et al., 2003).

Bovengenoemde knelpunten onderstreepten de urgentie om een cultuursensitief hulpmiddel te ontwikkelen voor cliënten met een niet-westerse achtergrond in de BGGZ, mede omdat psychische aandoeningen met een hoge ziektelast (depressie, angst) in Nederland vaker voorkomen onder mensen met een niet-westerse culturele achtergrond (Schrier et al., 2010; Hilderink et al., 2009; Van der Wurff et al., 2004; Spijker et al., 2004; De Graaf et al., 2005), hetgeen veelal een gevolg is van de sociaal-economische positie, migratie-ervaringen en acculturatie-stress, waardoor niet-westerse mensen vatbaarder zijn voor het ontwikkelen van psychische problemen (Van Bakkum et al., 1996).

## 3 De film

### 3.1 Inleiding

De drie afleveringen van de film zijn ontwikkeld door HotelRebel ter ondersteuning bij de inzet van het KOP-model bij Marokkaanse en Turkse cliënten, met als doel het KOP-model cultuursensitiever te maken. Uit onderzoek blijkt dat met behulp van de inzet van een film of soapserie gedragsverandering mogelijk in gang kan worden gezet. In dit hoofdstuk wordt de wetenschappelijke onderbouwing hiervoor beschreven.

### 3.2 Onderbouwing

#### 3.2.1 Raamwerk 'Cultural Adaptation Process'

Voor het maken van de film is gebruik gemaakt van het theoretisch raamwerk 'Cultural Adaptation Process' (Le et al., 2010). Dit raamwerk wordt internationaal toegepast bij het cultuursensitief maken van interventies. Conform dit raamwerk vindt aanpassing van interventies plaats op drie niveaus: 1) Inhoudelijk; 2) Format; 3) Taalgebruik.

##### *1) Ontwikkelen cultuursensitief hulpmiddel*

Een belangrijk doel van het cultuursensitieve hulpmiddel bij het KOP-model was het creëren van een gezamenlijk begrippenkader rondom psychische aandoeningen (Can et al., 2010). Cliënten raken op laagdrempelige manier vertrouwd met het hebben van psychische klachten (psycho-educatie) door het geven van uitleg en inzichten in de onderliggende mechanismen en door aan te sluiten bij hun culturele belevingswereld (zie ook: Sbiti et al., 2004). Een ander doel was het bieden van aanknopingspunten voor de hulpverlener om vanuit de belevingswereld van de cliënt naar het KOP-model te kijken, om daarmee het begrippenkader van zowel de hulpverlener als de cliënt uit te breiden, het als het ware "in te kleuren". De inkleuring vond plaats op basis van gesprekken met cliënten en hulpverleners. Bij het inkleuren van de 'K' van het KOP-model is ingezoomd op de cultuurspecifieke beleving van psychische klachten bij cliënten: de wijze waarop zij psychische klachten verwoorden; de (cultuur)specifieke omgevingsfactoren (O) die volgens hen van invloed zijn op het ontstaan van de psychische klachten (zoals ontheemding, het losraken van de oorspronkelijke culturele en sociale verbanden en de rol van religie) en het belang dat cliënten hechten aan en de rol van het gezin, de familie en de gemeenschap waar zij deel van uit maken, bij de wijze waarop ze met hun klachten en problemen om gaan, hun copingmechanismen (P) (Can et al., 2010).

##### *Ad 2. Format*

Het cultuursensitieve hulpmiddel bij het KOP-model is ontwikkeld in de vorm van narratieve afleveringen van een filmserie in drie delen. Een visueel format heeft belangrijke voordelen: mensen kunnen de afleveringen zelf bekijken op elk gewenst moment; gevoelens van schaamte die gepaard gaat met het vertellen van gevoelige zaken aan een hulpverlener blijven beperkt, omdat de aandacht wordt verlegd van het 'zelf' naar 'een ander' die in een aflevering last heeft van psychische klachten; de afleveringen zijn toegankelijk, onderhoudend en laagdrempelig en wordt niet geassocieerd met 'gekte', 'therapie' of 'geestelijke gezondheidszorg'; de afleveringen houden rekening met het belang dat aan het deel uitmaken van een groep toegekend wordt; desgewenst kunnen de afleveringen samen met familieleden of naasten bekeken



worden, zodat draagvlak gecreëerd wordt voor de therapie en beslissingen in overleg met familieleden genomen kunnen worden. In het rapport 'Een Interculturele Entree in Altrecht' (Knipscheer & Kleber, 2004) wordt het gebruik van metaforen expliciet aanbevolen bij deze doelgroep.

### *Ad 3) Taalgebruik*

In de film is gebruik gemaakt van veelgebruikte metaforen waarmee psychische problemen omschreven en geduid worden om de gezamenlijke probleemdefinitie te vergemakkelijken, denk hierbij bijvoorbeeld aan het vertalen van psychische aandoeningen in lichamelijke klachten (somatisatie). Daarnaast is gebruik gemaakt van alledaags taalgebruik dat gemakkelijk te begrijpen is. Van belang is dat geen termen gebruikt worden die geassocieerd worden met 'gekke', 'therapie' of 'geestelijke gezondheidszorg'. De afleveringen van de film zijn opgenomen in het Nederlands en nagesynchroniseerd in het Turks en Berbers. Hier is in overleg met de expertgroep en met enkele cliënten voor gekozen, omdat de meeste Marokkanen in Nederland Berbers zouden spreken. Uit het pilotonderzoek kwam echter naar voren dat er ook veel Marokkanen in Nederland zijn die uit andere delen van Marokko komen en geen Berbers spreken. Nasynchronisatie in het Arabisch zou voor Marokkanen in Nederland mogelijk beter aansluiten (zie ook hoofdstuk 4).

## 3.2.2 Theoretische onderbouwing

### **Onderzoek naar invloed van film en soapseries**

Onderzoek uitgevoerd in de VS toont aan dat het aanbieden van narratieve afleveringen van televisie- of soapseries depressieve symptomen significant kan verminderen (Muñoz et al., 1982). Ook onderzoek uitgevoerd in Ethiopië, Kenia, India, Mexico, St. Lucia, en Tanzania laat zien dat een narratief format een significant effect heeft op attitudes en gedrag rondom HIV/AIDS en gezinsplanning (Westhoff & Rodriguez, 1995; Singhal & Rogers, 1999; Rogers et al., 1999; Vaughan et al., 2000; Vaughan, 2003). Een werkzaam element bij narratieve communicatie is 'overdracht', waarbij mensen als het ware worden 'meegezogen' in een verhaal en zich identificeren met de hoofdpersonen. Het verhaal lijkt op een werkelijke ervaring (Ryerson & Teffera, 2004). Voorbeelden hiervan zijn de TV series *The Bold and the Beautiful* en *ER*. Hierin komen veel herkenbare situaties voor, waardoor het aannemelijk is dat kijkers meegezogen worden in het verhaal en met de personages (O'Leary et al., 2007, Kennedy et al., 2004, en Brodie et al., 2004). Drie afleveringen van *ER* waarin overgewicht centraal stond, zijn ingezet om gedragsveranderingen te bewerkstelligen bij mensen met overgewicht. In een ander onderzoek werd een aflevering van *Friends* gebruikt waarin het ging over condoomgebruik. Eén van de conclusies hieruit was dat het samen met de ouders of met vrienden bekijken van deze aflevering effect had op het verkrijgen van kennis over condoomgebruik, omdat ze er na het zien van de aflevering hierover in discussie gingen met elkaar.

In een literatuuroverzicht van studies naar het effect van entertainment educatie, zoals de inzet van een soapserie, op kennisvergarig en interpersoonlijk gedrag ook genoemd wordt, beschrijft Van Rooijen (2011) dat dit vooral toe te schrijven is aan identificatie met de karakters of situatie. In een van de studies werd gebruik gemaakt van een bestaande serie over een vrouw met borstkanker die zwanger raakt. De vrouwen die

keken belden vaker de infolijn over kanker en bleken meer kennis te hebben over kanker en zwangerschap na het zien van de aflevering.

#### *Social Modeling*

Het uitgangspunt van social modeling (Bandura, 2002: 2006) is dat mensen gedrag van anderen als voorbeeld kunnen zien voor eigen manieren om met (psychische) problemen om te gaan. Het uitgangspunt hierbij is dat ze dit niet 'live' hoeven te zien, maar ook bewerkstelligd kan worden door het horen van een verhaal of het kijken naar anderen bijvoorbeeld in een serie of film. *Social modeling* ligt ten grondslag aan de werkzaamheid van film en soapseries wat betreft het bewerkstelligen van gedragsverandering en kan ook positieve invloed hebben op de persoonlijke zelfeffectiviteit ('efficacy'). Persoonlijke zelfeffectiviteit is het vertrouwen van een persoon in de eigen bekwaamheid om met succes invloed uit te oefenen op zijn of haar omgeving, bijvoorbeeld door een bepaalde taak te volbrengen of een probleem op te lossen. Om gedragsverandering te kunnen bewerkstelligen moet het verhaal of de film aan de volgende voorwaarden voldoen:

- het moet gaan om herkenbare dagelijkse situaties (*every day social problems*);
- er moet sprake zijn van een dilemma of strijd (*struggle*). De boodschap daarbij is 'als je volhoudt, dan lukt het', succes komt niet vanzelf
- in de verhalen of film moeten realistische oplossingen getoond worden;
- er dient sprake te zijn van een beloning voor de inspanning die getoond wordt in het verhaal of de film/soapserie. De boodschap is dan dat het de moeite waard is om eraan te werken.
- er zijn contrasterende rolmodellen en beelden: positieve rolmodellen die een goede leefstijl laten zien en negatieve die een minder goede leefstijl laten zien. Transportatie en identificatie zijn essentiële onderdelen hierbij.

#### *Transportatie en identificatie*

Transportatie is de mogelijkheid van iemand om meegezogen te worden in het verhaal. Het zich kunnen identificeren met de hoofdpersoon-personen is hierbij belangrijk. Om dat te kunnen doen zijn zoveel mogelijk overeenkomsten tussen het eigen verhaal en dat van de personages van belang. De hoofdpersoon- personen heeft/hebben een herkenbare leefstijl en maakt/maken een vergelijkbare ontwikkeling door. In het verhaal wordt kwetsbaarheid getoond en het verhaal is realistisch en is niet te voorspelbaar.

### 3.3 Ontwikkeling van de film

In de periode mei 2014 tot juni 2015 zijn de drie afleveringen van een film geproduceerd. De onderstaande alinea's beschrijven de motivatie voor het kiezen van de personages en het verhaal, die de basis vormen voor deze drie afleveringen.

#### *Format*

Het format van de film is gebaseerd op de theoretische onderbouwing zoals beschreven in paragraaf 3.2. De keuze voor drie afleveringen is gebaseerd op de drie onderdelen uit het KOP-model: Klachten, Omgeving en Persoonlijke stijl (coping). De opzet was dat de cliënt de afleveringen zelfstandig op internet bekijkt. Er is een speciale website gemaakt waar de afleveringen van de film opstaan en waar instructies en begeleidende vragen opstaan om te gebruiken bij het kijken naar de afleveringen. De inzet van deze interventie kan eenvoudig ingebed worden in bestaande zorgprocessen en zal zodoende weinig extra tijd opleveren voor de hulpverlener.

### *Vorbereidingen*

Voor de ontwikkeling van de film is samengewerkt met een film productiebedrijf (HotelRebel). Een belangrijke afspraak met hen was dat zij de film in nauw contact met de praktijkinstellingen, het Trimbos-instituut en Indigo zouden ontwikkelen.

### *Betrekken hulpverleners en mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst*

Om op een realistische en aansprekende manier het omgaan met psychische klachten, de leefomgeving en de herkenbaarheid en identificatie met de hoofdpersonen te verbeelden in de film, was het betrekken van mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst en van hulpverleners van groot belang. Bij het ontwikkelen van het de personages en het scenario zijn zij dan ook intensief betrokken.

### *Denktank en focusgroepen met hulpverleners*

Een groep van vijf hulpverleners fungeerde als 'denktank' voor de inhoud en opzet van de film. Aan hen is gevraagd mee te denken bij het uitwerken van het script van de film en de manier waarop de afleveringen gebruikt kunnen worden bij het toepassen van het KOP-model. Deze 'denktank' bestond uit een GZ-psycholoog van de instelling NOAGG, die uitsluitend met migranten werkt, een gepensioneerd psycholoog die supervisie aan NOAGG medewerkers geeft, een adviseur diversiteitsmanagement bij de Parnassia Groep/Parnassia Academy, een klinisch psycholoog/ psychotherapeut, werkzaam bij Altrecht/NOAGG/Indigo en een GZ-psycholoog gespecialiseerd in transculturele hulpverlening, werkzaam bij Indigo Gelderland. Samen met deze groep en de filmmakers van HotelRebel is intensief samengewerkt om tot het uiteindelijke filmscenario te komen. Deze hulpverleners hebben de basis gelegd voor de personages in de film en veel input gegeven over de culturele uitingen in de film, maar ook voor de opzet van de film en de manier waarop het onderliggende KOP-model in de film verweven zou kunnen worden.

Met deze 'denktank' werden twee focusgroep bijeenkomsten georganiseerd.

Tijdens de eerste focusgroep bijeenkomst zijn de volgende onderdelen besproken:

- a. De wijze waarop het KOP model uitgevoerd wordt in de praktijk, wat de ervaringen zijn in de toepassing bij Turkse en Marokkaanse cliënten en de manier waarop dit model geïntegreerd zou kunnen worden in de drie afleveringen van de film.
- b. De synopsis van de film waarin een eerste opzet voor de inhoud van de afleveringen is beschreven (een *outline* van de film, met een verhaallijn). Hierbij kwam ook aan bod of de personages aanspraken, of de sfeer klopte en of de geschetste situaties qua problematiek van de hoofdpersonen, woonomstandigheden en gezinssamenstellingen etc. klopten en relevant waren.
- c. Hoe de afleveringen van de film ingezet kunnen worden in de hulpverleningssituatie, hoe dit geïntroduceerd zou kunnen worden en welke voordelen en belemmeringen hulpverleners van het inzetten van de film verwachtten.
- d. De vragen die we aan de cliënten willen stellen.

Naar aanleiding van de feedback van de hulpverleners is besloten hen zelf te vragen om vignetten te schrijven op basis van eigen casussen. Dit omdat de eerste synopsis van HotelRebel onvoldoende aansloot bij de realiteit, zoals de hulpverleners die ervoeren. De vignetten zijn beschreven op basis van eigen ervaringen in de hulpverleningspraktijken. Bij de bespreking hiervan bleek dit een goede aanpak te zijn, omdat de hulpverleners beschrijvingen van de casuïstiek en problematiek hierin in KOP-termen konden geven en in de termen die gebruikt bij de behandeling die volgt op de probleemdefinitie die samen met de cliënt gemaakt wordt op basis van het KOP-model.

Deze vignettes zijn besproken tijdens de tweede focusgroep bijeenkomst. Tijdens deze bijeenkomst zijn de personages en hun gezins- en familieleden en hun omgeving en sociaal economische situatie in kaart gebracht. Dit leidde tot concrete voorstellen voor aanpassing van de synopsis.

HotelRebel heeft van deze input de synopsis herschreven. De nieuwe versie is vervolgens schriftelijk voorgelegd aan de hulpverleners en aan de projectmedewerkers. Op basis van de feedback hieruit volgden enkele besprekingen met HotelRebel om het scenario voor de film te ontwikkelen en vervolgens verder uit te werken en aan te scherpen. Dit scenario is nog een aantal malen schriftelijk voorgelegd aan de hulpverleners en voorzien van feedback. Daarnaast is het scenario besproken met cliënten (zie hieronder bij 'Cliënten'). Nadat de productie van de film is twee maal een 'viewing' georganiseerd, wat inhield dat de eerste versies van de film werden bekeken, waarna nog wijzingen voor belangrijke details konden worden gemaakt. Bij deze 'viewing' werden zoveel de hulpverleners uit de 'denktank, hulpverleners die mee zouden doen met de pilot en hun leidinggevenden en cliënten uitgenodigd. Tenslotte is de website waar de film op geplaatst is ontwikkeld (parg. 3.2.4.) en is de nasynchronisatie in het Turks en Berbers ingesproken.

#### *Input van Praktijk Ondersteuners Huisartsen (POH GGZ)*

Met de intrede van de BGGZ is de situatie in de GGZ veranderd. Een deel van de psychische zorg is naar de POH-GGZ verschoven. Om die reden hebben we ook instellingen die POH-GGZ bieden in huisartspraktijken geworven voor deelname aan dit project, zodat de film ook toepasbaar is voor inzet door de POH-GGZ. Naast de POH-GGZ van Indigo, Prezens (GGZ inGeest Amsterdam), Vicino (GGZ in Noord-Holland) zijn POH-GGZ bij huisartsenpraktijken betrokken (in totaal 7). Zij namen deel aan de expertgroep, waarin ook psychologen van NOAGG en Indigo zitting hadden. Zij hebben vanaf de 1<sup>e</sup> viewing van de film ook hun input geleverd.

#### *Input van cliënten*

Drie cliënten, waarvan twee van Marokkaanse en één van Turkse afkomst hebben input en feedback gegeven op het scenario van de film, in de vorm van een focusgroep bijeenkomst. Zij gaven belangrijke input, omdat zij bij uitstek degene zijn die kunnen beoordelen of ze de personages en het verhaal realistisch zijn of niet en ze zich ermee zouden kunnen identificeren en meegezogen worden in het verhaal.

De cliënten zijn uitgenodigd voor een bijeenkomst met een projectmedewerker van het Trimbos en de filmmaker. Voorafgaande aan de bijeenkomst kregen de cliënten het scenario van de film met een aantal kijkvragen over specifieke onderdelen uit het scenario. Tijdens de bijeenkomst is het scenario besproken aan de hand van de kijkvragen. De cliënten hebben bruikbaar feedback gegeven, wat verwerkt is in het definitieve scenario.

#### *Resultaten*

De actieve rol en de input van de hulpverleners en de cliënten bleek onmisbaar voor het ontwikkelen van een geloofwaardig en bruikbaar scenario en hebben een grote inhoudelijke bijdrage geleverd op de inhoud van het scenario. Samen met de projectgroep en HotelRebel zijn de personages beschreven die een rol hebben gekregen in de film. De hulpverleners en de cliënten hebben daarnaast ook op culturele aspecten gelet en of deze geloofwaardig waren en bovendien iets toevoegden aan de film. Een voorbeeld hiervan is het al dan niet opnemen van een gesprek met een imam. Hierover is discussie gevoerd en de uitkomst hiervan was dat dit wel vaak gebeurt, maar dat wat er

precies gezegd wordt in het gesprek geen grote rol in de film moet hebben. De reden is dat een gesprek met de imam voor mensen wel steunend kan zijn, maar iets anders is dan een hulpverleningstraject. Ook zijn er verschillende discussies gevoerd over culturele uitingen in de film die wel of niet een toegevoegde waarde zouden hebben. Een voorbeeld is dat een recept voor een gerecht in detail moest kloppen. Ook de ondersteunende muziek bij de film is zorgvuldig uitgezocht.

De film bestaat uiteindelijk uit drie afleveringen met twee hoofdpersonen en twee verschillende verhaallijnen. Er is gekozen voor twee families, een Turkse en een Marokkaanse familie, met in elke familie één hoofdpersoon.

### 3.2.3 De drie afleveringen van de film

De film bestaat uit drie afleveringen van gemiddeld 20 minuten, waarin de KOP methodiek (Klachten, Omstandigheden en Persoonlijke stijl (coping) de leidraad is. In elke aflevering staan de Turkse en de Marokkaanse hoofdpersoon centraal. Om de herkenbaarheid van de problemen van de hoofdpersonen te vergroten zijn verschillende kenmerken gecombineerd in de twee personen. Bijvoorbeeld de leeftijd, man of vrouw, wel of geen werk, geboren hier of in Turkije of Marokko, relatie of vrijgezel, wel of geen kinderen.

De hoofdpersonen zijn de 50-jarige Turkse vrouw Nurten, die op 12-jarige leeftijd naar Nederland is gekomen, en de 28-jarige man Tarik, geboren in Nederland met een Marokkaanse achtergrond. Beiden zijn somber, lusteloos, hebben nergens zin in of hebben het gevoel geen grip meer te hebben op hun leven. Hun klachten zijn niet specifiek voor mensen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond, maar culturele verschillen spelen wel een rol spelen bij de manier waarop ze omgaan met emotionele gebeurtenissen en bij de oplossingsstrategieën die ze voor hun klachten kiezen. In de afleveringen zien we de klachten, gevoelens en emoties van Nurten en Tarik en hoe zij hiermee omgaan. Ook zien we hoe hun familie, vrienden, collega's en omgeving erop reageren en hoe zij op hun omgeving reageren. We zien ook wat Nurten en Tarik zelf (kunnen) doen – met steun van anderen - om zich weer beter te voelen.

De afleveringen van de film worden meegegeven als 'huiswerk' voor de cliënt. De cliënt kan deze thuis via de computer of tablet alleen bekijken, maar ook samen met anderen. Van iedere aflevering is een korte samenvatting gemaakt en bij iedere aflevering zijn kijkvragen opgesteld. Deze worden door de hulpverlener aan de cliënt meegegeven als instructie bij het kijken naar de aflevering. Daarnaast zijn bij elke aflevering voorbeeldvragen opgesteld voor de hulpverlener, die gebruikt kunnen worden om nadat de cliënt de aflevering gezien heeft, er met hem of haar over in gesprek te gaan.

In principe is voor het gebruik van het beeldmateriaal geen voorafgaande scholing vereist. De handleiding geeft voldoende achtergrondinformatie en richtlijnen. Van hulpverleners die gebruik willen maken van het beeldmateriaal, wordt verwacht dat zij:

- beschikken over kennis van en ervaring met het KOP-model,
- ervaring hebben met de behandeling van cliënten met een niet- Nederlandse achtergrond,
- beschikken over een cultuurbewuste, reflectieve werkhouding, en
- bekend zijn met de inhoud van de drie afleveringen.

### *Inhoud van de afleveringen*

#### Aflevering 1 'Pijn en piekeren'

In deze eerste aflevering maken we kennis met Nurten en Tarik. We zien waar ze wonen, met wie ze wonen en wat voor klachten ze hebben. De verhalen van Nurten en Tarik lopen door elkaar heen. In deze aflevering staan de klachten en omstandigheden centraal.

#### Aflevering 2 'Op zoek naar hulp'

De tweede aflevering gaat over hoe Nurten en Tarik omgaan met hun klachten en hoe ze zelf zoeken naar oplossingen. In deze aflevering staan de omstandigheden en coping centraal (persoonlijke stijl). Kunnen ze zelf iets doen waardoor het beter gaat, krijgen ze goed advies van familie en vrienden, helpt praten met de huisarts, een psycholoog of met bijvoorbeeld de imam of een andere vertrouwenspersoon?

#### Aflevering 3 'Begin van herstel'

De derde en laatste aflevering gaat over hoe je jezelf kunt helpen. Hier staat de relatie tussen klachten, omstandigheden en coping centraal (probleemdefinitie), en hoe gedragsverandering hierop van invloed kan zijn. We zien wat Nurten en Tarik met de adviezen doen die zij gekregen hebben, en wat hen helpt om zich wat beter te voelen. Ze lijken ook steeds meer hun 'oude ik' terug te vinden.

### 3.2.4 Ontwikkeling van website en handleiding

Om de interventie goed te kunnen inzetten is een website ontwikkeld <http://hoegaathetmetu.trimbos.nl/> hierop zijn de 3 afleveringen te zien, en wordt een uitgebreide toelichting gegeven op het gebruik van de film. Op de website wordt toegelicht voor wie de film bedoeld is en hoe die kan worden ingezet.

De 3 afleveringen bieden aanknopingspunten om met de patiënt in gesprek te gaan over klachten en behandeling. Dit proces en de uitkomsten ervan zijn doorslaggevend voor de cultuursensitiviteit van de behandeling, voor de mate waarin de behandeling aansluit bij de belevingswereld van de cliënt en uiteindelijk voor de effectiviteit ervan. Het toepassen en bespreken van het beeldmateriaal vraagt van de behandelaar sensitiviteit voor cultuur en context.

## 4 Pilot en evaluatie

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de methoden, uitvoering en uitkomsten van de pilot zoals die oorspronkelijk was opgezet en vervolgens die van de nieuwe pilot die daarna is opgezet. Omdat de instroom van cliënten in de oorspronkelijke pilot onvoldoende op gang kwam, is de interventie in andere settings ingezet en is de opzet van de pilot, in overleg met de opdrachtgever aangepast. Uit de uitkomsten van beide pilots blijkt dat de interventie (de film met website) beter lijkt te passen binnen de preventie praktijk, dus in huisartsenpraktijken en in begeleide gespreksgroepen in de preventieve sector, in plaats van binnen de BGGZ waar de interventie oorspronkelijk voor bedoeld was.

### 4.2 Methode

De oorspronkelijke opzet van de pilot en de evaluatie had een quasi-experimenteel design, waarin de pilotsituatie met het nieuwe hulpmiddel zou worden vergeleken met een historische vergelijkingsgroep. De doelgroep waren cliënten van Turkse of Marokkaanse afkomst die in behandeling waren bij een psycholoog in de BGGZ of bij een POH-GGZ in de huisartsenpraktijk. Dataverzameling zou plaatsvinden uit de zorgregistratie en de ROM (routine uitkomsten monitoring) in de BGGZ (bij Indigo) en zou worden geanalyseerd met kwantitatieve onderzoeksmethoden. Deze effectmeting is voortijdig gestopt omdat het niet lukte voldoende cliënten te werven en de power te verkrijgen die nodig was om effecten te kunnen berekenen.

Het doel was om te onderzoeken of inzet van een hulpmiddel bij het KOP-model, de film met de website, zou leiden tot:

- een afname van drop-out;
- een afname van klachten en verbetering van functioneren (gemeten met de OQ-45);
- een afname van het aantal sessies dat zou nodig zijn voor het afronden van de behandeling;
- een afname van verwijzingen naar de gespecialiseerde GG.

#### *Opzet*

De oorspronkelijke opzet van de pilot bestond uit twee meetmomenten (T0 en T1). De werving van cliënten startte op 1 september 2015 en liep oorspronkelijk tot en met december 2015. Het streven was om per hulpverlener 7 cliënten te includeren voor deelname aan het pilot onderzoek, met een totaal aantal cliënten van 145. Omdat dit aantal in december 2015 lang niet gehaald werd is de instroom nog twee keer verlengd tot respectievelijk mei en vervolgens juni 2016 en is het totaal aantal te includeren cliënten teruggebracht tot 50. Aan de pilot deden in totaal 22 hulpverleners mee; 12 psychologen die werkzaam waren in de basis-GGZ mee en 10 als POH-GGZ werkzaam in huisartsenpraktijken. Zij werken bij verschillende instellingen: Indigo, NOAGG, Prezens en Vicino en bij zelfstandige huisartsenpraktijken.

Tabel 1.1: Overzicht meetmomenten dataverzameling

Meetmomenten	Onderdelen hulpverleners
<b>T0: start behandeling</b> September 2015	-Startbijeenkomst 10 juni 2015 -includeren en registeren cliënt -laten invullen informed consent -toezien op invullen OQ-45 door cliënt -opsturen ingevulde formulieren aan projectgroep
<b>T1: afsluiten behandeling</b> na vijf maanden, of bij einde behandeling	-invullen evaluatieformulier einde behandeling -registeren afsluiting behandeling -toezien op invullen OQ-45 door cliënt -opsturen ingevulde formulieren aan projectgroep -invullen feedback formulier website
	Onderdelen cliënten
<b>T0: start behandeling</b> September 2015	-invullen en tekenen informed consent -invullen OQ-45 vragenlijst in ROM of handmatig
<b>T1: einde behandeling</b> Na vijf maanden of einde behandeling	-invullen OQ-45 in ROM of handmatig

Ten behoeve van de pilot zijn de volgende formulieren ontwikkeld:

- instructie behandelaar (zie bijlage 1);
- huisartsenbrief;
- registratieformulier;
- informatiebrief en *informed consent* (toestemmingsverklaring) voor de cliënt;
- een A4 met een link naar de website om mee te geven aan de cliënt;
- een retourenveloppe.

#### 4.1.1 Werving cliënten

Zoals gezegd kregen de hulpverleners in eerste instantie van september 2015 tot december 2015 de tijd om 7 cliënten per hulpverlener te werven in hun eigen praktijk, in totaal 145. Omdat de instroom van cliënten niet goed op gang kwam is het totaal aantal te includeren cliënten teruggebracht naar 50 en is de instroomtijd twee maal verlengd, respectievelijk tot mei en juni 2016. Uiteindelijk zijn er 29 cliënten geïncludeerd. Omdat dit te weinig was en het niet meer haalbaar leek om de gewenste 50 cliënten te



includeren, is de pilot gestopt om een knelpuntenanalyse te doen en in overleg met de opdrachtgever een nieuwe opzet voor de pilot te maken.

#### 4.1.2 Knelpuntenanalyse

De knelpuntenanalyse bestond uit een belronde (N=19) en een groepsgesprek met deelnemende hulpverleners op 4 februari 2016 (N=6). De belronde werd uitgevoerd van december 2015 t/m januari 2016. De knelpunten uit de belronde vormden de input voor het groepsgesprek. Bij elk knelpunt werden door de deelnemende hulpverleners ideeën voor aanpassing van de pilot gegeven ter verbetering van de instroom van cliënten.

##### **Uitkomsten**

De uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn hieronder samengevat en meegenomen in de nieuwe opzet van de pilot (zie paragraaf. 4.4) en in de aanbevelingen (hoofdstuk 5).

##### **Doelgroep**

###### *a) 1<sup>e</sup> Generatie*

Mensen van de 1<sup>e</sup> generatie spreken vaak slecht Nederlands, sommigen zijn analfabeet. Dat maakte het lastig voor Nederlands sprekende hulpverleners om de interventie goed uit te leggen en deze cliënten te includeren. Daarnaast bleek dat deze cliënten vaak niet worden doorverwezen naar een psycholoog of POH-GGZ, omdat praten over psychische problemen niet alleen lastig is vanwege de taalbarrière, maar het ook niet gebruikelijk is in hun cultuur om over psychische problemen te praten met anderen.

###### *b) 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> Generatie*

In tegenstelling tot mensen uit de 1<sup>e</sup> generatie werd genoemd dat mensen van de 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> generatie vaak wel goed geïntegreerd zijn. Zij zouden minder moeite hebben om over psychische problemen te praten met anderen en deden dit ook. Om die reden werd het door sommige hulpverleners bijna als beledigend ervaren om deze mensen de interventie aan te bieden. Desondanks zou de interventie wel passend kunnen zijn voor mensen die uit een traditioneel gezin komen en waar psychische problemen lastiger bespreekbaar zijn.

##### **Inzet huisarts**

De POH's-GGZ brachten de interventie bij hun huisartsen onder de aandacht middels de huisartsenbrief en mondeling. Desondanks verwezen huisartsen weinig cliënten door voor de pilot, omdat potentiële cliënten vaak slecht Nederlands spraken en/of niet over hun psychische problemen praatten met de huisarts en dus niet gemotiveerd zouden zij voor doorverwijzing naar de POH-GGZ of psycholoog.

##### **Gebruik vragenlijst OQ-45**

De vragenlijst OQ-45 vragenlijst was gekozen, omdat deze bij Indigo in het ROM systeem zit en alle cliënten deze vragenlijst standaard moeten invullen. De POH-GGZ werkt niet overal met een ROM systeem, dus cliënten vullen deze vragenlijst niet standaard in. Dat bleek een struikelblok voor het includeren van cliënten. De vragenlijst bleek lastig in te vullen, omdat deze niet (officieel) vertaald is in Arabisch of Turks en omdat de lijst lang is met soms lastige vragen. Overigens bleek dat ook cliënten die de vragenlijst in het ROM systeem standaard moesten invullen dit niet altijd deden.

### **Logistiek: gebruik computer en internet**

Naast inhoudelijke knelpunten zorgden logistieke knelpunten voor een te lage instroom van cliënten. Op veel locaties waren problemen met internet, waardoor de website en de film niet of niet goed bekeken konden worden (traag internet, geen of slecht geluid). Daardoor konden hulpverleners de film en de website niet aan de cliënt laten zien tijdens het behandelgesprek. Ook het meegeven van de link naar de website, zodat cliënten de film thuis konden bekijken bleek lastig, omdat cliënten thuis niet altijd goed internet bleken te hebben en/of hier niet goed mee om konden gaan.

### **Werkdruk & tijd**

Veel hulpverleners gaven aan dat de werkdruk hoog is en ze weinig tijd hadden om zich te verdiepen in deelname aan de pilot en uitleg hiervan aan de cliënt, ondanks dat er wel een budget was ingezet om dit te compenseren. Vanuit het projectteam is dit herhaaldelijk gecommuniceerd naar de leidinggevenden. Desondanks bleek dat de hulpverleners zich onvoldoende gefaciliteerd voelden om extra tijd en energie in deelname aan de pilot te stoppen.

### **Vertalingen informatie brieven**

De informatie brieven waren in eerste instantie alleen in het Nederlands beschikbaar. Op verzoek van de hulpverleners zijn de informatiebrieven vertaald in het Turks en Arabisch.

### **Ideeën voor aanpassing van de pilot**

De hulpverleners die meededen aan de pilot gaven ook input voor aanpassingen aan de pilot ter verbetering van de instroom van cliënten:

- De film in andere setting laten zien, bijvoorbeeld een buurthuis of andere bijeenkomsten in buurten, die gericht zijn op mensen uit de 1<sup>e</sup> generatie die de Nederlandse taal vaak niet goed spreken en niet goed geïntegreerd zijn.
- Niet de focus leggen op de generatie waar iemand uitkomt, maar uitgaan van de klacht en de problematiek waar diegene mee komt. De doelgroep voor de interventie zijn mensen die al langer bij de huisarts of een andere hulpverlener komen met vage klachten (vaak ook lichamelijk) en bij wie vermoed wordt dat er psychosociale problematiek onder ligt.
- De interventie door de huisartsen (in opleiding) zelf laten inzetten bij mensen waarvan ze denken dat de film helpend zou kunnen zijn, bijvoorbeeld door de link van de website mee naar huis geven. Het doel van het inzetten van de film zou daarmee verschuiven van behandeling naar motivering met als hoofddoel het motiveren van cliënten om te gaan praten over psychische problemen. Vervolgens zouden ze kunnen worden doorverwezen naar de POH-GGZ of psycholoog voor de verdere behandeling.
- De OQ-45 vragenlijst samen met de cliënt invullen, of een naaste om hulp vragen bij het invullen. Daarnaast ook de mogelijkheid geven mensen toch te laten instromen in de pilot, ook als het invullen van de vragenlijst niet goed of helemaal niet lukt. Deze voorstellen waren pragmatisch, maar betekenden een struikelblok voor het goed uitvoeren voor het pilotonderzoek. De OQ-45 is niet bedoeld om samen met iemand in te vullen en het niet invullen levert onvoldoende gegevens op.
- Een eigen iPad of laptop gebruiken waar de film opstaat. Vanuit het project zouden USB sticks en/of laptops verstrekt kunnen worden. Bij de opzet van het project is gekozen voor een website waar alles opstaat, vanuit het idee dat de meeste mensen thuis en op het werk goed werkend internet hebben. Daarnaast was geen budget ingecalculiseerd om laptops te verstrekken.

## **Conclusie**

De belangrijkste conclusie uit de knelpuntenanalyse was dat de film minder geschikt is om in te zetten als behandel interventie in de BGGZ en waarschijnlijk beter past in een preventieve setting als een vorm van psycho-educatie. Om deze conclusie te kunnen toetsen is een alternatieve opzet van de pilot gemaakt, in overleg met de opdrachtgever. Er is gekozen voor een kwalitatieve methode, waarbij de nadruk lag op het in kaart brengen van de doelgroep en bij wie en waar (welke sector) de interventie het beste in te zetten is. De opties en tips uit de belronde en het groepsgesprek met de hulpverleners gaven waardevolle input voor de nieuwe opzet van de pilot.

## **4.3 Nieuwe pilot**

Op basis van de input uit de knelpuntenanalyse werd een nieuwe opzet van de pilot ontwikkeld. De interventie werd ingezet als preventieve interventie in begeleidde gespreksgroepen voor mensen van Turkse of Marokkaanse afkomst. Daarnaast is ook gekeken of de interventie door de huisarts in te zetten is.

### **Doel**

Het overkoepelende doel van de nieuwe opzet bleef hetzelfde, namelijk: meer inzage te krijgen in de toepasbaarheid van de film en de ervaringen van de hulpverleners en cliënten met de uitvoering ervan. De interventie werd nu ingezet als een vorm van psycho-educatie en een manier om mensen met elkaar over hun psychische problemen te laten praten (lotgenoten) en zo nodig te motiveren voor behandeling. Daardoor, kwam de nadruk vooral te liggen op het voorkomen van onderbehandeling.

### **Onderzoeksvragen**

- a. Bij welke hulpverlener/in welke setting (waar) en voor welke cliënt (wie) kan de film het beste worden ingezet? Wat zijn de voorwaarden voor toepassing?
- b. Wat zijn de ervaringen van de hulpverleners?

Deze vragen zijn in de nieuwe pilot op een kwalitatieve manier gemeten, het betreft de ervaringen van de Marokkaanse en Turkse cliënten/bezoekers en de hulpverleners.

#### **4.3.1 Methode**

Voor de evaluatie van de uitkomsten van de pilot werden kwalitatieve methoden gebruikt (semi-gestructureerde interviews en groepsgesprekken, zie bijlage 2 interviewopzet). De ervaringen van enkele hulpverleners met het inzetten van de interventie binnen de Basis GGZ werden hierbij ook meegenomen.

Interviews werden uitgevoerd met:

- a. hulpverleners (N=3);
- b. cliënten (N=2);
- c. preventiewerkers (N=2);
- d. een Turkse (N=8) en een Marokkaanse begeleidde gespreksgroep (N=9).

De hulpverleners werden geworven uit de deelnemers aan de pilot, met name degene van wie cliënten hadden meegedaan in de eerste pilot. Op die manier werd ook de ervaring van het inzetten van de interventie in de Basis GGZ en door de POH-GGZ meegenomen. Via deze hulpverleners werden ook de cliënten geworven.

De begeleide gespreksgroepen en preventiewerkers die deze groepen begeleidden, werden via een hulpverlener geworven die hier ervaring mee had. De preventiewerkers stelden zelf de groepen samen.

Via de POH-GGZ en via het management van een deelnemende instelling is geprobeerd huisartsen te werven voor deelname, maar dat is niet gelukt mede omdat de huisartsen nog geen ervaring met de interventie hadden en te weinig tijd om zich hierin te verdiepen. Wel was een huisarts in opleiding geïnteresseerd om de film in te zetten, maar door tijdgebrek is het niet gelukt dit ook daadwerkelijk te doen.

#### 4.3.2 Interviews hulpverleners

Met drie hulpverleners (2 psychologen en 1 POH-GGZ) is een telefonisch interview afgenomen. Allen waren hulpverleners die inmiddels ervaring hadden opgedaan in de eerste pilot.

##### **Uitkomsten**

In de interviews is gevraagd voor welke doelgroep de film het best toepasbaar is. Meer specifiek is gevraagd in hoeverre de film aansluit bij de belevingswereld van cliënten en of de problematiek geloofwaardig is neergezet en aansluit bij de doelgroep.

Hieronder zijn de uitkomsten samengevat:

##### **Doelgroep en sector**

- Voor cliënten in de BGGZ die goed in staat waren om over hun problemen te praten, leek de interventie niet geschikt. Daarentegen leek de interventie wel passend voor cliënten die het moeilijk te vinden om in de behandeling over psychische problemen te praten, bijvoorbeeld omdat het in hun cultuur niet 'hoort' om teveel emoties te laten zien. In de film laten de hoofdpersonen zien hoe belangrijk het is om wel je emoties te tonen en erover te (leren) praten.
- Sommige cliënten nemen weinig verantwoordelijkheid voor hun psychisch welzijn en gaan er vanuit dat de hulpverlener hen beter zal maken. Omdat in de film de eigen verantwoordelijkheid van de hoofdpersonen centraal staat, sloeg dit aan bij sommige cliënten.
- Eén cliënt realiseerde zich dat het eigenlijk beter met haar ging dan ze dacht, doordat ze zich kon identificeren met de hoofdpersoon waar het slechter mee ging dan met haarzelf.
- Een hulpverlener van Turkse afkomst gaf aan dat ze meestal goed kan aansluiten bij cliënten met een andere culturele achtergrond. Zowel qua taal als qua problematiek, hoe die zich kan uiten en hoe er al dan niet over psychische problemen gedacht en gesproken wordt binnen een bepaalde gemeenschap. De film zou daarom niet zoveel toevoegen. Dat zou niet gelden voor Nederlandse collega's. Daarom zou het inzetten van de film door hen een goede manier kunnen zijn om beter aan te sluiten bij de verschillende culturele achtergronden van cliënten.
- De film zou bij wijze van voorlichtingsmateriaal voor de behandeling kunnen worden ingezet. Om te laten zien wat je kan verwachten als je in gesprek gaat met een hulpverlener en als vorm van psycho-educatie. Hoewel de respondenten aangaven dat de film beter past in de preventieve sector, bij de huisarts, in ziekenhuizen en/of door de POH-GGZ.

### **Waardering en herkenbaarheid van de film**

- Volgens de hulpverleners reageerden cliënten die de film gezien hebben positief. De casussen in de film en de manier waarop deze uitgewerkt zijn bleken realistisch en herkenbaar. Zowel door hulpverleners als cliënten werd de film om die reden zeer gewaardeerd. Met name de Turkse casus bleek goed aan te sluiten. Bij de Marokkaanse casus werd niet meteen duidelijk wat er met de man aan de hand is.
- Ook de website werd gewaardeerd als heel duidelijk en concreet, met goede linken. De introductievragen werden gebruikt als richtlijn om cliënten meer te laten focussen bij het kijken naar de film. Wat nog aangevuld kan worden zijn vertalingen van de introductie van de film in het cliëntendeel.

### **Knelpunten om de film in te zetten**

- Het bleek soms lastig om de film/de link naar de website mee te geven aan cliënten. Sommige respondenten hadden het idee dat zij als hulpverlener te kort schoten als ze de link meegaven. Cliënten zouden niet verwachten dat je een film meegeeft. Een alternatief zou zijn om de film op locatie (in de wachtkamer bv of een aparte ruimte) te laten bekijken, of tijdens het behandelgesprek.
- Meedoen aan onderzoek bleek niet zo gebruikelijk binnen de psychische hulpverlening. Volgens een respondent zeggen cliënten al snel dat ze al genoeg aan hun hoofd hebben en daarom niet mee willen doen. Maar ook hulpverleners zelf bleken niet altijd gewend aan het meedoen aan onderzoek.
- Het invullen van de vragenlijst bleek voor veel cliënten lastig.
- Logistiek bleek het inzetten van de film niet altijd haalbaar. Een deel van de cliënten bleek te weinig ervaring met een computer/internet te hebben om zelf de website op te kunnen zoeken.
- Behandelaars waren onvoldoende gefaciliteerd (in tijd) om de interventie goed in te zetten

### **Conclusie**

Ondanks de knelpunten om de interventie in te zetten in de behandeling is dit bij een aantal hulpverleners toch gelukt. Uit die ervaringen blijkt dat de interventie waarschijnlijk beter past in een preventieve setting. Desondanks kan de interventie ook zinvol zijn in een behandelsetting, met name ter motivering om de behandeling af te maken en als voorlichtingsfilm om te laten zien wat je kan verwachten van de behandeling. Ook in de vorm van psycho-educatie bijvoorbeeld voor naasten, kan het inzetten van de film in de behandelsetting zinvol zijn.

#### **4.3.3 Interviews cliënten**

Via hulpverleners uit de pilot zijn cliënten benaderd voor een interview. Het bleek dat veel cliënten inmiddels uitgeschreven waren, omdat de behandeling was afgerond of omdat ze niet meer verschenen op afspraken. Uiteindelijk is met één cliënt een telefonisch interview afgenomen en heeft een hulpverlener één cliënt geïnterviewd.

### **Uitkomsten**

De cliënten is gevraagd wat ze van de film vonden, in hoeverre de film helpend was bij hun problemen en of ze zich konden herkennen in de film. Hieronder zijn de uitkomsten uit deze twee interviews samengevat.

### **Herkenbaarheid van de film**

De film sloeg goed aan bij de respondenten, omdat de problematiek herkenbaar was. Een cliënt gaf aan dat ze meeleeftde met de hoofdpersoon en zag dat die echt verdriet had. Ze zag dat de hoofdpersoon het niet zelf kon oplossen, dat haar man haar niet goed begreep en herkende zichzelf hierin. In de casus van de Marokkaanse man herkende ze haar eigen man, omdat die ook niet over zijn problemen kan praten.

De nasynchronisatie werd gewaardeerd, daardoor was de film beter te volgen. Het verhaal in de film bleek voldoende spannend, de respondenten gaven aan graag verder te willen kijken om te zien hoe het verder ging met de hoofdrolspelers.

### **Inzet van de film in de behandeling**

Volgens de respondenten zou de film hen kunnen helpen, omdat de problematiek herkenbaar is en er in de film ook handvatten gegeven worden hoe je ermee kunt omgaan en wat je zelf kan doen.

### **Conclusie**

Hoewel maar twee cliënten zijn geïnterviewd komt duidelijk naar voren dat de herkenbaarheid in de film groot is en cliënten zich dus goed kunnen identificeren met de hoofdpersonen. Inzet van de film om mensen te motiveren om hulp te zoeken en te gaan praten over psychische problemen lijkt goed te passen.

## **4.3.4 Interviews en begeleide gespreksgroepen**

Met twee preventiewerkers zijn face-to-face interviews afgenomen. Zij zijn begeleider van respectievelijk een Turkse- en een Marokkaanse- begeleide gespreksgroep. Deze begeleide gespreksgroepen hebben ten doel mensen met elkaar in contact te brengen en in gesprek te laten gaan over onderwerpen binnen verschillende levensgebieden. Dat kunnen ook psychische klachten zijn, maar daar ligt niet uitsluitend de nadruk op. De insteek is preventief en voorlichtend.

### **Uitkomsten**

De beide preventiewerkers hebben de film en de website goed bekeken en waren hier enthousiast over. Ze zijn respectievelijk van Marokkaanse en van Turkse afkomst en werken als preventiewerker met gespreksgroepen van buurtbewoners die ze begeleiden. De film zou hier goed in passen, als vorm van voorlichting en psycho-educatie en een manier om met de groep in gesprek te gaan over psychische problemen. Zeker bij mensen uit de 1<sup>e</sup> generatie is het niet gebruikelijk om over psychische problemen te praten. Zij blijven vaak hangen in de eigen cultuur. Vaak wonen de ouders en familie nog in het land van herkomst, waardoor contact met hen lastig is. Er is nog veel onbesproken psychische problematiek, wat niet makkelijk is om ter sprake te brengen. De wens werd geuit om de film te gaan gebruiken in buurt- en/of preventiegroepen.

De Marokkaanse nasynchronisatie is in het Berbers. Dat is geen officiële Marokkaanse taal (Marokkaans bestaat niet, er zijn verschillende dialecten). Beter zou zijn de film in het Arabisch na te synchroniseren.

### **Groepsgesprek: Marokkaanse groep**

Het groepsgesprek vond plaats in Amsterdam. Ondanks de regen en Ramadan waren negen vrouwen van Marokkaanse afkomst aanwezig, waarvan de meesten uit Noord- of Midden Marokko. Omdat ze geen of slechts beperkt Nederlands spraken, tolkte de begeleider van de groep. De meeste vrouwen wonen langer dan 26 jaar in Nederland,

één sinds 1999. Allen zijn huisvrouw en hebben geen baan buitenshuis. De 2<sup>e</sup> aflevering van de film werd vertoond. De vrouwen zaten geboeid te kijken en leefden mee met de Turkse vrouwelijke hoofdpersoon uit de film, sommigen werden emotioneel doordat ze zichzelf herkenden in de casus. Na afloop kwam het gesprek meteen op gang, de film riep veel op en maakte nieuwsgierig naar het vervolg. Na de film vond het groepsinterview plaats. Hieronder zijn de uitkomsten daarvan samengevat.

- Herkenning Turkse casus

De vrouwen herkenden zich in de spagaat waarin de hoofdpersoon zit: aan de ene kant gebonden zijn aan Nederland vanwege de kinderen en aan de kant de band met het vaderland en ouder(s) en/of andere familieleden die daar nog wonen. De klachten van de Turkse hoofdpersoon bleken zeer herkenbaar, ook de lichamelijke klachten (pijnlijke schouder). Het bleek dat hier onderling weinig over gesproken wordt, ook niet met de huisarts. Die zou vooral medicatie geven en verder niet doorvragen. Ouders die alleen achterblijven in het land van herkomst en ouders waarvan men geen afscheid heeft kunnen nemen bleken bij veel aanwezigen de aanleiding voor veel piekeren en het ontwikkelen van depressieve en lichamelijke klachten. De film bleek een manier om hier met elkaar over door te praten en elkaar te steunen.

- Herkenning Marokkaanse casus

Het verhaal over de Marokkaanse man Tarik in de film riep niet zozeer herkenning in hun eigen leven op, maar ze herkende de casus wel in hun omgeving. Oudere mensen zouden nog wel willen bepalen met wie hun kind trouwt en dan vooral bij dochters. Binnen de Marokkaanse gemeenschap zou het voor een man geen probleem zijn om met een Nederlandse vrouw te trouwen, op voorwaarde dat zij gelovig is. Dat mag elk geloof zijn en hoeft niet Islamitisch te zijn. Voor vrouwen geldt dat echter niet, zij moeten wel met een Islamitische man trouwen.

De vrouwen hadden graag willen horen wat de imam in de film precies met Tarik bespreekt en wat voor advies hij geeft. Ook de vraag waarom Tarik precies naar de imam gaat werd niet voor iedereen duidelijk. De vrouwen gaven aan dat het geloof voor hen een uitkomst is en troost biedt. Het lezen in de Koran en luisteren naar teksten uit de Koran geeft rust en werkt meditatief. Allah zegt geduld te hebben en te accepteren. Dat is een helpende gedachte. Iemand zei dat in de Koran staat dat je altijd een deskundige moet raadplegen voor je problemen en dat dit ervoor zou pleiten naar een psycholoog te gaan.

- Omgaan met psychische problemen

Een overleden ouder of meningsverschillen over partnerkeuze bleken niet de enige oorzaken te zijn (O, omstandigheden) van het krijgen van psychische problemen. Aangegeven werd dat werkloosheid een groot probleem is. De vrouwen gaven aan dat ze dit een veel groter probleem vinden dan de partnerkeuze.

Hoewel twee van de vrouwen onder behandeling van een psycholoog waren, gaven de aanwezigen aan dat er nog steeds een taboe rust op bezoek aan een psycholoog of psychiater.

## **Conclusie**

De conclusie die de vrouwen trokken aan het einde van het gesprek was dat je gesprekken met de imam zou moeten combineren met gesprekken met een psycholoog. Doordat er in de media, bijvoorbeeld op TV, veel aandacht is voor het bezoeken van een psycholoog of psychiater, hadden de vrouwen het idee dat het gewoon is dit te doen. De

film draagt hier zeker aan bij. Bij het zien van de aflevering van de film werden sommige vrouwen emotioneel en stootten elkaar aan, doordat ze hun eigen situatie en die van hun groepsgenoten herkenden in de hoofdpersoon. Het inzetten van de film maakt het makkelijker met elkaar in gesprek te gaan over moeilijke onderwerpen en vooral ook om elkaar hierbij te kunnen steunen.

### **Groepsgesprek: Turkse groep**

Het gesprek vond plaats in Amsterdam. Er waren zeven Turkse vrouwen aanwezig en één man. De vrouwen zijn op één na allemaal minstens 26 jaar in Nederland. Eén vrouw woont hier sinds 2012. Alle aanwezigen zijn vrijwilliger en lid van de Alevitische vereniging. Dit is een vrije richting van de Islam. Alle aanwezigen hebben een betaalde baan (gehad); een vrouw zit in de ziektewet en een vrouw is momenteel werkloos.

- **Herkenning Turkse casus**

Ook in deze groep was veel herkenning in de Turkse casus in de film. Ook in deze groep vertelden mensen over ouders die overleden en begraven werden in Turkije, zonder dat zij afscheid hadden kunnen nemen. Ook zij gaven aan dat ze hierdoor psychische problemen kregen. Binnen de Turkse gemeenschap is zelfopoffering voor de ouders en kinderen vaak gebruikelijk. De gemeenschap en met name de ouders verwachten van vrouwen dat zij altijd voor hen klaarstaan. Turkse vrouwen zouden zich daardoor vaak schuldig voelen. De groep vond dat deze mentaliteit zou moeten veranderen en dat het niet egocentrisch is om goed voor jezelf te zorgen.

- **Herkenning Marokkaanse casus**

Het niet mogen trouwen met wie je wil zou vroeger wel veel voorkomen, maar nu veel minder en zeker niet binnen deze groep. Aangegeven werd dat de Turkse gemeenschap in Nederland klein en besloten is, waardoor de sociale druk groot is. Dat zou in Turkije veel minder zijn, daar zou meer vrijheid zijn. De aanwezigen voelen zich tussen twee werelden in staan.

De aanwezigen vertelden dat hun kinderen veel vrijer, opener en ruimdenkender zijn dan zij vroeger waren. Vroeger moesten ze bijvoorbeeld altijd op vakantie naar Turkije. Nu gaan de kinderen de hele wereld over. Ook in deze groep werd genoemd dat het lezen in de Koran een meditatie moment is voor veel mensen en rust biedt.

- **Omgaan met psychische klachten**

Volgens de aanwezigen praten Turken moeilijk over gevoelens en problemen. Als iemand naar een psycholoog gaat wordt nog vaak gezegd: 'je bent toch niet gek?'. Aan de andere kant is de ervaring van de aanwezigen dat mensen van buitenlandse afkomst te snel het stempel 'depressief' krijgen als zij met lichamelijke klachten naar de huisarts gaan. De aanwezigen vonden het heel belangrijk dat de film laat zien dat medicatie alleen niet de oplossing is, maar dat er ook aandacht moet zijn voor meer bewegen en praten over je problemen.

Aangegeven werd dat het voorbeeld in de film er maar één is, er zijn veel meer problemen, zoals bijv. pesten op het werk.

### **Conclusie**

De film nodigt uit tot napraten over de problematiek die hierin aan de orde komt. Dat is belangrijk, omdat het in de Turkse cultuur niet gebruikelijk is om over emoties en psychische problemen te praten. Genoemd werd dat in de problematiek die in de film



uitgewerkt wordt niet uitputtend is, maar dat er meer dingen zijn waar mensen last van kunnen hebben, zoals pesten op het werk.

#### 4.3.5 Huisartsen

Helaas is het niet gelukt om huisartsen actiever te betrekken bij het inzetten en evalueren van de interventie. Via enkele POH's-GGZ lieten sommige huisartsen wel weten dat ze de interventie graag zelf zouden willen inzetten bij patiënten waarvan ze vermoedden dat er meer aan de hand was dan de lichamelijke klachten die geuit werden. Een manier om dit te doen zou kunnen zijn het maken van kaartjes met hierop een korte uitleg van de film en de link van het websiteadres om mee te geven aan patiënten. Daarnaast zou de mogelijkheid om de film in de wachtkamer te kunnen bekijken op een aparte computer ook een optie kunnen zijn. Verder onderzoek is nodig om na te gaan op welke manier de huisarts de interventie in zou kunnen zetten.

## 5 Conclusies en aanbevelingen

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen we terug op de doelen van dit project, namelijk:

1. Het ontwikkelen van een serie van een film met drie afleveringen om in te zetten als hulpmiddel bij het KOP-model voor Turkse en Marokkaanse cliënten;
2. Inzage krijgen in de toepasbaarheid van de film in de praktijk en evaluatie van het effect door het uitvoeren van een pilot;
3. Formuleren van aanbevelingen voor implementatie.

### 5.2 Conclusies

#### **Ontwikkeling van de film en website**

De ontwikkeling van de film en de website verliep voorspoedig en binnen de planning. Vooral de nauwe samenwerking tussen de producent, de hulpverleners, cliënten en projectgroep was daarin de succesvolle factor. Ieders expertise kwam tot zijn recht en heeft bijgedragen aan een product met een hoge kwaliteit. Zowel de hulpverleners, preventiewerkers en cliënten beoordelen de film en de website positief. De casussen zijn herkenbaar en realistisch, dat geldt voor beide casussen en in het bijzonder voor de Turkse casus. Ook de website waar de film en de handleiding op staan, is positief ontvangen. Het is overzichtelijk, informatief en er zijn goede linken.

#### **Toepasbaarheid en effect**

Het oorspronkelijke pilotonderzoek was opgezet als quasi experimentele effectmeting bij mensen die in behandeling waren in de BGGZ of in de huisartsenpraktijk bij een POH-GGZ. Vanwege de te lage instroom van cliënten is een alternatieve pilotstudie uitgevoerd (zie H4). Uit een knelpuntenanalyse bleek dat de interventie minder geschikt is als behandel interventie in de Basis GGZ en waarschijnlijk beter past in een preventieve setting.

Een belangrijk doel van de film is om mensen te motiveren bij het zoeken naar hulp, het praten over psychische problemen en om zelf in actie te komen. Zowel hulpverleners als cliënten gaven aan dat de film bij het bereiken van dit doel kan helpen.

#### **Toepassing van de film in diverse settings**

De film kan in diverse settings worden toegepast, zowel in de BGGZ door de POH-GGZ als in preventieve settings, zoals begeleide gespreksgroepen. Maar inzet van de film in preventieve settings lijkt passender dan inzet in de BGGZ behandeling.

#### *Toepassing in de behandelsetting*

Hoewel er diverse knelpunten waren bij de uitvoering binnen de behandelsetting, lijkt inzet van de film in de BGGZ wel zinvol voor cliënten met een ziekteperceptie waarin ze zelf weinig verantwoordelijkheid nemen voor hun psychisch welzijn of bij cliënten die het moeilijk vinden om hun klachten te benoemen.

Nederlands sprekende hulpverleners kunnen de film inzetten om beter te kunnen aansluiten bij de cultuur en de taal van de cliënt. De film kan ook ter voorbereiding van de behandeling ingezet worden of als vorm van psycho-educatie.

### *Toepassing in de preventieve setting*

Uit de pilot blijkt dat de film veel herkenning en gespreksstof opleverde in de begeleide gespreksgroep bijeenkomsten voor Turkse of Marokkaanse mensen, dus in een preventieve setting. De wens werd geuit om de film vaker te mogen gebruiken in dit soort gespreksgroepen. De film kan worden ingezet om met elkaar in gesprek te gaan over psychische problematiek, omdat het voor deze doelgroepen niet altijd makkelijk is om hierover te praten. De film draagt bij aan het bespreekbaar maken hiervan, ervaringen uit te wisselen en elkaar te steunen.

Begeleiding bij het inzetten van de film in dit soort groepen lijkt wenselijk, om onderwerpen ter sprake te brengen en om ook voorlichting te geven over bijvoorbeeld de mogelijkheden om hulp te zoeken en psycho-educatie naar aanleiding van de problematiek in de film.

## 5.3 Aanbevelingen

### **Toepassing van de film**

- BGGZ

De film kan worden ingezet binnen de BGGZ, mits dit past bij de cliënt. Het gaat het met name om (vaak oudere) cliënten, die het moeilijk vinden om over psychische problemen te praten. In de BGGZ kan de film ook worden ingezet als vorm van psycho-educatie, en voorlichting voorafgaand aan de behandeling.

- Preventie

Uit de evaluatie blijkt dat de film vooral goed past in de preventieve sector en dan met name voor inzet in begeleide gespreksgroepen voor Marokkaanse en Turkse mensen. De film kan daar worden ingezet als middel om met elkaar in gesprek te gaan over psychische problemen, om elkaar te ondersteunen bij het omgaan hiermee en het zoeken naar hulp. Aanbevolen wordt de film met name hierin te zetten, maar wel met een vorm van begeleiding door een gespreksleider.

- Huisartsen

Tenslotte wordt ook aanbevolen de film in te laten zetten door de huisartsen, omdat het zien van de film mensen kan motiveren om over hun psychische problemen te gaan praten en hier hulp bij te zoeken. De manier waarop dit vorm zou kunnen krijgen moet samen met huisartsen verder uitgewerkt worden. Zowel voor gebruik in de begeleide gespreksgroepen als in de huisartspraktijk zullen de instructies op de website aangevuld moeten worden. Voor de huisartsenpraktijken kunnen kaartjes gemaakt worden, met daarop de link naar de website en een korte uitleg over de inzet van de film die meegegeven kunnen worden aan patiënten.

### **Aanpassingen website**

- Uitbreiding van onderwerpen

De film is zowel door hulpverleners als cliënten positief ontvangen. Tegelijk snijdt de film slechts enkele onderwerpen aan en is hiermee beperkt. Dit kan ondervangen worden door de website uit te breiden met instructies en vragen over andere onderwerpen die niet in de film aan de orde komt. Het blijkt dat de film veel aanzet geeft tot het in gesprek gaan over psychische problemen in het algemeen. Meer specifiek onderwerpen, zoals werkloosheid of pesten op het werk kunnen door de groepsbegeleider of de hulpverlener aangekaart worden en/of opgenomen worden in de websiteteksten.

- Beschrijving doelgroep

Op basis van de ervaringen in de pilot moet beschrijving van de doelgroep worden aangepast. Bij deze beschrijving zal vanwege de diversiteit van de doelgroep meer

nadruk komen te liggen op de doelen waarvoor de film kan worden ingezet, dan op de oorsprong (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> generatie) van de cliënten.

- Aanpassing voor huisartsen

Indien de film wordt ingezet bij huisartsen is een aanpassing op de website nodig. Ideeën hiervoor kunnen zijn om kaartjes te maken voor de huisarts, met daarop heel kort informatie over de film en het webadres/de link. De huisarts kan dit meegeven aan cliënten waarvan hij denkt dat die er baat bij kunnen hebben. Overigens zijn dit soort kaartjes ook handig voor gebruik in de BGGZ.

- Synchronisatie in Arabisch

De Marokkaanse nasynchronisatie is in het Berbers. Dat is geen officiële Marokkaanse taal (Marokkaans bestaat niet, er zijn verschillende dialecten). Beter zou zijn de film in het Arabisch na te synchroniseren.

- Oplossen van logistieke problemen

Aanbevolen wordt om in overleg met de uitvoerende instellingen eerst logistieke problemen op te lossen, zoals aanwezigheid van een computer en internetverbinding en voldoende voorbereidingstijd om de film goed te kunnen inzetten. Dit soort zaken worden onder een nieuw kopje 'voorwaarden voor gebruik' op de website opgenomen.

### **Implementatie en landelijke verspreiding**

Voorafgaand aan dit project zijn afspraken gemaakt met Indigo en NOAGG over de implementatie van het cultuursensitieve hulpmiddel bij het KOP-model binnen deze instellingen. Indigo is een landelijke aanbieder voor generalistische basis GGZ. Het is een landelijk samenwerkingsverband van Altrecht, Emergis, GGZ Drenthe, GGZ Centraal, Parnassia Groep, GGZ Breburg, Yulius en Pro Persona. NOAGG, gespecialiseerd in transculturele GGZ, maakt onderdeel uit van Ambulante Zorggroep Midden Nederland waar ook Indigo Midden Nederland onder valt en biedt nu ook vooral BGGZ.

Vooraf is afgesproken dat het cultuursensitieve hulpmiddel bij het KOP-model door 252 hulpverleners van de verschillende Indigo vestigingen verspreid over Nederland en 36 hulpverleners van NOAGG zou worden gebruikt. Omdat de instructies voor het gebruik van de film nu volledig in de website zijn opgenomen en er niet getraind hoeft te worden zoals aanvankelijk de bedoeling was, kan de film met website voor alle hulpverleners van Indigo en NOAGG beschikbaar komen.

Omdat uit de pilotstudie is gebleken dat de interventie niet passend bleek voor een deel van de doelgroep, is het belangrijk dat in de standaard Indigo training van het KOP-model (verplicht voor elke Indigo hulpverlener) aandacht besteed wordt aan de inzet van de film, waarin de doelgroep zal worden toegelicht en zal worden vermeld waar de film met instructies te vinden is. Hiervoor wordt nog een toelichting op de website geschreven.

Tijdens de uitvoering van het project is ook contact geweest met de Landelijke Vereniging voor POH-GGZ. De vereniging was in principe geïnteresseerd, maar wilde graag eerst een presentatie van de film en over de resultaten van de pilot. Door de obstakels in de pilot is deze presentatie uitgesteld, hierover wordt opnieuw contact opgenomen.

Tot slot kan in de toekomst de film beschikbaar gesteld voor andere BGGZ-aanbieders, waaronder vrijgevestigden, en voor gebruik in wijksettings, via een link naar de website bij de film en via de website van het Trimbos-instituut. We bevelen aan om inzet van de film met begeleiding van ervaren trainers uit te voeren, zodat het op de juiste wijze wordt ingezet. Hierover gaan we nog in gesprek met de opdrachtgevers.

Nadat hier afspraken over zijn gemaakt, zal de film en deze rapportage in de nieuwsbrief van Indigo naar alle hulpverleners gecommuniceerd worden. Op het intranet van Indigo komt een aparte uitleg met link naar website. Tevens wordt de rapportage en website aangekondigd via de website van het Trimbos-instituut.

### **Verder onderzoek**

Aanbevolen wordt om verder onderzoek te doen, namelijk implementatie onderzoek met flankerend effectonderzoek. Hoewel de projectgroep terughoudend was om al tot landelijke verspreiding over te gaan voordat de effecten van de film zijn aangetoond, is vanuit verschillende hoeken geadviseerd dit toch te doen vanwege de eerste positieve ervaringen bij de toepassing van de film in de BGGZ, door POH's-GGZ en in begeleide gespreksgroepen. Onderzoek naar de bruikbaarheid en effectiviteit kan tegelijkertijd plaats vinden. Vragen bij het inzetten in begeleide gespreksgroepen zijn bijvoorbeeld: op welke wijze kan de film het beste worden ingezet, wat zijn de effecten van het gezamenlijk uitwisselen van ervaringen na het kijken van de film op huisartsbezoek, medicatiegebruik en doorverwijzing naar de BGGZ? Nadat de film wat breder zijn weg heeft gevonden zullen ook opnieuw de oorspronkelijke vragen moeten worden onderzocht, in hoeverre het inzetten van de film de drop-out kan verminderen en de behandeling kan versnellen.

## Referenties

- Bandura, A (2002). Social cognitive theory in cultural context. *Applied Psychology: An International Review*, 51(2), 269-290.
- Bandura A (2006). Going global with social cognitive theory: from prospect to paydirt. In: SI Donaldson, DE Berger & K Pezdec (Eds.). *The rise of applied psychology: new frontiers and rewarding careers* (pp 53-70). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bazzoui W (1970). Affective disorders in Iraq. *British Journal of Psychiatry*, 117, 195-203.
- Bekum D Van, Ende M van den, Heezen S, Hijmans van den Bergh A (1996). Migratie als transitie: Liminele kwetsbaarheid van migranten en implicaties voor de hulpverlening. In: *Handboek Transculturele Psychiatrie en Psychotherapie*; J De Jong, M Van den Berg (red.). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Boomstra R (2001). *Versiering of vernieuwing? Visies op de interculturalisatie van de hulpverlening van De Meren*. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders.
- Boomstra R, Wennink HJ, Uiterloo G (2003). Is er sprake van interculturele verlegenheid in de GGZ en de verslavingszorg in Nederland? *Gedrag & Gezondheid*, 31(3): 200-218.
- Boomstra R, Osenbruggen A van (2005). Drop-out van allochtone jongeren op de afdeling Jeugd van Altrecht. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Borra R, Van Dijk R, Rohlof H (2002). Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Borra R (2002). Transculturele diagnostiek in de praktijk. In: E van Meekeren, A Limburg-Okken, R May (red). *Culturen binnen psychiatrie muren. Geestelijke Gezondheidszorg in een Multiculturele Samenleving*, p. 64-70. Amsterdam: Boom.
- Broers E, Eland A (2000). Verslaafd, allochtoon en drop-out. Vroegtijdig vertrek van allochtone verslaafden uit de intramurale verslavingszorg. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Can M, Rijnders P, Heene E (2010). Kortdurende GGZ-interventies bij allochtonen. In: *Kortdurende Psychologische Interventies voor de Eerste Lijn*. Paul Rijnders & Els Heene (Eds). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Dwairy M (2000). Naar een psychoculturele benadering in de samenleving van het Midden-Oosten. *Gezinstherapie*, 11, 392-401.
- Graaf R de, Have M ten, Dorsselaer S van, Schoemaker C, Beekman A, Vollebergh W (2005). Verschillen tussen etnische groepen in psychiatrische morbiditeit. Resultaten van Nemesis. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60(7/8): 703-716.
- Hilderink I, Land H van 't, Smits C (2009). Drop-out onder allochtone GGZ-cliënten; zicht op de onderliggende factoren en aanbevelingen om drop-out te verminderen. *Trendrapportage GGZ 2009*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hofstede G (2005). *Allemaal andersdenkenden. Omgaan met cultuurverschillen*. Amsterdam: Uitgeverij Contact.
- Hutschemaekers G, Al M, Mehrnoosh E, Nekkens M, Peperkamp I, Tiemens B, Wittkamp L (2015). *Focus in de Basis GGZ. Indigo Handboek voor de Basis GGZ*. Utrecht: Indigo Service Organisatie.
- Indigo (2011). *Overzicht van knelpunten in de toepassing van de Kortdurende Behandeling bij Turkse en Marokkaanse cliënten*. Interne notitie.
- Knipscheer JW (2000). Cultural convergence and divergence in mental health care. *Empirical studies on mental distress and help-seeking behaviour of Surinamese*,

- Ghanaian, Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Knipscheer JW, Kleber RJ (2004). Een interculturele entree in Altrecht. Inhoud en resultaat van een interculturele werkwijze bij kortdurende behandeling. Utrecht: Altrecht.
- Kortmann F (1989). Psychiatrische ziekten: universeel of cultuurgebonden? Een spanningsveld in de transculturele psychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 44, 16-32.
- Limburg-Okken AG (1989). *Migranten in de Psychiatrie*. Deventer: van Loghum Slaterus.
- May R (1997). Alloctonen en Nederlanders bij de Haagse Riaggs 1989-1992. Een analyse van de registratiegegevens. Den Haag: Riagg Noordhage.
- Muñoz RF, Glish M, Soo-Hoo T, Robertson J (1982). The San Francisco mood project: preliminary work toward the prevention of depression. *American Journal of Community Psychology*, vol 10, no. 3, 317-329.
- Orden M Van, Hoffman T, Haffmans J, Spinhoven P, Hoencamp E (2009). Collaborative mental health care versus care as usual in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Psychiatric Services* 60: 74-79.
- Pannekeet, C, Paalvast M (2004). *Handreiking Interculturele Zorgprogrammering*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Rooijen, M. (2011). Mechanismen van entertainment educatie & de invloed hiervan op attitude, subjectieve norm en eigen effectiviteit. Een literatuuroverzicht van effectstudies naar entertainment educatie.
- Rijnders P (2004). Overzicht, Inzicht En Uitzicht, een protocol voor kortdurende psychotherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rijnders P, Heene E (2010). Kortdurende psychologische interventies, mensbeeld en visie op pathologie. In: Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn. Paul Rijnders & Els Heene Eds. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Rogers EM, Vaughan PW, Swahela RMA, Rao N, Svenkerud P, Sood S (1999). Effects of an entertainment-education radio soap opera on family planning behavior in Tanzania. *Studies in Family Planning*, 30, 1193-1211.
- Ryerson WN, Teffera N (2004). Organizing a comprehensive national plan for entertainment-education in Ethiopia. In: A Singhal, MJ Cody, EM Rogers, M Sabido (Eds). *Entertainment-education and social change: History, research, and practice* (pp 177-188). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sbiti A, Boedjarath I (2009). Jubileumboek Gekleurde gekte. Werken aan 25 jaar interculturele GGZ. Rotterdam: Mikado.
- Schrier AC, De Wit MAS, Rijmen F, Tuinebreijer WC, Verhoeff AP, Kupka RW, Dekker J, Beekman ATF (2010). Similarity in depressive symptom profile in a population-based study of migrants in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45: 941-951.
- Schoemaker CG, Rigter HGM, Graaf R de, Cuijpers P (2002). Hoofdstuk 4 Depressie. *Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid*. Utrecht: Bureau NMG. Trimbo-instituut.
- Singhal A & Rogers EM (1999). *Entertainment-education: a communication strategy for social change: history, research, and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Spijker J, Wurff FB van der, Poort EC, Smits CH, Verhoeff AP, Beekman AT (2004). Depression in first generation labour migrants in Western Europe: the utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *Int J Geriatr Psychiatry*, 19(6):538-44.

- Straten A van, Hakkaart L, Donker M (2004). Doelmatigheid ambulante behandeling. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Straten A van, Tiemens B, Hakkaart L, Nolen WA, Donker MC (2006). Stepped care vs. matched care for mood and anxiety disorders: a randomized trial in routine practice. *Acta Psychiatr Scand.* 113(6): 468-76.
- Struijs AJ, Wennink HJ (2003). Allochtone Cliënten en Geestelijke Gezondheidszorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Tijdink DWGM & Van Es J (2003). Vertaal- en communicatieproblemen bij de diagnostiek van de depressieve stemming bij berberpatiënten. *Mamnesh Tgit? Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 6, 327-332.
- Vaughan PW, Rogers EM, Singhal A, Swahela RMA (2000). Entertainment-education and HIV/AIDS prevention: a field experiment in Tanzania. *Journal of Health Communication*, 5, 81-100.
- Vaughan PW (2003). The onset of fertility transition in Tanzania during the 1990's: the role of two entertainment-education radio dramas. Submitted for publication.
- Westhoff CF, Rodriguez G (1995). The mass media and family planning in Kenya. *International Family Planning Perspectives*, 21, 26-31.
- Wurff FB van der, Beekman AT, Dijkshoorn H, Spijker JA, Smits CH, Stek ML, et al. (2004) Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan immigrants in the Netherlands. *J Affect Disord*, 83 (1): 33-41.



# Bijlage 1 Informatiebrief behandelaar



## ***Informatie pilot-onderzoek cultuursensitieve behandeling van cliënten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond***

Trimbos-instituut, 27 augustus 2015

Beste behandelaar/deelnemer aan de pilot,

Als behandelaar bij Indigo of NOAGG doe je mee aan het pilot-onderzoek naar de bruikbaarheid en werking van een nieuwe cultuursensitieve behandeling voor cliënten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond. Tijdens deze pilot evalueren we de werking van het gebruik van een film bij de behandeling van psychische problemen bij deze cliënten. De pilot loopt van 1 september 2015 tot 1 juli 2016. De werving van cliënten loopt van 1 september 2015 tot en met december 2015. De doelgroep is volwassen cliënten (vanaf 18 jaar), met een Turkse of Marokkaanse achtergrond.

### *Waarom deze nieuwe behandelvorm?*

Het blijkt dat er sprake is van een hogere drop-out en een langere behandelduur bij cliënten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond. Een van de redenen hiervoor is dat de reguliere behandeling onvoldoende is afgestemd op deze cliënten. Daarom is deze nieuwe vorm van behandeling ontwikkeld, waarvan de doelen zijn:

- voorkomen onder- of overbehandeling
- verminderen drop-out
- zoveel mogelijk voorkomen van verwijzing naar gespecialiseerde GGZ

In deze brief informeren we je over:

1. De film
2. Het evaluatieonderzoek

### **1. De Film**

De film, die samen met hulpverleners en cliënten is gemaakt, bestaat uit drie afleveringen. De afleveringen zijn zo opgebouwd dat ze corresponderen met het KOP model: Klachten, Omstandigheden (leefsituatie, werk, netwerk, omgeving) Persoonlijke stijl (coping):

- |                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| • Aflevering 1 'Pijn en piekeren'  | Probleemdefinitie        |
| • Aflevering 2 'Op zoek naar hulp' | Omstandigheden en coping |
| • Aflevering 3 'Begin van herstel' | Gedragsverandering       |

In de film staat een Turkse familie en een Marokkaanse familie centraal. In beide families heeft de hoofdpersoon psychische problemen.

Deze film wordt per aflevering ingezet in de behandeling. De cliënt krijgt de link naar de film mee naar huis, om thuis de aflevering te bekijken. Voorafgaand hieraan krijgt de cliënt een aantal kijkvragen mee. Bij de volgende afspraak wordt de bekeken aflevering aan de hand van vragen met de cliënt besproken.

Je vindt deze vragen en verdere instructies voor het inzetten van de film in de behandeling op de website:

<http://hoegaathetmetu.trimbos.nl/>

Op deze website staat de film in drie afleveringen. De film is in het Nederlands, Marokkaans (Berbers) en Turks (nasynchronisatie) te bekijken.

## 2. Het evaluatieonderzoek

Voorafgaande aan de start van deze pilot ontvang je van het Trimbos-instituut een pakket met de formulieren die je nodig hebt.

Dit bestaat uit:

- Instructie behandelaar (dit formulier)
- Registratieformulier
- Informatiebrief en *informed consent* (toestemmingsverklaring) voor de cliënt
- Een A4 met een link naar de website om mee te geven aan de cliënt
- Een retourenveloppe

Het evaluatieonderzoek bestaat uit:

- Werving cliënten
- Invullen registratieformulier
- Erop toezien dat de cliënten de vragenlijst OQ-45 in het ROM systeem invullen bij de start en de afronding van de behandeling
- Invullen evaluatieformulier einde behandeling, bij afronding behandeling of na 5 maanden
- Invullen feedback formulier over de website

### Werving cliënten

De werving van cliënten die deelnemen aan het pilot-onderzoek start op 1 september 2015 en loopt tot en met december 2015. We streven naar 7 cliënten per behandelaar die meedoen aan de pilot.

Cliënten die mee kunnen doen zijn volwassen cliënten (vanaf 18 jaar) met een Turkse of Marokkaanse achtergrond. De doelgroep is breed, we maken geen onderscheid tussen mensen van de 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> generatie. Het gaat om nieuwe cliënten, die starten met de behandeling.

### Wat moet je doen?

- Informatiebrief door cliënt laten lezen en *informed consent* laten tekenen
- Invullen van de laatste drie cijfers van het cliëntnummer dat ook in het ROM-systeem wordt gebruikt op het *informed consent*, dit is het onderzoeksnummer
- Invullen registratieformulier met volledige (ROM) cliëntnummer en het onderzoeksnummer.
- Opsturen getekend *informed consent* in retourenveloppe naar Trimbos-instituut

- Vragenlijst OQ-45 in het reguliere ROM-systeem door cliënt laten invullen

Hieronder volgt per actiepoint een korte uitleg.

#### *Informatiebrief en informed consent*

Een *informed consent* is een toestemmingsformulier voor deelname aan de pilot. Je laat de informatiebrief over de pilot lezen aan de cliënt en vraagt de cliënt het zogenaamd *informed consent* (onderaan de brief) te tekenen. Cliënten moeten dit getekend hebben, anders kunnen ze niet meedoen. Je kan dit formulier tijdens de behandelafpraak aan de cliënt laten lezen en tekenen. Indien mogelijk kan de cliënt het formulier ook in de wachtkamer doorlezen en vervolgens getekend bij de receptie inleveren. Belangrijk is na te gaan of de informatie begrepen is en vervolgens of de cliënt het formulier getekend heeft.

- Vervolgens stuur je het getekende *informed consent* in de retourenveloppe terug naar het Trimbos-instituut.

#### *Het onderzoeksnummer*

Op de informatiebrief met het *informed consent* voor de cliënt, die je van het Trimbos-instituut ontvangt, staat bovenaan een uniek nummer.

De linker 3 cijfers zijn voorgedrukt door het Trimbos instituut. De rechter 3 cijfers vul je zelf in, met de laatste drie cijfers van het cliëntnummer in het ROM-systeem. Samen vormt dit het onderzoeksnummer.

- Vul dit meteen in op dit formulier

Op deze manier kunnen we makkelijk communiceren over cliënten (wanneer we bijvoorbeeld nog geen toestemmingsformulier hebben ontvangen, of bij einde behandeling), zonder dat we persoonsgegevens van de cliënt hoeven te gebruiken. Het cliëntnummer is nodig om de ROM-scores uit de database te halen. Dit gebeurt door Indigo zelf, daarna wordt uitsluitend het onderzoeksnummer gebruikt.

#### *Registratieformulier*

Het registratieformulier gebruik je voor jezelf om bij te houden welke cliënten je geïnccludeerd hebt voor de pilot, welk cliëntnummer en onderzoeksnummer daarbij hoort en wat de start- en einddatum van de behandeling is.

Het is belangrijk dit formulier goed bij te houden, omdat we anders niet met je kunnen communiceren over de cliënten die deelnemen aan de pilot.

#### *Laten invullen vragenlijst OQ-45*

Bij de start van de behandeling en bij het einde van de behandeling vult de cliënt de vragenlijst OQ-45 in het ROM systeem in. We willen je dus vragen bij deze cliënten extra te controleren of de OQ-45 in de ROM is ingevuld.

#### **Einde behandeling**

Als de behandeling is beëindigd of **na 5 maanden behandeling**, geeft je dit per mail door aan het Trimbos-instituut

Ook als de behandeling nog niet beëindigd is, vragen we je om na 5 maanden de tweede meting uit te voeren, dus de tweede keer de OQ-45 te laten invullen door de cliënt. Als de cliënt tussentijds al een tweede reguliere ROM-meting heeft ingevuld, is de 5-maands meting dus een extra meting. Als de tussentijdse meting korter dan 2 weken geleden is, telt deze als de 5-maands meting.

Bij einde behandeling, of na 5 maanden vragen we je als behandelaar het evaluatieformulier einde behandeling in te vullen.

#### **Wat moet je doen?**

- Per e-mail doorgeven aan het Trimbos-instituut
- dat de behandeling beëindigd is onder vermelding van het onderzoeksnummer van 6 cijfers
- Door cliënt laten invullen van de vragenlijst OQ-45 in het ROM systeem (tweede meting)
- Zelf als behandelaar het digitale evaluatieformulier einde behandeling invullen, die je per e-mail krijgt toegestuurd.

#### **Feedback website**

Op de website vind je een tab (feedback website). Hierachter zit een korte vragenlijst. Bij de start en bij het einde van de pilot ontvang je een email met het verzoek deze vragenlijst in te vullen en feedback te geven op de bruikbaarheid van de website en de handleiding voor de interventie.

#### **Terugkomdag**

In januari 2016 organiseren we een terugkomochtend- of middag. Dat is een moment waarop je ervaringen over het toepassen van de interventie en je ervaringen met het gebruik van de website terug kan koppelen aan ons en kan delen met je collega's. De exacte datum volgt nog.

#### **Bij wie kan je terecht voor vragen**

Als je vragen hebt over de opzet en uitvoering van de pilot, de instroom van cliënten, de website etc. kun je terecht bij:

Ina Boerema, onderzoeker Trimbos-instituut

Ireen de Graaf, projectleider

Secretariaat

**Hartelijk dank voor jullie deelname en inzet!**

## Bijlage 2 Interviewschema

### I. Interview gespreksgroepen, cliënten en professionals

*Vooraf: Deze vragen zijn bedoeld voor zowel individuele cliënten, gespreksgroepen en professionals. De vragen worden door de interviewer aangepast aan de doelgroep, inhoud is dezelfde.*

#### Introductie

Geef een introductie/toelichting over doel van dit interview

- Doel
- Duur
- Anonimiteit
- Etc.

#### 1. Algemene gegevens

Datum:

Locatie:

Organisatie

Functie/discipline van de begeleider:

Duur bijeenkomst:

#### 2. Doelgroep (m.n. groepsinterview)

Hoofdvraag: Kunt u een beschrijving geven van de deelnemers die aanwezig waren?

*Als het een open inschrijving is, zijn details misschien niet bekend, dan gaat het om een globale indruk van de doelgroep*

Aantal personen (door interviewer in te vullen): .....

Leeftijd:

Etniciteit van deze doelgroep:

Geslacht:

Welke vragen/problemen spelen bij deze doelgroep?

#### 3. Toepasbaarheid van de film voor deze doelgroep.

*Zowel voor prof als cliënten*

Hoofdvraag: Wat vond u van de film/afleveringen?

Subvragen:

- a) Vond u de film aansluiten bij de belevingswereld van de doelgroep? Waarom wel/niet?
  - Wat vond u dat er zowel een Turkse als Marokkaanse gezin was?
  - Is duidelijk wat er aan de hand is met de hoofdpersonen?
- b) Sloot de problematiek die werd aan gekaart aan bij deze doelgroep?
- c) Vindt u dat de film geloofwaardig is wat betreft de acteurs, de scènes en de omstandigheden?
- d) Vindt u dat de vertalingen en de nasynchronisatie in het Turks/Marokkaanse goed is uitgevoerd?
- e) Kunt u zich identificeren met de hoofdpersonen uit de film?
- f) Denkt u dat het doel (*het motiveren van Turkse en Marokkaanse mensen met psychische problemen om daar hulp voor te zoeken en erover te praten*) hiermee kan worden/wordt bereikt?

- g) Vindt u dat de vertalingen en de nasynchronisatie in het Berbers/Turks goed is uitgevoerd?
- h) Helpt dit ook om anders te denken over de klachten?

#### 4. Inzet van de film in deze setting in de toekomst

Hoofdvraag: Denkt u dat deze film geschikt is om in te zetten bij begeleide gespreksgroepen en bij deze doelgroep?

Subvragen:

- a) Past de film in deze begeleide gespreksgroep?
- b) Zijn er verbeteringen te maken?
- c) Wat zijn de knelpunten?

#### 6. Overig

Heeft u nog meer opmerkingen over de film of de website?

## II. Interview \_ Hulpverlening

*Vooraf: Deze vragen zijn voor zowel cliënten als de professionals van de 'hulpverlening'.*  
Interviewer past dit ter plekke aan, inhoud van de vragen is dezelfde.

### Introductie

Geef een introductie/toelichting over doel van dit interview

- Doel
- Duur: 30-35 minuten
- Anonimiteit
- Etc.

### 1. Algemene gegevens

Datum:

Locatie:

Organisatie:

Functie/discipline van de begeleider: gezondheidszorgpsycholoog

Duur bijeenkomst:

### 2. Doelgroep

Hoofdvraag: Kunt u een beschrijving geven van de cliënten bij wie u de film/interventie heeft toegepast?

Toelichting: het gaat om gemiddelden, tenzij de hulpverlener het nog precies weet

### 3. Reden om film in te zetten

Hoe heb je de film ingezet?

Wat was de reden dat je de film bij deze cliënt(en) hebt ingezet?

Waarom dacht je dat het zou helpen?

### 4. Behandeling m.b.v. de film

Paste de film binnen de behandeling en op welke manier?

Hoe vaak ingezet? Hoeveel afleveringen heb je gezien?

Huiswerk gebruikt?

Toelichting

### 5. Toepasbaarheid van de film voor deze doelgroep.

Hoofdvraag: Wat vond u van de film/afleveringen?

Subvragen:

- a) Vond u de film aansluiten bij de belevingswereld van deze cliënten? Waarom wel/niet?
- b) Sloot de problematiek die werd aan gekaart aan bij deze cliënten?
- c) Vindt u dat de film geloofwaardig is wat betreft de acteurs, de scènes en de omstandigheden?
- d) Vindt u dat de vertalingen en de nasynchronisatie in het Turks goed is uitgevoerd?
- e) Konden de cliënten zich identificeren met de hoofdpersonen uit de film?
- f) Denkt u dat het doel (*het motiveren van Turkse en Marokkaanse mensen met psychische problemen om daar hulp voor te zoeken en erover te praten*) hiermee kan worden/wordt bereikt?
- g) Vindt u dat de vertalingen en de nasynchronisatie in het Berbers goed is uitgevoerd?

Vervolgens nog ingaan op de afzonderlijke afleveringen en daarbij dezelfde vragen stellen:

Aflevering 1 (titel: Pijn en piekeren)

Aflevering 2 (titel: Op zoek naar hulp)

Herken je dat om dat zo te laten zien?

Aflevering 3 (titel: Begin van herstel)

## 6. Inzet van de film in deze setting in de toekomst

Hoofdvraag: Denkt u dat deze film geschikt is om in te zetten in de behandelsetting en bij deze cliënten?

Subvragen:

d) Past de film in de behandelsetting?

e) Zijn er verbeteringen te maken om beter toepasbaar te maken?

f) Wat zijn de knelpunten?

## 7. Website

Hoofdvragen:

Wat vond u van de website?

Was het zinvol om de website erbij te hebben?

a) Is de website gebruikersvriendelijk?

Denk dan aan:

- indeling van de onderwerpen helder en logisch?
- Is te vinden wat is gezocht?
- Zijn de teksten duidelijk en goed te begrijpen?
- Ziet de website er aantrekkelijk uit

b) Is de beschrijving en achtergrond van doel helder beschreven?

Denk aan: relatie met KOP model.

c) is gebruik gemaakt van de instructies over hoe de film ingezet kan worden?

Zo ja, vond u het helder of niet?

Denk aan:

- Doelgroep
- Kijkvragen
- Voorbeeldvragen per aflevering

## 8. Overig

Heeft u nog meer opmerkingen over de film of de website?





Het blijkt dat Nederlandse hulpverleners psychische klachten van mensen met een niet-westerse achtergrond vaak niet als zodanig herkennen. Redenen hiervoor zijn dat psychische klachten soms in lichamelijke metaforen omschreven worden of verklaard worden door dingen die buiten de persoonlijke invloedssfeer liggen, zoals geesten of vanuit culturele tradities. Andersom blijkt het dat het cognitief-gedragstherapeutisch begrippenkader dat wordt gebruikt in de westerse hulpverlening niet altijd wordt begrepen door mensen met een niet-westerse achtergrond. Dit betreft vaak mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst. Dit rapport beschrijft een vernieuwend project waarin een cultuursensitief hulpmiddel bij het KOP-model voor mensen van Turkse of Marokkaanse afkomst is ontwikkeld en onderzocht. Het KOP-model wordt breed gebruikt in de Basis GGZ en door de POH-GGZ. Dit hulpmiddel bestaat uit een film van drie afleveringen met een bijbehorende website (<http://hoegaathetmetu.trimbos.nl/>). Het blijkt dat de film breed toepasbaar is, niet alleen in de Basis GGZ en door de POH-GGZ, maar ook door de huisarts zelf en in gespreksgroepen in de preventieve sector.