
*Ervaringen met de “Ik Ontmoet Mij” training in
Amsterdam – Gezondheidsverschillen in de spreekkamer
terugdringen door een integrale en persoonsgerichte
aanpak.*

Marianne van Elteren-Jansen, PhD. Medical Humanities, VUmc School of Medical Sciences /
Amsterdam Public Health Research Institute

Lena van Selm, Master student Management, Policy-analysis and entrepreneurship in Health and Life
Sciences

4 April 2018

Samenvatting

In Nederland neemt het percentage niet-westerse migranten toe. Op lange termijn is de gezondheid van deze migranten vaak slechter dan de gezondheid van de lokaal geboren bevolking. Wanneer migranten toegang proberen te krijgen tot gezondheidszorgdiensten, worden ze vaak geconfronteerd met taal-, sociale of culturele barrières. Een probleem waarmee huisartsen (huisartsen) vaak worden geconfronteerd is de aanhoudende presentatie van Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK), die de arts-patiëntrelatie negatief kunnen beïnvloeden.

Om iedereen optimale gezondheidszorg te kunnen bieden, zijn cultuurgevoelige programma's nodig. De "Ik Ontmoet Mij" (IOM) training is zo'n programma. De training richt zich op het stimuleren van het emancipatieproces, bewustzijn en individualisme, inclusief zorg dragen voor de eigen fysieke, mentale en sociale gezondheid.

Het doel van dit onderzoek was enerzijds inzicht te krijgen in de effecten van de IOM-training op de zelf-waargenomen gezondheid van de deelnemers. Anderzijds is inzicht verkrijgen in de bevindingen van huisartsen omtrent patiënten die de IOM-training hebben gevolgd.

In dit kwalitatieve onderzoek zijn 24 semigestructureerde interviews met deelnemers aan de IOM-training gehouden. Daarnaast zijn 8 huisartsen geïnterviewd en is er een Focus Groep Discussie uitgevoerd. Interviews zijn opgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd aan de hand van de thema's van het gebruikte conceptuele model: Fysieke, mentale en sociale gezondheid. Tenslotte is literatuuronderzoek gedaan naar vergelijkbare therapieën.

Alle huisartsen waren het erover eens dat patiënten met SOLK moeilijk te helpen zijn, omdat het vaak lastig is om de onderliggende problemen te vinden. Alle huisartsen waardeerden daarom de mogelijkheid om vrouwen door te verwijzen naar de IOM-training als positief en zij zagen de training als gunstig voor ten minste één van hun patiënten. Hierbij gaven de huisartsen aan dat in ongeveer de helft van de gevallen de fysieke activiteit van hun patiënten toenam en in de meeste gevallen fysieke pijn afnam. De meeste effecten werden gevonden op het mentale niveau, voornamelijk in toename van energie en meer positieve en minder negatieve emoties. Het was moeilijk voor de huisartsen om iets te zeggen over de sociale gezondheid. In enkele gevallen werd echter ook hier verbetering gemeld.

Bij een deel van de vrouwen nam het huisartsenbezoek af. De helft van de huisartsen gaf aan dat het hun werkplezier verhoogde.

Het bleek dat alle IOM-deelnemers behalve één, verbetering noemden op ten minste één aspect van fysieke, mentale of sociale gezondheid. Effecten op fysieke activiteit, pijn, emoties, energie, sociale activiteit en sociale relaties werden gevonden. Bovendien nam de zelfbeoordeling op een schaal van één tot vijf toe van 2,5 naar 3,3 vanwege deelname aan de training. De resultaten verschilden echter sterk tussen de deelnemers. De resultaten suggereerden dat deze verschillen gedeeltelijk konden worden verklaard door verschillen in de gezondheidsklachten voor deelname, het moment van deelname en het aantal deelnames.

Uit literatuuronderzoek blijkt dat bij vergelijkbare cultureel-gevoelige bio-energetische groepsgewijze trainingsprogramma's overeenkomstige resultaten werden gevonden.

Zowel de literatuur als de bevindingen van deze studie bij zowel deelnemers als huisartsen suggereren dat groepstherapie met bio-energetische oefeningen een effectieve werkvorm zijn om gezondheid te verbeteren bij vrouwen met niet-westerse migratieachtergronden. Over het algemeen is deze training een waardevol middel om de gezondheid van vrouwen met een niet-westerse migrantenachtergrond in Nederland te verbeteren.

Introductie

De overheid heeft de verantwoordelijkheid om te zorgen dat gezondheidszorg voor iedereen beschikbaar is, inclusief de meest kwetsbare en gemarginaliseerde groepen van de bevolking (Mladowski, 2007). Een van deze kwetsbare groepen bestaat uit mensen met een migratieachtergrond. In dit onderzoek wordt iemand die buiten Nederland geboren is of waarvan minimaal een van de ouders buiten Nederland geboren is beschouwd als een persoon met een migratieachtergrond. Deze groep vormt een substantieel en toenemend deel van de Europese bevolking. Migranten zijn kwetsbaarder voor diabetes, werk gerelateerde gezondheidsrisico's, gezondheidsproblemen bij moeders en kinderen, slechte mentale gezondheid, letsel en sommige overdraagbare ziektes (Rechel, 2011). Factoren die gezondheidsverschillen tussen etnische groepen kunnen uitleggen zijn: Genetische factoren, culturele en socio-economische verschillen, korte termijn migratiegeschiedenis en etnische identiteit. Verder zijn toegang en gebruik van gezondheidsdiensten van invloed (Mladowski, 2007). Bij het verkrijgen van toegang tot gezondheidsdiensten worden er vaak taal-, sociale of culturele barrières gerapporteerd (Rechel, 2011).

In vergelijking met autochtonen in Europa, hebben migranten vaak meer contact met de huisarts, maken ze minder gebruik van telefoonconsulten, maken ze minder gebruik van mammografie en cervicale kanker screenings en bezoeken ze even vaak of vaker een specialist (Norrendam et al., 2010). In Nederland zijn vergelijkbare resultaten gevonden: Migranten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond gaan vaker naar de huisarts en gebruiken meer voorgeschreven medicijnen dan autochtonen (Kunst et al., 2008). Taalvaardigheid, leeftijd en culturele visies zijn belangrijke indicatoren voor de tevredenheid over de zorg bij patiënten in Nederland (Harmsen et al., 2008).

Huisartsen in Nederland melden dat de werkdruk hoog is; 70% geeft aan dat ze signalen ervaren dat ze overwerkt zijn en bijna 15% geeft aan ooit burn-out te hebben gehad (LSJ Medisch Projectbureau, 2012). Onderzoek naar de opvattingen en ervaringen van professionals in de gezondheidszorg bij het werken met migranten in 16 Europese landen, waaronder Nederland, heeft aangetoond dat beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg met diverse problemen worden geconfronteerd, waaronder culturele verschillen en verschillende opvattingen over ziekte en behandeling (Priebe et al., 2011). Deze problemen kunnen de werkdruk voor huisartsen verder vergroten.

Een ander probleem waarmee huisartsen (huisartsen) vaak worden geconfronteerd, is de aanhoudende presentatie van Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK), die

de arts-patiëntrelatie negatief kunnen beïnvloeden (Olde Hartman et al., 2009). Patiënten met SOLK in Nederland zijn vaker oudere, vrouwelijke, lager opgeleide werklozen en van niet-westerse afkomst (Verhaak et al., 2006). SOLK wordt geassocieerd met verhoogde functionele beperkingen, verminderde kwaliteit van leven en psychopathologie, zoals angst en depressie bij patiënten (Dirkzwager & Verhaak, 2007). Onderzoek naar Turkse vrouwen met SOLK in Nederland, stelt dat het belangrijk is om rekening te houden met de culturele context bij het onderzoeken van de stressoren die ten grondslag liggen aan de SOLK (van Schayk & Hosper, 2010).

Cultuur heeft een aanzienlijke invloed op de gezondheidszorg, gezondheidspraktijken, opvattingen over ziekte en gezondheid en de perceptie van symptomen (Helman, 2007; Quah, 2009). Bovendien kunnen concepten en categorieën die door migranten worden gebruikt om gezondheidsproblemen te verklaren, verschillen van het westerse begrip. Daarom kunnen culturele verschillen leiden tot miscommunicatie en ontevredenheid, wat leidt tot suboptimale zorg. Om iedereen een optimale gezondheidszorg te kunnen bieden, zijn taaladaptieve en cultureel gevoelige programma's nodig (Mladovski, 2007).

Het concept culturele competentie omvat het begrijpen van patiëntengroepen met verschillende culturele achtergronden en het vertalen hiervan in praktijken en protocollen die cultureel gevoelig zijn (Wells, 2000). Het concept culturele gevoeligheid richt zich op de gevoelens, attitudes en omstandigheden van de patiënten die zorg ontvangen en of ze ervaren gezondheidszorg ervaren om in overeenstemming te zijn met hun gezondheidsgerelateerde waarden en overtuigingen (Tucker, 2015). Een beoordeling van de effectiviteit van culturele competentieprogramma's bij patiëntgerichte gezondheidszorg in etnische minderheden laat zien dat deze programma's de kennis en het bewustzijn van artsen over cultureel verschillende patiënten vergroten. Er is echter een gebrek aan informatie over de vraag of dit zich vertaalt in verbeterde zorg en verbeterde resultaten voor de gezondheid van patiënten (Renzaho et al., 2013).

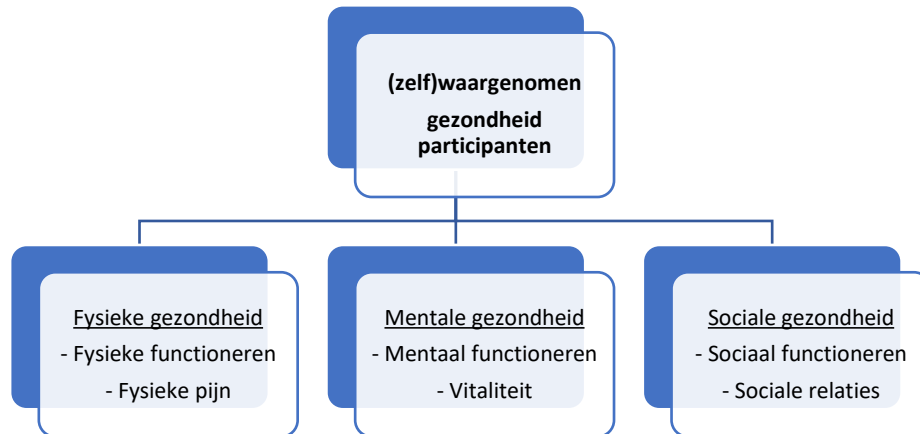
In 2013 ontwikkelde Stichting Zina Platform, in samenwerking met co-partner Jale Simsek, ontwerpster van de methodiek, een cultureel sensitieve training genaamd "Ik Ontmoet Mij" (IOM) voor vrouwen met een niet-westerse migranten achtergrond. De training is gebaseerd op de verschillen tussen collectieve en individualistische culturen en wordt gegeven door ervaringsdeskundigen. In de training wordt ervanuit gegaan dat veel problemen in het emancipatieproces van vrouwen met een migrantenachtergrond worden veroorzaakt door de spanning tussen de collectieve migrantencultuur en de individualistische Nederlandse cultuur. De training in groepen richt zich op het stimuleren van het emancipatieproces, bewustzijn en

individualisme, inclusief zorg dragen voor de eigen fysieke, mentale en sociale gezondheid. Deze processen kunnen hun gezondheid verbeteren en leiden tot efficiënter gebruik van de gezondheidszorg. De training bestaat uit tien sessies waarin steeds een ander thema centraal staat (tabel 1). Elke sessie start met een openingsceremonie waarin iedereen in een kring op de grond zit en er samen wordt gefocust op de ademhaling. Dit wordt gevolgd door hoe iedereen de vorige sessie heeft ervaren en hoe het met de deelnemster gaat. Elke sessie bevat bio-energetische oefeningen om energie te creëren in het lichaam. De inhoud van de rest van de sessies is afhankelijk van het thema, enkele voorbeelden zijn meditatieoefeningen, praatoefeningen of rollenspellen. Aan het einde van de sessie komt iedereen terug in de kring en wordt er kort geëvalueerd.

Sessie 1	Zelfzorg en je lichaam
Sessie 2	Zelfzorg en zelfliefde
Sessie 3	Jij en je ouders
Sessie 4	Jij en de ander
Sessie 5	Jij en de gemeenschap
Sessie 6	De moeder-kind relatie
Sessie 7	De man-vrouw relatie
Sessie 8	Zelfreflectie en communicatie
Sessie 9	Het innerlijke kind
Sessie 10	Emoties uiten

Tabel 1: Thema's per sessie van de "Ik Ontmoet Mij" training.

De training lijkt positieve effecten op de gezondheid van de deelnemers te hebben (Zina Platform, 2015). In dit onderzoek zijn de effecten van de IOM-training op de deelnemers in kaart gebracht, zowel vanuit het perspectief van de deelnemers zelf als dat van hun huisartsen. De onderzoeksvraag die hieruit voortkomt is: Wat zijn de gerapporteerde effecten van de IOM-training op de ervaren gezondheid van de deelnemers? Figuur 1 laat het conceptuele model voor gezondheid zien dat gebruikt is om deze vraag te beantwoorden. Daarbij is ook onderzocht hoe de IOM-training het dagelijkse werk van de huisartsen beïnvloedt.



Figuur 1: Conceptueel model met de invloed van de IOM-training op (zelf)waargenomen gezondheid. Concepten zijn afkomstig uit het SF-36 model (Ware, 2000) en het PROMIS-model van zelf-waargenomen sociale gezondheid (Hahn, 2010).

Hieruit volgden de volgende deelvragen in het onderzoek met de deelnemers:

- Wat zijn de effecten van de IOM-training die de deelnemers over de zelf-waargenomen fysieke gezondheid rapporteren?
- Wat zijn de effecten van de IOM-training die de deelnemers over de zelf-waargenomen mentale gezondheid rapporteren?
- Wat zijn de effecten van de IOM-training die de deelnemers over de zelf-waargenomen sociale gezondheid rapporteren?

En de volgende deelvragen voor het onderzoek met de huisartsen:

- Welke effecten van de IOM-training op hun werkzaamheden rapporteren de huisartsen?
- Wat zijn de effecten van de IOM-training op de door de huisarts waargenomen fysieke gezondheid van de deelnemers?
- Wat zijn de effecten van de IOM-training op de door de huisarts waargenomen mentale gezondheid van de deelnemers?
- Wat zijn de effecten van de IOM-training op de door de huisarts waargenomen sociale gezondheid van de deelnemers?

Methode

Dit kwalitatieve exploratief onderzoek werd uitgevoerd in Amsterdam Nieuw-West.

Dataverzameling bestond uit semigestructureerde interviews met vrouwen die deelgenomen hebben in de IOM-training (n=24). Deze vrouwen zijn geïnterviewd over hun gezondheid voor en na de training. De participanten waren tussen de 28 en de 74 jaar oud en 71% was van Marokkaanse

afkomst, 17% van Turkse afkomst en 12% van aan andere niet-westerse afkomst. 14 vrouwen hadden een keer deelgenomen aan de training en 10 twee keer of vaker. Verder zijn huisartsen geïnterviewd die patiënten hebben verwezen naar de IOM-training (n=8). De interviewgide bestond uit vastgestelde open vragen. In de interviews met de huisartsen werden 27 verschillende vrouwen besproken die deelgenomen hadden aan de IOM-training. Voor extra verdieping is er een focusgroep gehouden met enkele huisartsen (n=3). De vragen voor de interviews werden ontwikkeld aan de hand van een conceptueel model waarin het concept (zelf)waargenomen gezondheid wordt opgedeeld in subonderdelen (zie figuur 1). Interviews werden afgenomen op locatie van de trainingen en in de praktijken van de huisartsen.

De interviews met de deelnemers bestonden uit vragen met betrekking tot hun gezondheid. De interviews met de huisartsen bestonden uit een algemeen deel waarin op basis van een semi-gestructureerde vragenlijst werd gevraagd naar ervaringen met SOLK en met de IOM-training en uit een deel waarin de effecten van de IOM-training op de waargenomen gezondheid van de deelnemers werd besproken. Per huisarts werden alle vrouwen uit hun patiëntenpopulatie die hadden deelgenomen aan de IOM-training een voor een besproken. In de focusgroep werd een lijst gemaakt met kenmerken van vrouwen die de huisartsen zouden doorverwijzen en kenmerken van vrouwen die de huisartsen niet zouden doorverwijzen op basis van casussen van fictieve patiënten.

Alle interviews werden opgenomen en getranscribeerd. Daarna werd de data deductief geanalyseerd aan de hand van de thema's van het conceptuele model (figuur 1): Fysieke, mentale en sociale gezondheid. Naast deze van tevoren vastgestelde thema's werd er inductief gezocht naar aanvullende thema's die tijdens de interviews naar voren kwamen. Bij 16 vrouwen (n=16) is voorafgaand aan de training door de trainsters een nulmeting uitgevoerd. Deze vragen werden herhaald in het interview en de antwoorden werden vergeleken.

Naast het houden van interviews met deelnemers en huisartsen is op basis van gevonden literatuur een vergelijking gemaakt van IOM met overeenkomstige therapieën.

Voor het uitvoeren van dit onderzoek is een niet WMO-verklaring verkregen van de Medisch Ethische Toetsingscommissie van VUmc. Om de privacy van de participanten te waarborgen zijn de interviewgegevens geanonimiseerd.

Resultaten interviews

Ervaringen van huisartsen met betrekking op werkzaamheden

In deze studie zijn 8 huisartsen geïnterviewd. Alle huisartsen waren vrouwen en de leeftijden varieerden tussen de 33 en de 66 jaar. De huisartsen waren tussen de 4 en de 27 jaar werkzaam in de wijk Amsterdam nieuw-west.

Ervaringen huisartsen met Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten

Alle huisartsen (n=8) waren het erover eens dat patiënten met SOLK moeilijk te helpen zijn, omdat het vaak lastig is om de onderliggende problemen te vinden. Bovendien stuiten ze bij het proberen van een niet-fysieke aanpak vaak op weerstand. De helft van de huisartsen (n=4) dacht dat SOLK meer voorkomen in groepen met een migrantenachtergrond, maar ze benadrukken dat het ook veel voorkomt bij autochtonen.

*Het is een beetje generaliserend, maar ik denk dat dit type klachten vaker voorkomen in deze groep [vrouwen met een Marokkaanse of Turkse afkomst] –
Huisarts (47 jaar)*

Een huisarts gaf aan dat het ook te maken kan hebben met niet de juiste bewoordingen kunnen vinden. Verder noemde een huisarts dat het meer voorkomt in groepen met minder kennis over het lichaam. Alle artsen (n=8) antwoorden positief op de vraag of deze patiënten naast de reguliere medische hulp ook andere hulp nodig hebben. Twee huisartsen noemden de welzijnssector, daarnaast werden psychosociale hulp, “*empowerment*” en educatie genoemd. Op de vraag of huisartsen het als hun taak beschouwden om vrouwen op weg te helpen bij het vinden van deze hulp antwoorden alle huisartsen (n=8) bevestigend.

Houding tegenover de IOM-training

Alle huisartsen (n=8) stonden positief tegenover de training. Het werd als een “*eyeopener*” gezien en “*een gat in de markt*” genoemd. Twee huisartsen zeiden dat de training precies focust op het probleem waar veel van hun vrouwelijke patiënten tegenaan lopen: Vastzitten tussen twee culturen.

*De presentatie die we zagen maakte zoveel sense. Ik dacht gelijk: Dit is heel goed.
Heel zinvol. – Huisarts (66 jaar)*

Alle huisartsen werden gevraagd naar positieve en negatieve aspecten van de training. Twee huisartsen noemden de lichamelijke focus van de training als een positief punt. Een huisarts zei dat veel mensen in de reguliere gezondheidszorg zich niet goed kunnen verplaatsen in de belevingswereld van deze groep vrouwen. Verder werd er betwijfeld of de effecten van de training meetbaar waren tijdens consulten en werd er gezegd dat de training nooit alle problemen kan oplossen maar mensen wel kan leren hoe ze ermee om moeten gaan. Een huisarts die pas recent was begonnen met doorwijzen zei dat haar verwachtingen tot nu toe hoger waren dan de resultaten die ze zag. Alle huisartsen (n=8) zeiden dat de training zinvol was of zou kunnen zijn.

Verwijsproces

De meeste huisartsen (n=6) gaven aan dat het soms lastig is om vrouwen naar de training te verwijzen. Mensen verwachten een medische oplossing als ze naar de dokter gaan en staan vaak niet open voor een andere aanpak. Timing is hierin erg belangrijk.

Ik kan me voorstellen dat als ze naar een buurthuis gaan en iemand ze naar de training stuurt dat het heel anders is, maar als mensen naar de dokter komen verwachten ze een scan, een fysiotherapeut of medicatie, niet een training zoals deze – Huisarts (49 jaar)

Twee huisartsen benoemden het belang van een gezamenlijk probleemdefinitie en eerst alles eerst medisch uitzoeken voordat een patiënt doorverwezen kan worden. In de interviews werden chronische pijn en spanningen, geen contact met het eigen lichaam en psychologische klachten waarover gepraat kan worden genoemd als karakteristieken van patiënten om door te verwijzen. Verder werd er genoemd dat patiënten ervoor open moeten staan en moeten kunnen functioneren in een groep. Redenen voor de huisartsen om vrouwen niet te verwijzen waren: er niet open voor staan, ernstige mentale stoornissen en niet in een groep willen. Daarnaast werd genoemd dat sommige vrouwen overdag werken of druk zijn met de familie. In de focusgroep werd een lijst opgesteld met redenen om wel of niet door te verwijzen. Deze lijst is weergegeven in tabel 2 op volgorde van belangrijkheid. Op de vraag wat artsen patiënten adviseerden voordat de IOM-training

bestond noemden huisartsen een fysiotherapeut, de praktijk ondersteuning huisarts geestelijke gezondheidszorg (POH GGZ) of deelname aan een wandelgroep. De huisartsen konden niets vergelijkbaars noemen omdat alternatieven vaak of minder op het fysieke aspect focussen of volledig op het fysieke aspect focussen.

Wel doorverwijzen	Niet doorverwijzen
<ul style="list-style-type: none"> • Klem in het leven/ zwaar leven/ veel meegemaakt • Weinig regie over leven en lijf • Eenzaam • Weinig eigenwaarde/ weinig "ik" benoemen • Gebrek aan zingeving • Vaak komen (>1x per maand) • Fysieke klachten zonder diagnose • Cultureel bepaalde klachten • Lijden onder verwachtingen cultuur • Relatieproblemen • Niet verbeteren in reguliere zorg • Niet lekker in vel • Niet openstaan voor reguliere psycholoog • Moeilijk gerust te stellen • Vage klachten 	<ul style="list-style-type: none"> • Persoonlijkheidsproblemen • Geen tijd/ te druk • Weerstand/ geen motivatie • Teveel acute stres • Gevoel fysieke ziekte te hebben • Direct na eerste consult • Depressie

Tabel 2: In focusgroep genoemde redenen van huisartsen in Amsterdam west (n=8) om vrouwen wel of niet door te verwijzen naar de "Ik Ontmoet Mij" training, op volgorde van prioriteit.

Arbeidssatisfactie huisartsen

De helft van de huisartsen gaf aan dat de mogelijkheid op patiënten door te verwijzen naar de IOM-training hun arbeidssatisfactie verhoogde. De andere helft gaf aan dat het aantal vrouwen wat ze doorverwijzen te klein is om echt een verschil te maken.

Het is zo'n kleine groep. Hoeveel mensen zie ik hier elke dag, 30 ofzo en ik heb 4 vrouwen in totaal verwezen. Dat is te weinig om een verschil te maken in arbeidssatisfactie – huisarts (47 jaar)

Een huisarts noemde dat het wel het geval zou zijn als ze in de toekomst meer mensen kon doorverwijzen met positieve resultaten. De meeste huisartsen ervoeren geen verschil in werkdruk, werk-gerelateerde stres of waardering voor het werk. Een huisarts zei dat ze het steunend vond dat andere groepen meedenken over de problemen in de buurt.

Door de huisartsen waargenomen effecten op de gezondheid van de deelnemers

Met acht huisartsen zijn 27 patiënten besproken. Antwoorden waren zowel gebaseerd op het geheugen van de huisartsen als aan de hand van het geraadpleegde huisartsen informatiesysteem. De huisartsen konden niet over alle patiënten alle vragen beantwoorden, omdat het niet relevant was of omdat huisartsen hier geen zicht op hadden. De hier onder genoemde aantallen gaan alleen over de deelnemers waarover de huisartsen iets konden zeggen. Informatie over vrouwen die vrijwel direct gestopt zijn met training (deelname 3 sessies of minder) is niet meegenomen in de analyse omdat het onwaarschijnlijk werd geacht dat eventuele veranderingen een gevolg kunnen zijn van een zo korte deelname aan de training.

Algemene effecten

De huisartsen noemden verschillende waargenomen effecten. Een huisarts benoemde dat de training patiënten in betere conversatiepartners verandert die makkelijker gerust te stellen zijn. Een ander noemde als effect dat het vrouwen leert de controle over hun eigen leven te nemen, minder te externaliseren en dingen anders te gaan doen.

Ik denk dat het mensen gewoon sterker maakt, het kan mensen sterker maken. Dat is ook mijn ervaring met de vrouwen waarmee ik er echt over heb gepraat en die de training hebben gedaan. Je hebt echt andere mensen tegenover je – Huisarts (58 jaar)

Een arts zei dat de training een sleutel kon zijn om vrouwen meer te leren over zichzelf, hun lichaam en andere manieren van communicatie. Ze kon zich voorstellen dat het een vorm van solidariteit

bood wat veel vrouwen misten. Een ander dacht dat vrouwen herkenning en troost kunnen vinden in de training en dat het ze handvatten geeft om anders met hun klachten om te gaan door het verkrijgen van nieuwe inzichten. Ze voegde toe dat het sociaal geïsoleerde vrouwen kan helpen om actiever te worden en meer te gaan ondernemen.

Invloed op consulten

Volgens de huisartsen kwam de meerderheid van de vrouwen (n=14) minder bij de huisarts na participatie in de IOM-training. Sommige bleven na de training nog steeds evenveel komen (n=4) en een ander kwam daarvoor ook al weinig. In de meeste gevallen (n= 11) namen de huisartsen een verschil waar in de inhoud van het consult waar na participatie. De voornaamste verschillen waren: “Duidelijkere uitleg voor de reden van komst” (n=2), “betere communicatie” inclusief op een “beter over de klachten kunnen praten” (n=5), “makkelijker gerust te stellen” (n=2), “minder vage klachten” (n=2) en “minder focus op lichamelijke klachten” (n=1).

Ik denk dat ze meer open is als ze binnenkomt, ze komt met het idee van ik ga iets met je bespreken en dat gebeurt ook, ze noemt een specifieke klacht, en niet een heel scala aan klachten, maar een klacht waar ze last van heeft –
Huisarts (36 jaar)

In sommige gevallen merkte de huisartsen een positief verschil in communicatie tijdens het consult maar kwam de patiënt nog steeds met vage klachten (n=2). Bij sommige vrouwen (n=5) merkten de artsen geen verschil tijdens het consult. In sommige gevallen (n=3) nam de vraag om doorverwezen te worden naar een specialist af en in andere gevallen (n=5) was deze vraag al niet aanwezig. De meeste vrouwen (n=7) gebruikten voor de training al geen of alleen noodzakelijke medicatie en dit veranderde niet. Sommige patiënten (n=5) stopten of verminderden hun medicatiegebruik, voornamelijk antidepressiva en pijnstillers. In andere gevallen (n=5) gebruikten de vrouwen nog steeds veel medicatie, voornamelijk pijnstillers. In iets meer dan de helft van de gevallen (n=7) zagen de huisartsen een verschil in de ziektebeleving. De voornaamste verschillen waren: Minder fysieke focus en het besef dat oorzaken ook niet fysiek kunnen zijn, meer filteren wanneer een klacht geschikt is om naar de huisarts te gaan en wanneer bijvoorbeeld wandelen ook kan helpen en meer bewustzijn van de relatie tussen stress en fysieke klachten. Bij andere vrouwen (n=5) zagen de huisartsen geen verschil.

Lichamelijke gezondheid

De huisartsen gaven aan dat de fysieke activiteit ongeveer in de helft van de besproken patiënten (n=4) was verbeterd na deelname. Bij de andere helft was er geen verbetering (n=3) of was het voor deelname al geen probleem (n=1).

*Ze had een heleboel fysieke klachten voor de training, maar sinds de Ik Ontmoet Mij training probeert ze elke dag te gaan fietsen of een lange wandeling te maken
– Huisarts (49 jaar)*

De huisartsen zagen in de meeste gevallen (n=5) een vermindering van fysieke pijn, in andere gevallen was er geen verschil (n=1) of was dit al geen probleem voor de training (n=2). In een geval namen fysieke klachten toe, omdat de vrouw na deelname was begonnen met het afbouwen van antidepressiva. In sommige gevallen (n=4) zagen de huisartsen verschillen in hoe hun patiënten met pijn omgingen: Meer acceptatie (n=2), minder vechten tegen de pijn en meer accepteren (n=2) en meer inzicht over dat hoe iemand zich voelt effect heeft op het lichaam (n=1). Bij vier deelnemers konden de artsen de specifieke deelvragen over fysieke gezondheid niet beantwoorden, maar zeiden ze wel iets algemeen over de fysieke gezondheid. Bij een was er geen verschil, bij twee leek het beter te gaan en in een geval kon ze er niets over zeggen maar leek het haar een goed teken dat de patiënt sinds de training niet meer met pijnklachten bij de huisarts is gekomen.

Mentale gezondheid

De huisartsen zagen bij de meeste vrouwen (n=8) een vooruitgang op emotioneel vlak. Voornamelijk afname van angst (n=4), somberheid (n=4) verdriet (n=2) en woede (n=1) en toename van vrolijkheid (n=4) en trots (n=2). Bij een patiënt zag de huisarts geen verschil. Huisartsen gaven bij twee patiënten aan dat er minder stress was, bij een was het hetzelfde en bij een waren er nog steeds stressvolle gebeurtenissen maar ging de patiënt er anders mee om. Bij een aantal patiënten (n=7) gaf de huisarts aan dat ze anders met hun emoties omgingen sinds deelname aan de training. Voornamelijk beter herkennen van emoties (n=3), meer uiten van emoties (n=3), meer praten over emoties (n=4) en emoties van positievere aard (n=2). Huisartsen gaven aan dat een groep patiënten (n=7) meer energie hadden na deelnemen aan de training.

Als ik haar nu zie lijkt het alsof ze meer aanwezig is in haar lichaam. Bijna alsof ze minder in conflict is met haar lichaam – huisarts (33 jaar)

Verder noemde een huisarts dat een van haar patiënten nu beter voor zichzelf opkomt. Een andere huisarts zei dat een van haar patiënten was veranderd van een in zichzelf gekeerd, energieloos persoon naar iemand die weer functioneert en openstaat voor alles. Over twee patiënten gaven de huisartsen aan dat ze niet voor mentale problemen kwamen en er niets over te zeggen viel.

Sociale gezondheid

De huisartsen gaven bij de meeste patiënten aan weinig zicht op hun sociale leven te hebben. In sommige gevallen (n=5) zagen de artsen een verbetering in sociale activiteit. Een patiënt was weer gaan werken, een ander wilde gaan sporten en nog een andere deed weer meer zelf na eerst altijd verzorgd te worden. In enkele gevallen (n=3) zagen de artsen verbeteringen of nieuwe inzichten op het gebied van sociale relaties.

Ze heeft een moeilijke relatie met haar partner, maar ik denk dat ze nu iets meer voor zichzelf opkomt en ik denk dat het nu iets is waar we over kunnen praten. Het was altijd gewoon vervelend maar ik wist nooit wat er precies aan de hand was en nu begin ik een idee te krijgen – huisarts (58 jaar)

Bij drie patiënten gaven de artsen aan dat ze beter hun grenzen konden aangeven sinds deelname aan de training. Bij sommige patiënten (n=3) noemden de artsen dat de training ze uit hun sociale isolement haalde. Een huisarts gaf aan dat een van haar patiënten nu beseft dat er meer mensen zijn zoals zij.

Baat patiënten

Van de 27 deelnemers gaven de huisartsen bij 11 vrouwen aan dat ze baat hebben gehad bij deelname aan de training. In 12 gevallen wisten ze het niet, voornamelijk bij vrouwen die kortgeleden hadden deelgenomen en waarmee ze de training nog niet besproken hadden. In sommige gevallen gaven de vrouwen aan de training prettig te vinden, maar wisten de huisartsen nog niet goed of er ook effecten op het medische vlak te zien waren. Bij vier patiënten gaven de huisartsen aan dat ze dachten dat de vrouwen er geen baat bij hebben gehad. In twee gevallen zijn

de vrouwen met de training gestopt en gaven ze zelf aan het niks te vinden en in twee andere gevallen zagen de artsen geen effecten.

Zelf-waargenomen effecten op de gezondheid van de deelnemers

Niet alle onderwerpen zijn met alle vrouwen besproken. De hieronder weergegeven kwalificaties gelden alleen voor de vrouwen waarmee bepaalde onderwerpen besproken zijn.

Vergelijking met nulmeting

Bij 16 van de 24 vrouwen was er een nulmeting gedaan. Tien van hen gaven na de training aan nog steeds dezelfde klachten te hebben en zes gaven aan minder klachten te hebben na de training. Een deelnemer legde uit dat ze nog steeds dezelfde klachten had, maar dat de training haar had geleerd hoe ze ermee om moest gaan. Klachten die in sommige gevallen verdwenen waren na de training waren: Stress, vermoeidheid, slaapproblemen, migraine, spierpijn, spanningen, rusteloosheid en depressie. Vrouwen werden gevraagd hun gezondheid te beoordelen op een schaal van 1 tot 5. Voor deelname was het gemiddelde 2,5 en na deelname steeg dit naar 3,25. Vrouwen gaven niet aan minder naar de huisarts te gaan of minder medicijnen te gebruiken na deelname. Een uitzondering was een vrouw die aangaf door de training gestopt te zijn met het nemen van medicatie (oxazepam, pijnstillers en medicatie tegen migraine), omdat de oefeningen haar genoeg hielpen en zij geen medicijnen meer in haar lichaam wilde.

Lichamelijke gezondheid

Meerdere vrouwen gaven aan zich fysiek beter, lossen of lichter te voelen na deelname aan de training. Deze effecten waren het grootste direct na de training en namen af gedurende de week. Sommige vrouwen die langer geleden hadden deelgenomen gaven aan dat hun fysieke status weer hetzelfde was als voor deelname en dat ze opnieuw wilden deelnemen. Ongeveer de helft van de vrouwen die iets zeiden over fysieke activiteit (n=4) gaven aan dat de training ze stimuleerde om meer te gaan bewegen. De andere helft merkte geen verschil. Verschillende vrouwen (n=5) gaven aan dat ze voor de training vaak taken uitvoerden die fysiek eigenlijk te zwaar waren en dat ze dit na deelname minder deden.

Voor de training luisterde je nooit naar je lichaam, je ging door en door. En dan kreeg je hoofdpijn, rugpijn en andere klachten in je lichaam, maar je bleef doorgaan. Nu in de cursus wordt je teruggeroepen, luister naar je lichaam, de pijn, waar zit de pijn, wat voel je – deelneemster (Marokkaans, 45)

De meeste vrouwen gaven aan minder fysieke pijn te hebben direct na de training. Op de lange termijn gaf een kleine meerderheid (n=11) aan dat de minder fysieke pijn te hebben en gaven andere vrouwen (n=8) aan geen verschil te merken. Klachten die in sommige gevallen minder werden waren: hoofdpijn, migraine, hartklachten door stress, hyperventilatie, duizeligheid en spanning en pijn in de nek, rug en benen. Verder gaven alle vrouwen waarmee het besproken werd aan dat de training de manier waarop ze met pijn omgingen had veranderd: ze konden pijn beter accepteren en beter naar hun lichaam luisteren.

Mentale gezondheid

Ongeveer de helft van de vrouwen gaf aan minder last te hebben van angst na deelname in de IOM-training. De andere helft gaf aan geen verschil te merken. De angst voor mensen en de angst dat er iets gaat gebeuren als je pijn voelt werden minder, terwijl de angst om een geliefde te verliezen niet veranderde. Een vrouw gaf aan anders om te gaan met angst. De meeste vrouwen (n=9) gaven aan zich minder verdrietig te voelen na participatie in de training. Anderen (n=6) gaven aan geen verschil te merken. Een vrouw gaf aan verdriet altijd onderdrukt te hebben en het nu meer toe te laten. Een aantal (n=8) gaven aan zich gelukkiger te voelen direct na de training en sommigen (n=6) ook over het algemeen. Voor een aantal (n=3) was er geen verschil.

De meeste vrouwen zeiden anders met hun emoties om te gaan sinds de training. Sommigen (n=4) zeiden dat thema's in de training ze hielpen hun eigen gedrag beter te begrijpen. Bijvoorbeeld, iemand vertelde dat ze begreep hoe de relatie met haar ouders invloed had op haar andere relaties.

Want in het verleden dan kon je het niet plaatsen. Je was somber en je kreeg niets voor elkaar en dan begon je te piekeren en dat soort dingen, maar nu denk je ooh daar hebben over gepraat in de training en dat kan de oorzaak zijn. Het is alsof je het een plek geeft en het begint te verwerken – Deelneemster (Marokkaans, 53)

Enkele vrouwen (n=3) gaven aan hun emoties meer te verwelkomen, terwijl anderen (n=4) zichzelf beter onder controle hadden. Twee vrouwen gaven aan dat ze hadden geleerd om te gaan met dingen uit het verleden.

Sociale gezondheid

Sommige vrouwen (n=2) gaven aan dat de training geen invloed had op hun dagelijkse activiteiten, terwijl anderen (n=4) aangaven sociaal actiever te zijn sinds deelname aan de training. Veel vrouwen (n=11) gaven aan dat ze na deelname aan de training beter waren geworden in het aangeven van grenzen. Andere (n=7) gaven aan dat dit nog steeds een probleem voor ze was. Twee vrouwen gaven aan hier voor de training ook al goed in te zijn.

Wat ik hier heb geleerd is dat je jezelf niet moet vergeten. Het is makkelijk om jezelf te verwaarlozen als moeder. Hier zeggen ze: ga eens iets leuks doen voor jezelf als je kind bij zijn vader is in het weekend – Deelnemster (Marokkaans, 38)

Ongeveer de helft van de deelnemers (n=11) gaf aan dat hun sociale relaties beter waren geworden sinds deelname in de training. Opvallend was dat dit voornamelijk het geval was met vrouwen die meerdere keren hadden deelgenomen aan de training. Vrouwen (n=7) die aangaven dat hun sociale relaties niet veranderd waren deden allemaal voor het eerst mee aan de training. Van de vrouwen waarmee over eenzaamheid werd gesproken gaf ongeveer de helft (n=5) aan zich minder eenzaam te voelen terwijl dit bij de andere helft (n=6) niet veranderd was. De meeste vrouwen (n=15) gaven aan het moeilijk te vinden om hulp te vragen, dit was bij de meesten (n=13) nog steeds het geval na deelname in de training.

Overige bevindingen

Meerder vrouwen (n=7) gaven aan het fijn te vinden dat ze erkenning vonden in de groep. Terwijl andere vrouwen (n=4) aangaven dat verhalen van anderen die grotere problemen hadden ze hielpen om hun eigen problemen te relativeren. Veel vrouwen (n=8) noemden dat de training hun zelfvertrouwen verhoogde. Sommigen (n=3) gaven aan zich sterker te voelen en anderen (n=5) vertelden dat ze sinds de training minder hard voor zichzelf waren.

“Soms voel je je alsof je alleen bent met je problemen en dat soort dingen. Als je samen bent met anderen en over hun problemen praat denk je: ook ik ben niet

*alleen, anderen hebben ongeveer dezelfde problemen” – Deelnemster
(Marokkaans, 43)*

Over het algemeen waren er meer verbeteringen te zien in de gezondheid van vrouwen die meerdere keren hadden deelgenomen aan de gehele training. Veel vrouwen die één keer deelgenomen hadden aan de gehele training (n=9) gaven aan dat de training ze bewust maakte van gedrag wat ze wilden veranderen, maar dat het meer dan tien weken duurt om dit ook daadwerkelijk te doen. Een aantal vrouwen (n=3) die een langere periode voor het interview hadden deelgenomen gaven aan dat hun gezondheid kort na de training was verbeterd, maar dat het nu weer afnam en ze graag opnieuw wilden deelnemen. Voornamelijk fysieke klachten, moeheid en minder energie namen weer toe. Tot slot waren de grootste verschillen in ervaren gezondheid te zien bij vrouwen met veel gezondheidsproblemen die gemotiveerd waren om deze te verbeteren.

Samengevatte resultaten interviews

Uit deze studie bleek dat alle geïnterviewde huisartsen positief waren over de IOM-training. Ze zeiden blij te zijn met de mogelijkheid om vrouwen met een migrantenachtergrond naar deze training te verwijzen; het is vaak moeilijk om passende oplossingen voor deze groep te vinden. Ongeveer de helft van de huisartsen zei dat het hun werkplezier deed toenemen, terwijl de andere helft zei dat het aantal vrouwen dat ze doorverwijzen te klein is om van invloed te zijn. Huisartsen zeggen vooral vrouwen te verwijzen die "vastzitten in het leven", weinig controle hebben over hun eigen leven en eenzaam zijn. Alle huisartsen waren het erover eens dat patiënten met SOLK moeilijk te helpen zijn, omdat het vaak lastig is om de onderliggende problemen te vinden. De huisartsen zeiden geen vrouwen door te verwijzen met persoonlijkheidsstoornissen, gebrek aan motivatie of met veel stressvolle gebeurtenissen. Alle huisartsen zagen de training als goed om te doen. De huisartsen gaven bij de meeste patiënten aan weinig zicht op hun sociale leven te hebben

De huisartsen ervoeren verschillende effecten van de training op de deelnemers. De meeste vrouwen bezochten de huisarts minder na deelname en konden tijdens het overleg beter communiceren en hun klachten op een hoger niveau te bespreken. Bij ongeveer de helft van de patiënten werd een verschil in de ziektebeleving waargenomen, voornamelijk minder aandacht voor de lichamelijke klachten en een beter inzicht dat ze door iets anders zouden kunnen worden veroorzaakt.

Uit vergelijkingen van de baselinemetingen en de interviewdata bleek dat het cijfer wat vrouwen aan hun gezondheid gaven op een schaal van 0 tot 5 steeg van een 2,5 naar een 3,25. Verder gaven zes

van de 16 vrouwen aan minder klachten te hebben na de training dan voor de training. Er waren vrijwel geen verschillen te zien tussen huisartsbezoeken en medicatiegebruik.

In ongeveer de helft van de gevallen ervoeren huisartsen een verbetering in fysieke activiteit en in de meeste gevallen een afname van fysieke pijn. Dit komt overeen met de ervaringen van de deelnemers. Verder gaven de deelnemers aan minder vaak taken uit te voeren die ze overbelasten na deelname aan de training. In bijna alle gevallen gaven de huisartsen aan emoties als positiever te ervaren en er werd gemeld dat vrouwen meer energie hadden. Vergelijkbare resultaten werden gerapporteerd door de deelnemers. De meeste deelnemers gaven aan beter met hun emoties om te kunnen gaan na de training. Huisartsen vonden het moeilijk om verschillen in sociale gezondheid te zien, sommige verbeteringen werden gemeld maar over de meeste patiënten konden de huisartsen niets zeggen. Deelnemers rapporteerden weinig verschillen in sociale activiteit, maar zeiden beter grenzen aan te kunnen geven sinds deelname aan de training. Ongeveer de helft van de deelnemers gaf aan dat hun sociale relaties verbeterd waren. Verder gaven vrouwen aan meer zelfvertrouwen te krijgen van de training en dat het ze hielp herkenning te vinden in de verhalen van anderen. Alle deelnemers waren positief over de training en alle deelnemers op een na gaven aan dat minimaal een aspect van hun gezondheid was verbeterd na deelname. De huisartsen vonden dat elf vrouwen baat hebben gehad bij de training, bij twaalf vrouwen wisten ze niet zeker wat de effecten waren en ze zeiden dat vier vrouwen geen baat gehad hebben bij de training.

Vergelijking IOM met overeenkomstige therapieën

Hieronder is een vergelijking gemaakt tussen IOM en verschillende andere therapieën.

Cultureel gevoelige therapie

Culturele competentie wordt steeds belangrijker in de gezondheidszorg (Chiarenza, 2012). Veel programma's zijn ontwikkeld om professionals in de gezondheidszorg te leren omgaan met patiënten uit verschillende culturen (Renzaho et al, 2013; Anderson et al., 2003). Er is echter weinig onderzoek beschikbaar over de ervaringen van deelnemers met cultureel gevoelige programma's. In Nederland kon één onderzoek naar de ervaringen van vrouwen met een cultureel gevoelige groepstherapie worden geïdentificeerd. Deze training bij Dimence in Almelo toonde verschillende overeenkomsten met de IOM-training: het was bedoeld voor migrantenvrouwen uit Turkije en omvatte ontspanningsoefeningen en fysieke oefeningen. De resultaten toonden aan dat de training werkte tegen sociaal isolement van de deelnemers, hun autonomie verhoogde en hen stimuleerde om

actiever te worden (Borth, 2010). Een verschil was dat de Dimence-training werkte met persoonlijke doelen, waarmee de IOM-training niet werkt. In de Dimence-training rapporteerden de meeste vrouwen dat hun doelen niet volledig waren bereikt, maar ze werkten er actief aan en merkten gedragsveranderingen op (Borth, 2010). Vergelijkbare resultaten werden gevonden voor de IOM-training, waaruit blijkt dat vrouwen zich meer bewust zijn van hun problemen en gedragsveranderingen vertonen na deelname. Deze resultaten suggereren dat cultureel-gevoelige trainingen een effectief middel kunnen zijn om de zelf-waargenomen gezondheid van migrantenvrouwen te vergroten.

Groepstherapie

Resultaten over een mindfulness groepstherapie - inclusief een groep bestaande uit mensen met een migrantenachtergrond - toonden het belang aan van groepen bestaande uit mensen met vergelijkbare achtergronden of problemen (Eeckhaut, 2012). Deelnemers aan die training noemden het belang van het herkennen van de problemen van anderen, wat vergelijkbaar is met de ervaring van de vrouwen in de IOM-training. Gebaseerd op deze resultaten lijkt groepstherapie effectief te zijn voor mensen met een migrantenachtergrond

Een meta-analyse van de effecten van cultureel aangepaste interventies op de geestelijke gezondheid concludeerde dat interventies voor specifieke culturele groepen vier keer effectiever waren dan interventies voor cultureel gemengde groepen (Griner & Smith, 2006). Dit lijkt in overeenstemming te zijn met de bevinding van dit onderzoek dat vrouwen het als nuttig ervoeren dat ze zichzelf in de verhalen van anderen konden herkennen. Verder vermeldde Griner & Smith (2006) dat interventies twee keer zo effectief waren als ze werden uitgevoerd in de moedertaal van de deelnemers. De IOM-training is in het Nederlands, maar de trainers spreken Turks of Arabisch en ze kunnen vertalen voor vrouwen met een beperkte beheersing van de Nederlandse taal.

Onderzoek naar vrouwelijke Turkse migranten met depressie in Oostenrijk concludeerde dat voor deze groep individuele behandeling door een etnische, vrouwelijke therapeut de voorkeur verdient boven groepstherapie (Renner & Berry, 2011). Dit lijkt in contrast te staan met de bevindingen van deze studie, aangezien vrouwen meldden dat het luisteren naar de verhalen van andere vrouwen nuttig was. De studie in Oostenrijk maakte gebruik van trainers van Turkse afkomst, die jong waren en aan de universiteit studeerden. In de IOM-trainingen zijn trainers ook van Turkse of Marokkaanse afkomst, maar van middelbare leeftijd en met min of meer vergelijkbaar onderwijs als de deelnemers. Het feit dat de trainers in de IOM-training meer op de deelnemers leken, kan een reden

zijn voor de verschillende bevindingen tussen beide trainingen. Een meta-analyse over cohesie in groepstherapie toont aan dat er een significante correlatie bestaat tussen de groepscohesie en de behandeluitkomsten (Burlingame et al., 2011). Zowel in de groep als geheel als tussen de leden en de therapeut. Daarom is het belangrijk in groepstherapie dat deelnemers zich op hun gemak voelen bij hun therapeut.

Bio-energetische oefeningen

Een aanzienlijk deel van de oefeningen in de IOM-training zijn bio-energetische oefeningen. Bio-energetische analyse gaat ervan uit dat levenservaringen niet alleen worden behouden in het fysieke onderbewustzijn, maar ook in het lichaam. Daarom zijn bio-energetische oefeningen erop gericht om zichzelf te overtreffen door een combinatie van fysieke oefeningen en verbale therapie (Nickel et al., 2006). Onderzoek onder Turkse immigranten die leden aan somatoforme stoornissen, toonde aan dat bio-energetische oefeningen de symptomen van somatisatie, angstgevoelens, sociale onzekerheid, depressie en vijandigheid in deze groep verbeterden. Bovendien verminderde het beide niveaus van boosheid en de neiging om woede naar binnen te richten en verhoogde emotionele expressie (Nickel et al., 2006). In deze training werden twee keer per week twee sessies gehouden gedurende een uur met een duur van zes weken. Het omvatte stemoefeningen, oefeningen om grenzen te stellen, ademhalingsoefeningen, gronding en bewegingsoefeningen. Vergelijkbare resultaten worden gevonden voor de IOM-training: deelnemers meldden dat ze minder boos waren, meer emoties uiten en meer zelfvertrouwen hebben. Sommige deelnemers noemden verminderde niveaus van angst en verdriet. Op basis van deze twee studies lijken bio-energetische oefeningen effectief te zijn voor migrantenvrouwen. Om echter conclusies te trekken, is bijkomend onderzoek nodig naar het effect van bio-energetische oefeningen op migrantenvrouwen.

Verbanden tussen verschillende gezondheidsdimensies

Reijneveld et al. onderzochten de effecten van een met IOM vergelijkbare training als geheel in plaats van te kijken naar de invloed van afzonderlijke aspecten van de training. Hoewel sommige vrouwen specifieke thema's en oefeningen noemden, kunnen er geen conclusies worden getrokken over de effecten van afzonderlijke aspecten omdat ze eerder in de training waren ingebed dan geïsoleerd. Verschillende gezondheidseffecten kunnen worden veroorzaakt door een combinatie van verschillende oefeningen en een oefening kan van invloed zijn op meerdere aspecten van gezondheid of onverwachte aspecten van gezondheid. Uit een onderzoek dat het effect van een korte oefening op lichaamsbeweging en gezondheidseducatie op de gezondheid van oudere Turkse migranten in Nederland heeft gemeten, bleek bijvoorbeeld dat de mentale gezondheid van

migranten verbeterde vanwege het programma, terwijl er geen verbeteringen werden waargenomen in kennis, fysieke activiteit en fysiek welzijn (Reijneveld et al., 2003). Daarnaast ondersteunt ander onderzoek het idee dat er een verband bestaat tussen lichaamsbeweging en geestelijk welzijn. Het toont een verband tussen fysieke inspanning en angst- en stemmingsstoornissen. Bovendien is er steeds meer bewijs dat lichaamsbeweging een nuttige behandeling voor depressie kan zijn (Saxena et al., 2005). Onderzoek onder kinderen en adolescentie in Australië heeft aangetoond dat naast fysieke en mentale gezondheid ook de sociale gezondheid wordt verbeterd door lichaamsbeweging (Eime et al., 2013). Of dit ook geldt voor volwassen migrantenvrouwen, is onbekend. Toekomstig onderzoek kan de relaties tussen de verschillende oefeningen in de IOM-training verkennen en deze vergelijken met de effecten die in dit onderzoek zijn gevonden.

Uit bovenstaande voorbeelden blijkt dat bij vergelijkbare cultureel-gevoelige bio-energetische groepsgewijze trainingsprogramma's overeenkomstige resultaten werden gevonden. Nader onderzoek kan hierbij bevindingen verfijnen en aanbevelingen voor verbeteringen geven.

Conclusies

De cultureel gevoelige Ik Ontmoet Mij-training kan de zelf-waargenomen gezondheid van vrouwen met een niet-westerse migratieachtergrond vergroten, door hen meer bewust te maken van effecten van hun gedrag op hun gezondheid en ze handvatten bieden om hier anders mee om te gaan. Daarnaast kan deelname leiden tot gedragsveranderingen met positieve invloed op de aard van emoties en het uiten van emoties. Tot slot kunnen vrouwen erkenning vinden in de training en kan het hun zelfvertrouwen vergroten. Over het geheel ervoeren alle vrouwen op een na een verbetering in op zijn minst een aspect van gezondheid en dachten de huisartsen dat bijna de helft van hun patiënten baat heeft gehad bij de training. De IOM-training is een waardevolle aanvulling op de reguliere medische hulp voor vrouwen met een niet-westerse migrantenachtergrond.

Hoewel dit onderzoek niet inging op de losse onderdelen van de IOM-training kwamen verschillende aspecten ter sprake. Het werd door de huisartsen als positief ervaren dat het lichaam als uitgangspunt werd genomen, maar ook aspecten van mentale en sociale gezondheid aan bod kwamen. Daarnaast werd het groepsaspect zowel door de deelnemers als door de huisartsen als positief ervaren. De cultureel sensitieve inhoud van de training zorgde voor meer bewustzijn onder de vrouwen en in leidde in sommige gevallen tot gedragsveranderingen. Deze bevindingen kunnen richtlijnen bieden voor het ontwerpen van andere cultureel sensitieve therapieën voor vrouwen met een niet-westerse migrantenachtergrond.

Bevindingen uit vergelijking met andere therapieën ondersteunen deze resultaten.

Discussie

Hieronder zijn de sterke aspecten en tekortkomingen van dit onderzoek gegeven.

Huisartsen deel

Een sterk punt van deze studie was dat alle huisartsen die patiënten naar de IOM-training hadden verwezen, in het onderzoek waren opgenomen. Dit waren echter slechts acht huisartsen en sommigen begonnen pas onlangs vrouwen te verwijzen, waardoor het moeilijk was om op de lange termijn iets over de effecten te zeggen. Een mogelijke beperking was dat de patiënten die in de interviews werden besproken gebaseerd waren op de lijsten van Zina Platform. In deze lijsten is echter niet vermeld of de vrouwen alle sessies van de training hebben voltooid. Sommige huisartsen bewaarden zelf registraties, maar in andere gevallen was het onduidelijk of de patiënt klaar was met de training. Daarnaast waren de lijsten soms onvolledig, maar als de huisartsen wisten van patiënten die niet op de lijst stonden maar wel deelnamen aan de training, werden deze patiënten ook besproken. Een andere mogelijke beperking was dat een van de interviews werd afgenomen met twee huisartsen die tegelijkertijd in dezelfde artspraktijk werkten. Dit is besloten omdat ze dezelfde patiënten zien, maar het is mogelijk dat ze elkaar hebben beïnvloed met hun antwoorden. Een sterkte is dat data-triangulatie werd gebruikt door het uitvoeren van zowel interviews als een focusgroep. Om de interne validiteit te vergroten, werd de data-analyse van de onderzoekster bovendien gecontroleerd door de supervisor.

Vrouwendeel

De resultaten in dit deel van het onderzoek verschilden sterk tussen de deelnemers. De resultaten suggereerden dat deze verschillen gedeeltelijk kunnen worden verklaard door verschillen in de gezondheidsklachten voor deelname, het moment van deelname en het aantal deelnames.

De interviews zijn gehouden met deelnemers uit verschillende groepen, met verschillende trainers, locaties en etniciteit. Deze variatie in deelnemers, in combinatie met het aantal interviews, maakte het mogelijk om een brede range van ervaringen en meningen over de training te verkennen.

Bovendien nam de onderzoeker zelf deel aan de training om een dieper inzicht te krijgen in de training en de deelnemers. Dit gaf meer inzicht in wat de deelnemers in de interviews vertelden en maakte het in sommige gevallen mogelijk om specifiekere vervolgvragen te stellen. Bovendien leek

het in sommige gevallen een voordeel dat de onderzoeker niet tot de gemeenschappen van de deelnemers behoorde, omdat ze vaak bang waren voor roddels binnen hun gemeenschappen.

Alle deelnemers spraken Nederlands goed genoeg om de vragen te beantwoorden, daarom werd besloten dat een tolk niet nodig was. In sommige interviews kan een beperkte vaardigheid in de Nederlandse taal echter tot een minder diepgaand antwoord hebben geleid. Verder werden tijdens de interviews deelnemers gevraagd naar hun gezondheid op dat moment en hun gezondheid vóór de training. Hun herinneringen aan hun gezondheid voor de training waren misschien onnauwkeurig geweest. Bovendien bestaat de mogelijkheid dat vrouwen sociaal aanvaardbare antwoorden geven, vooral gezien hun culturele achtergrond. Beide mogelijkheden hadden tot vooringenomen en minder nauwkeurige resultaten kunnen leiden. Gezien de methodologie was het een beperking dat de analyse werd uitgevoerd door één onderzoeker. Dit had kunnen leiden tot over- of ondervertegenwoordiging van bepaalde effecten in de resultaatsectie maar ook hier is de analyse gecontroleerd door de supervisor.

Literatuurlijst

- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., Normand, J., & Task Force on Community Preventive Services. (2003). Culturally competent healthcare systems: A systematic review. *American journal of preventive medicine*, 24(3), 68-79.
- Borth, M. K. (2010). *Welke effect heeft de Turkse vrouwen groepstherapie bij Dimence? een case study* [Bachelor thesis]. University of Twente.
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Alonso, J. (2010). Cohesion in Group Therapy. *Evidence-Based Therapy Relationships*, 11.
- Chiarenza, A. (2012). Developments in the concept of cultural competence. *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities*, 2, 66-81.
- Dirkzwager, A. J., & Verhaak, P. F. (2007). Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. *BMC Family Practice*, 8(1), 33.
- Eeckhaut, L. (2012). *Beleving van de training 'Zorg voor jezelf' door verschillende patiëntengroepen van het wijkegezondheidscentrum 'Brugse Poort'* [master thesis]. University of Gent.
- Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J., & Payne, W. R. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 98.
- Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(4), 531-548.
- Hahn, E. A., DeVellis, R. F., Bode, R. K., Garcia, S. F., Castel, L. D., Eisen, S. V., ... & PROMIS Cooperative Group. (2010). Measuring social health in the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS): item bank development and testing. *Quality of Life Research*, 19(7), 1035-1044.
- Harmen, J. H., Bernsen, R. R., Bruijnzeels, M. M., & Meeuwesen, L. L. (2008). Patients' evaluation of quality of care in general practice: what are the cultural and linguistic barriers? *Patient education and counseling*, 72(1), 155-162.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health and illness*. CRC Press.
- Kunst, A. E., Mackenbach, J. P., Lamkaddem, M., Rademakers, J., & Devillé, W. (2008). *Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland*. Erasmus MC.
- LSJ Medisch Projectbureau (2012). Landelijk onderzoek naar langdurige stressfactoren bij huisartsen.
- Mladovsky, P. (2007). Migrant health in the EU. *Eurohealth-London*, 13(1), 9.
- Nickel, M., Cangoez, B., Bachler, E., Muehlbacher, M., Lojewski, N., Mueller-Rabe, N., ... & Kettler, C. (2006). Bioenergetic exercises in inpatient treatment of Turkish immigrants with chronic somatoform disorders: a randomized, controlled study. *Journal of psychosomatic research*, 61(4), 507-513.

- Norredam, M., Nielsen, S. S., & Krasnik, A. (2010). Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe—a systematic review. *European Journal of Public Health*, 20(5), 555-563.
- Olde Hartman, T. C., Hassink-Franke, L. J., Lucassen, P. L., van Spaendonck, K. P., & van Weel, C. (2009). Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Family Practice*, 10(1), 68.
- Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., ... & Riera, R. P. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC public health*, 11(1), 187.
- Quah, S. R. (2009). *Health and culture*. The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society. Rechel, B. (Ed.). (2011). *Migration and health in the European Union*. McGraw-Hill Education (UK).
- Reijneveld, S. A., Westhoff, M. H., & Hopman-Rock, M. (2003). Promotion of health and physical activity improves the mental health of elderly immigrants: results of a group randomised controlled trial among Turkish immigrants in the Netherlands aged 45 and over. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(6), 405-411.
- Renner, W., & Berry, J. W. (2011). Group Interventions were not Effective for Female Turkish Migrants with Recurrent Depression—Recommendations from a Randomized Controlled Study. *Social behavior and personality*, 39(9), 1217.
- Renzaho, A. M. N., Romios, P., Crock, C., & Sønderslund, A. L. (2013). The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care—a systematic review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), 261-269.
- Saxena, S., Van Ommeren, M., Tang, K. C., & Armstrong, T. P. (2005). Mental health benefits of physical activity. *Journal of Mental Health*, 14(5), 445-451.
- Tucker, C. M., Arthur, T. M., Roncoroni, J., Wall, W., & Sanchez, J. (2015). Patient-centered, culturally sensitive health care. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 9(1), 63-77.
- Van Schayk, M. & Hosper, K. (2010). Medically unexplained physical complaints among Turkish migrant women: exploring their illness experience and the underlying causes of their distress. *Pharos*.
- Verhaak, P. F., Meijer, S. A., Visser, A. P., & Wolters, G. (2006). Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice*, 23(4), 414-420.
- Ware Jr, J. E. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25(24), 3130-3139.
- Wells, M. I. 2000. Beyond cultural competence: A model for individual and institutional cultural development. *Journal of Community Health Nursing* 17 (4):189-99.
- Zina Platform, Intern verslag (2015).