

Ruimte voor anderszijn
inventarisatie van kerkelijke initiatieven voor mensen
met psychische aandoeningen

Rapport nr. 579

september 2008

drs. Gert de Jong

Kaski
onderzoek en advies over religie en samenleving

Toernooiveld 5
6525 ED Nijmegen
Postbus 6656
6503 GD Nijmegen
tel. 024 - 365 35 31
fax 024 - 365 34 85
www.ru.nl/kaski
info@kaski.ru.nl

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	5
1.1	Vraagstelling.....	5
1.2	Opzet.....	7
2	Kenmerken van predikanten	11
2.1	Achtergrondkenmerken.....	11
2.2	Kennis omtrent psychiatrische aandoeningen	12
3	Opmerkzaamheid en houding	15
3.1	Opmerkzaamheid en beleid	15
3.2	Houding.....	17
3.3	Feitelijke contacten.....	20
4	Initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen	23
4.1	Initiatieven algemeen.....	23
4.2	Nadere uitwerking van initiatieven.....	24
5	Initiatieven voor naastbetrokkenen	29
5.1	Initiatieven algemeen.....	29
5.2	Overzicht van initiatieven.....	30
6	Meningen, wensen en behoeften	33
6.1	Eigen kerkelijke gemeente	37
7	Conclusie en discussie	41
a.a	Representativiteit.....	44
a.b	Selectieve non-respons.....	45

1 Inleiding

De relatie tussen de kerk en mensen met een psychische aandoening is een van de aandachtsvelden van Kerk in Actie (binnenlands diaconaat). Die relatie is sterk aan het veranderen door maatschappelijke ontwikkelingen. Voorheen werden veel mensen met psychische aandoeningen opgenomen in instellingen. De pastorale zorg lag dan bij de geestelijke verzorgers in de desbetreffende instelling.

Tegenwoordig is het beleid erop gericht mensen zo lang mogelijk in hun eigen woonomgeving te laten functioneren. Dat betekent dat mensen minder snel worden opgenomen en dat mensen die opgenomen waren, buiten de instellingsmuren komen te wonen (extramuralisering). Hierdoor komen meer mensen met psychische aandoeningen in de woonwijken te wonen en pastorale zorg kan daardoor eerder een zaak van de lokale kerkelijke gemeente worden.

Vanuit Kerk in Actie worden programma's opgezet die gericht zijn op verdergaande integratie van mensen met psychische aandoeningen. Die programma's bouwen graag voort op opgedane ervaringen. Vandaar de behoefte aan onderzoek om ervaringen te inventariseren. Het project *Ruimte voor anderszijn* is zo'n project. Dit onderzoek is bedoeld als beleidsinformatie voor dit project en draagt daarom dezelfde titel, die overigens is ontleend aan de publicatie *Kwartiermaken* van Doortje Kal.

1.1 Vraagstelling

Om zo gericht mogelijke ondersteuning te bieden aan lokale kerkelijke gemeentes en om de integratie van mensen met psychische aandoeningen te vergroten, is het van belang goed zicht te hebben op de reeds bestaande initiatieven. Die kunnen de basis vormen voor initiatieven elders en/of de huidige initiatieven bijstellen.

Het hier voorgestelde onderzoek wil deze inventarisatie maken. Een en ander leidt tot de volgende vraagstelling:

Welke initiatieven voor mensen met psychische aandoeningen en hun naastbetrokkenen bestaan er binnen lokale kerkelijke wijkgemeentes van de Protestantse Kerk in Nederland?

Voor dit onderzoek maken we een verder onderscheid binnen de groep 'mensen met psychische aandoeningen'; we onderscheiden enerzijds psychiatrische patiën-

ten en anderzijds mensen met psychische problemen. Dat onderscheid is niet waterdicht, maar kan via nadere invulling een werkbaar onderscheid op leveren. We omschrijven de groepen als volgt:

Onder *psychiatrische patiënten* verstaan we mensen die ...

- ontremd of manisch zijn;
- andere mensen sterk aantrekken of afstoten;
- manipulerend of claimend zijn;
- waanideeën hebben (b.v. dat ze bekende figuren zijn, of God of Jezus);
- zich verward gedragen en slecht te volgen zijn in hun verhalen;
- stemmen horen en/of opdrachten krijgen;
- sociaal geïsoleerd zijn en zichzelf verwaarlozen (of daartoe neigen);
- (zeer) zwaarmoedig zijn.

Onder (*mensen met*) *psychische problemen* verstaan we:

- overspannen en burn-out;
- ADHD;
- diverse stoornissen, zoals eetstoornis, slaapstoornis;
- vormen van verslaving (drugs, alcohol, internet, gokken);
- dementie.

Bij de groep psychiatrische patiënten is gekozen om deze te beschrijven vanuit waarneembaar gedrag en niet vanuit gestelde diagnoses. We spreken dan ook over mensen die ontremd zijn en niet over mensen met manische depressie, evenzo spreken we over mensen die stemmen horen en niet over mensen met schizofrenie. Door deze wijzen van omschrijven hoeven we ons niet te begeven binnen het terrein van de diagnostiek, noch gaan we uit van diagnostische kennis van de respondenten.

Ook spreken we in dit onderzoek over '*naastbetrokkenen*' van *psychiatrische patiënten* en '*naastbetrokkenen*' van *mensen met psychische problemen*. Het gaat dan om familieleden, vrienden of andere naastbetrokkenen van psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen.

Kerkelijke initiatieven voor mensen met psychische aandoeningen en hun naastbetrokkenen kunnen divers zijn. Denk aan een intensief *pastoraal contact* tussen predikant en patiënt. Een *groep* voor mantelzorgers rond mensen met psychische aandoeningen is een andere mogelijkheid. *Financiële steun* (via de diaconie) is weer een andere optie. *Voorlichting* via gespreksgroepen een vierde. Voor dit onderzoek maken we daarom een selectie.

Het onderzoek richt zich op lokale kerkelijke gemeentes, deze zijn object van onderzoek. Deze gemeentes kunnen zowel wijkgemeentes zijn (gemeentes die

onderdeel uitmaken van een grotere centrale gemeente) als zelfstandige gemeentes.

We benaderen daarvoor de (wijk)predikanten (die in deze waarnemingseenheid zijn). Naar onze inschatting zijn zij het beste geïnformeerd over mogelijke kerkelijke initiatieven. Eventueel kunnen zij aanvullende informatie inwinnen bij andere betrokkenen in hun wijkgemeente.

1.2 Opzet

De inventarisatie vindt plaats door vragenlijstonderzoek. Omdat het veld van onderzoek aan het begin van het onderzoek slecht bleek af te bakenen en daarmee de operationalisering niet optimaal kon plaatsvinden, hebben voorafgaand aan het vragenlijstonderzoek twee korte kwalitatieve peilingen plaatsgevonden, te weten via PKN_Klanken en door middel van een aantal (telefonische) interviews.

PKN_Klanken

De e-group¹ PKN_Klanken is een discussiegroep via e-mail, waaraan een groot aantal pastores en andere belangstellenden deelnemen. Binnen de e-group worden allerhande zaken die te maken hebben met de Protestantse Kerk en het werk van pastores, besproken. De eerste stap in het onderzoek bestond uit een oproep naar ervaringen van pastores (en kerkelijke gemeentes). Daardoor konden verschillende aspecten van het aandachtsveld nader worden verkend. Voor de oproep op de genoemde e-group heeft de moderator toestemming verleend.

Telefonische interviews met sleutelinformanten

Ten tweede is een aantal telefonische interviews gehouden met mensen die bekend zijn op het gebied van psychiatrie, psychische aandoeningen en geestelijke verzorging. Aan hen is gevraagd hoe psychische aandoeningen (samenvattend) zijn te beschrijven, met welke aandoeningen men redelijkerwijs te maken kan krijgen, welke houdingen van gemeentes te verwachten zijn? Eveneens is gesproken hoe de begrippen zo adequaat mogelijk zijn te omschrijven, zodat ze door de respondenten goed worden verstaan.

¹ Een e-group is een groep deelnemers die via e-mail elkaar informeren en over zaken kunnen discussiëren. Bijdragen aan de groep worden aan een centraal e-mailadres gestuurd; deze e-mail wordt alle leden gestuurd. Zo kan men door te corresponderen met dit ene e-mailadres in feite met alle deelnemers aan de e-group contact onderhouden.

Gesprekken zijn gevoerd met:

- De heer Theo Trompetter; Trompetter is arts en directeur van Trompetter & Van Eeden, een onafhankelijke organisatie voor sociaal-medische expertise, dat is gespecialiseerd in de advisering op het terrein van zorg, wonen en welzijn.
- Mevrouw Petra Veldman, theoloog en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en preventiemedewerker bij de Symfora Groep, locatie Gooi en Vechtstreek.
- De heer Cor Arends, geestelijk verzorger GGZ Symfora (Zon en Schild Amersfoort) en schrijver van *Het verlangen er bij te horen*.
- De heer Jaap Roosjen, theoloog en psychotherapeut en onder andere pastoraal counseler CSP en oud bestuurslid VGVZ.
- De heer Harm Gijsman, psychiater en manager zorg bij UMC Nijmegen.
- Mevrouw Adrienne Dercksen, hoofd communicatie bij Fonds Psychische Gezondheid. Via mevrouw Dercksen is ook veel schriftelijke informatie ontvangen.

Vragenlijst

Op grond van informatie uit de kwalitatieve voorstudie en na overleg met de opdrachtgever is een vragenlijst opgesteld. Deze vragenlijst is aan een aantal predikanten voorgelegd in een testversie. Hun reacties zijn verwerkt in de definitieve versie.

Voor de vragenlijst is een steekproef getrokken uit een bestand van (wijk)predikanten van de Protestantse Kerk in Nederland, zoals verstrekt door afdeling Logistiek van de Dienstenorganisatie van de PKN. 598 Predikanten zijn uitgenodigd om met een persoonlijke inlogcode de vragenlijst online in te vullen.

Even voor het verstrijken van de inzendtermijn is een e-mail verzonden in het kader van een non-responsanalyse. Een non-responsanalyse is in deze van belang, omdat we duidelijkheid willen hebben waarom mensen niet responderen. Het is immers mogelijk dat het aantal initiatieven binnen een gemeente gering is en dat pastores dan niet responderen omdat ze naar hun mening niet veel te melden hebben. In de non-respons vragenlijst is hier expliciet naar gevraagd.

Uitvoering

Het veldwerk voor het onderzoek vond plaats in de maanden mei en juni 2008. Van de 598 aangeschreven gemeentepredikanten, ontvingen we van 169 een bruikbare reactie. De respons ligt daarmee op 28%
De respons is bijgewogen naar gemeentegrootte om zoveel mogelijk een representatief beeld te krijgen.

Uit een aanvullend non-respons onderzoek lijkt dat er geen vertekening in de gegevens is. Een nadere uitwerking van representativiteit en non-responsanalyse is opgenomen in de bijlage.

2 Kenmerken van predikanten

2.1 Achtergrondkenmerken

In dit onderzoek is naar een aantal kenmerken en meningen van de predikanten gevraagd. We geven ze hier kort en bondig weer. Deze kenmerken en meningen zijn ook gebruikt in de verdere analyse: zijn er verschillen tussen de predikanten op grond van deze gegevens te vinden? We nemen die verschillen alleen op wanneer ze statistisch significant en theoretisch relevant zijn.

Bijna driekwart (73% van de predikanten) is man, de gemiddelde leeftijd is 43 jaar, de jongste responderende predikant is 22, de oudste 60. De volgende tabel geeft de leeftijdsverdeling.

tabel 2.1 Leeftijdscategorieën van predikanten (n= 152, in %)

<i>leeftijd</i>	
35 jaar of jonger	21
36 - 45 jaar	36
46 - 55 jaar	35
55 jaar en ouder	8

Meer dan de helft van de respondenten blijkt jonger dan 46. De gemiddelde aanstelling van de respondenten is 0,82 fte, de meesten zijn fulltimers. De aanstelling van de predikanten staat in de volgende tabel; die indeling houden we in dit onderzoek aan.

tabel 2.2 Omvang aanstelling in fte (n=152, in %)

<i>omvang aanstelling</i>	
halftime (0,50) of minder	18
0,51 - 0,66	12
0,67 - 0,83 ²	11
fulltime (1,00)	59

Van de respondenten geven er 76 (de helft) aan in een wijkgemeente te werken. In die wijkgemeentes werken gemiddeld 1,3 predikanten, inclusief de respondent zelf. Van die 76 is 78% de enige wijkpredikant.

² Dit is de hoogst gemelde parttime aanstelling

Kijken we naar alle respondenten, dus predikanten in zowel wijkgemeentes als gemeentes zonder wijkstructuur, dan werken zij in gemeentes met gemiddeld 2,4 predikanten (inclusief de respondent zelf); 55% is de enige predikant in de betreffende gemeente.

58% is geïnteresseerd in het project *Ruimte voor anderszijn*, 38% heeft behoefte aan ondersteuning bij initiatieven voor psychiatrische patiënten, mensen met psychische problemen en/of de naastbetrokkenen van deze groepen.

2.2 Kennis omtrent psychiatrische aandoeningen

We vroegen de respondenten of ze geïnteresseerd zijn in de thematiek van dit onderzoek en of ze vinden hier voldoende over te hebben geleerd of te weten. Dit zou, zo is de gedachte, een belangrijk achtergrondkenmerk kunnen zijn: predikanten die geïnteresseerd zijn in deze thematiek zijn wellicht meer betrokken bij psychiatrische patiënten, mensen met psychische problemen en hun naastbetrokkenen en nemen mogelijk ook meer initiatieven voor hen (of preciezer: de gemeente waarin zij werkzaam zijn, neemt meer initiatieven).

15% van de predikanten vindt dat er (ruim) voldoende aandacht aan psychiatrische ziektebeeld en psychische problemen is besteed in hun studie; 35% vindt het iets te weinig, 45% veel te weinig. Het zal dan ook niet verbazen dat veel respondenten aangeven behoefte te hebben aan meer kennis over psychiatrie en psychische problemen: 92% heeft daar veel of enige behoefte aan.

Vrijwel alle vrouwelijke predikanten vond de aandacht voor psychiatrische ziektebeelden en psychische problemen in de studie te weinig. We vinden ook een samenhang naar modaliteit op de vraag of men behoefte heeft aan meer kennis over psychiatrie en psychische problemen. Vrijzinnigen, predikanten die zich modern noemen en confessionele predikanten zeggen vrijwel allemaal dat ze meer kennis zouden willen. Binnen de Gereformeerde Bonds predikanten zegt 12% hier geen behoefte aan te hebben.

Zeven van de tien predikanten geeft aan (zeer) geïnteresseerd te zijn in psychiatrische ziektebeelden of psychische problemen; niemand is daar niet of nauwelijks in geïnteresseerd.

Geïnteresseerd zijn is nog niet hetzelfde als informatie verzamelen. We hebben daar dan ook naar gevraagd. 7% zoekt vaak of geregeld op internet naar informatie over psychiatrie en psychische problemen (b.v. op de site van Fonds Psychische Gezondheid), eenderde leest er boeken of tijdschriften over. Er is wel een verband. Wie geïnteresseerd is zoekt meer op internet en leest meer over de thematiek; de minst geïnteresseerden lezen en zoeken minder.

Daarbij blijkt ook dat jongere predikanten naar verhouding iets vaker aangeven dat ze boeken of tijdschriften lezen over psychiatrie en psychische problemen (35% van de predikanten van 34 jaar of jonger, tegenover 15% van de predikanten van 55 jaar en ouder).

Al met al zegt 59% niet voldoende te weten over psychiatrie en psychische problemen om het vak als predikant/pastor naar behoren uit voeren, getuige de volgende tabel.

tabel 2.3 Zelfrapportage van kennis van psychiatrie en psychische problemen met het oog op functioneren als pastor (n= 152, in %)

ruim voldoende	6
voldoende	34
iets te weinig	49
veel te weinig	10
weet niet / geen mening	1

Vrouwelijke predikanten vinden vaker dat ze voldoende weten van psychiatrie en psychische problemen om hun vak als pastor naar behoren uit te oefenen: 35% van de mannen, tegenover 59% van de vrouwelijke predikanten.

Deze laatste uitkomst is opvallend omdat vrouwen vaker aangeven dat er in de studie te weinig aandacht is besteed aan psychiatrische ziektebeelden en psychische problemen. Toch vinden vrouwelijke predikanten vervolgens dat ze wel voldoende in huis hebben om hun vak als pastor uit te oefenen. Mogelijk zit die mening van vrouwen niet in de hoeveelheid kennis die ze hebben vergaard, of hadden kunnen vergaren.

3 Opmerkzaamheid en houding

Voorafgaand aan de feitelijke inventarisatie van initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen vroegen we in hoeverre predikanten en gemeentes opmerkzaam zijn op de thematiek van dit onderzoek alsmede naar het beleid in de gemeente. Ook vroegen we in hoeverre predikanten vinden dat gemeentes aandacht aan de thematiek van dit onderzoek moeten besteden. Dit laatste wordt in paragraaf 3.2 besproken.

In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk worden dan de feitelijke contacten geïnventariseerd.

3.1 Opmerkzaamheid en beleid

De volgende twee tabellen geven de antwoorden weer op de vraag in hoeverre predikanten en gemeentes opmerkzaam zijn op de aanwezigheid van de verschillende groepen in hun gemeentes. Er is zowel gevraagd in hoeverre pastores zelf opmerkzaam zijn op de vier genoemde groepen (“Als pastor ben ik opmerkzaam op de aanwezigheid van ...”), als de vraag in hoeverre er binnen de gemeente als geheel specifieke beleidsmatige aandacht is (“Binnen onze kerkelijke gemeente is er specifieke beleidsmatige aandacht voor de aanwezigheid van ...”). Let op, hier zit een accentverschil. Bij predikanten gaat het om opmerkzaamheid, bij de gemeentes om beleidsmatige aandacht.

tabel 3.1 Opmerkzaamheid op verschillende groepen van predikant (n= 148-152, in %)

	(zeer) opmerkzaam	enigszins opmerkzaam	niet of nauwelijks opmerkzaam
psychiatrische patiënten	80	16	4
naasten van patiënten	66	28	6
mensen met ps. prob.	83	17	0
naasten van mensen met ps. prob.	74	21	5

ps.prob = psychische problemen

Pastores blijken over het algemeen opmerkzaam te zijn op psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen en op de naastbetrokkenen van beide groepen. Slechts een minderheid zegt dat ze niet of nauwelijks opmerkzaam zijn op deze groepen. De opmerkzaamheid op de doelgroep zelf is daarbij groter dan op de naastbetrokkenen ervan. Naasten van psychiatrische patiënten zijn daarbij weer het minst onder de aandacht (maar nog altijd bij tweederde).

Wanneer we de opmerkzaamheid van predikanten nader analyseren, blijkt leeftijd zelden een onderscheidend criterium te zijn. Het is dus niet zo dat juist de jongere of juist de oudere predikanten zich opmerkzamer vinden.

We zien wel een verband tussen kennis en opmerkzaamheid. Die pastores die zeggen dat ze (ruim) voldoende weten van psychiatrie en psychische problemen om hun vak als pastor naar behoren uit te voeren, melden iets vaker dat ze opmerkzaam zijn op de aanwezigheid van psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen en hun naastbetrokkenen.

Predikanten die aangeven vaak of geregeld boeken of tijdschriften te lezen over psychiatrie en psychische problemen, geven ook vaker aan opmerkzaam te zijn. Dit geldt overigens niet als het de naastbetrokkenen van de psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen betreft.

Tot slot blijkt er een lichte samenhang te zijn tussen predikanten die aangeven (zeer) geïnteresseerd te zijn in psychiatrische ziektebeelden of psychische problemen en de mate waarin men opmerkzaam is. Naar mate men meer geïnteresseerd is, is men ook meer opmerkzaam.

De mate van specifieke beleidsmatige aandacht door kerkelijke gemeentes geeft het volgende beeld.

Tabel 3.2 Mate van specifieke beleidsmatige aandacht voor verschillende groepen door gemeentes (n= 148-152, in %)

	<i>niet of</i>			
	<i>grote mate van aandacht</i>	<i>enige mate van aandacht</i>	<i>nauwelijks aandacht</i>	<i>weet niet/geen mening</i>
psychiatrische patiënten	8	19	73	0
naasten van patiënten	6	20	73	1
mensen met ps. prob.	13	26	60	1
naasten van mensen met ps. prob.	17	23	59	1

ps.prob = psychische problemen

Specifieke beleidsmatige aandacht van de gemeente voor naasten van mensen met psychische problemen blijkt het vaakst genoemd.

Er zijn opmerkelijke verschillen tussen de opmerkzaamheid van predikanten en de specifieke beleidsmatige aandacht van de gemeentes. Predikanten melden veel vaker opmerkzaamheid. Maar dat vertaalt zich dus blijkbaar niet in specifieke beleidsmatige aandacht.

Daarnaast leert vergelijking van de tabellen ook dat predikanten vooral opmerkzaam zijn op psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen,

terwijl de specifieke beleidsmatige aandacht zich het vaakst richt op naasten van mensen met psychische problemen.

Nadere analyse van de specifieke beleidsmatige aandacht van de gemeente en achtergrondkenmerken van predikanten levert in de meeste gevallen geen significante verbanden op. Wel zien we dat gemeentes met predikanten die aangeven dat ze (ruim) voldoende weten van psychiatrie en psychische problemen, vaker specifieke beleidsmatige aandacht melden voor naasten van psychiatrische patiënten. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat die predikanten, door hun kennis van de thematiek, de gemeente ook weet te wijzen op de impact voor de naastbetrokkenen van de patiënten. Dat die relatie niet een op een is, blijkt uit het feit dat veel meer predikanten melden opmerkzaam te zijn dan dat gemeentes specifieke beleidsmatige aandacht schenken. Dat lijkt erop te duiden dat de opmerkzaamheid van predikanten wel van belang is, maar niet alles bepalend.

3.2 Houding

In hoeverre er binnen een kerkelijke gemeente aandacht is en initiatieven zijn voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen en hun naastbetrokkenen is onderwerp van deze paragraaf. We onderscheiden hier drie soorten houdingen, te weten ‘we hoeven niet’, ‘we weten niet’ en ‘we kunnen niet’. Het ‘we hoeven niet’ is op twee wijzen vertaald. Allereerst kijken we in hoeverre predikanten het als een taak zien dat de kerkelijke gemeente initiatieven neemt (tabel 3.4).

Vervolgens vullen we het ‘we hoeven niet’ expliciet in dat kerkelijke gemeentes vinden dat ze niet zelf initiatieven hoeven te nemen omdat ze hier geen eigen taak voor de kerk ligt. Er zijn namelijk al leden van de gemeente betrokken bij initiatieven (tabel 3.3).

Met ‘we weten niet’ (tabel 3.5) is uitgedrukt dat de kerkelijke gemeente niet weet welke initiatieven ze zou kunnen nemen. Het draait hier dan vooral om onkunde.

Tot slot is met ‘we kunnen niet’ (tabel 3.6) de onmacht uitgedrukt; kerkelijke gemeentes geven hier aan of het hen aan tijd ontbreekt.

Zo gezien staan de verschillende benaderingen in een rij. Allereerst gaat het om het (bijna) principiële uitgangspunt of men vindt dat de kerk initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen en hun naastbetrokkenen moet nemen. Vervolgens vindt dat een toespitsing in de vraag of die gevoelde noodzaak al dan niet ontbreekt vanwege het feit dat kerkmensen al

actief zijn. Daarna komt de vraag op of men weet wat men kan doen en of er tijd beschikbaar is.

Meer dan tweederde van de gemeentes ziet het een taak om initiatieven te nemen voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen en hun naastbetrokkenen, getuige de volgende tabel³.

Tabel 3.3 Mate waarin men het een taak vindt initiatieven te ondernemen (n= 149, in %)

	<i>(helemaal) mee eens</i>	<i>noch eens / noch oneens</i>	<i>(helemaal) oneens</i>	<i>weet niet / geen mening</i>
psychiatrische patiënten	66	16	13	5
naasten van patiënten	71	17	8	4
mensen met ps. problemen	78	12	7	3
naasten van mensen met ps. prob.	78	10	8	4

Slechts een klein deel (een tiende tot een achtste) van de kerkelijke gemeentes vindt dat *ze* zelf geen extra initiatieven *hoeven* te nemen voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen en hun naasten, volgens tabel 3.4. Er is dus blijkbaar een flinke groep die wèl een taak voor de kerkelijke gemeente ziet op het vlak van initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen en hun naastbetrokkenen⁴.

tabel 3.4 Mate van 'we hoeven niet' (n= 147-148, in %)

	<i>(zeer) van toepassing</i>	<i>enigszins van toepassing</i>	<i>niet of nauwelijks van toepas- sing</i>	<i>weet niet / geen mening</i>
psychiatrische patiënten	12	27	54	7
naasten van patiënten	8	28	56	8
mensen met ps. problemen	12	27	53	8
naasten van mensen met ps. prob.	10	31	50	9

Tabel 3.5 toont dat redelijk veel kerkelijke gemeentes niet *weten* welke specifieke initiatieven ze zouden moeten nemen⁵. Dat geldt het sterkst voor initiatieven

³ Letterlijk: "We vinden het niet tot onze taak horen specifieke initiatieven te nemen voor ...". Voor de tabel zijn de antwoorden 'omgepoold': de uitspraak is hier positief geformuleerd.

⁴ Letterlijk: "Wij hoeven als kerkelijke gemeente zelf geen initiatieven te nemen, omdat er al leden van onze gemeente betrokken zijn bij initiatieven voor ..."

⁵ Letterlijk: "We zouden niet weten welke specifieke initiatieven we zouden moeten nemen voor ..."

voor psychiatrische patiënten, namelijk voor 40%. Daar staat tegenover dat er ook een flink percentage (tussen 24% en 34%) gemeentes is dat niet verlegen is met die taak.

Tabel 3.5 Mate van 'we weten niet' (n= 147-148, in %)

	(zeer) van toepassing	enigszins van toepassing	niet of nauwelijks van toepas- sing	weet niet / geen mening
psychiatrische patiënten	40	35	24	1
naasten van patiënten	34	37	28	1
mensen met ps. problemen	31	38	30	1
naasten van mensen met ps. prob.	29	36	34	1

Rond een derde zegt daadwerkelijk tijd te hebben voor initiatieven en rond een derde heeft juist geen tijd daarvoor⁶. We drukken dat uit in 'we kunnen niet'.

Tabel 3.6 Mate van 'we kunnen niet' (n= 147-148, in %)

	(zeer) van toepassing	enigszins van toepassing	niet of nauwelijks van toepas- sing	weet niet / geen mening
psychiatrische patiënten	34	35	28	3
naasten van patiënten	29	37	31	3
mensen met ps. problemen	26	34	38	2
naasten van mensen met ps. prob.	24	34	39	3

Uit deze serie tabellen valt af te leiden dat ruim twee derde het een taak van de kerk vindt om initiatieven te ondernemen voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen en hun naastbetrokkenen.

Vervolgens blijkt dat een klein deel vindt dat kerkelijke gemeentes hier geen taak zien omdat gemeenteleden al actief zijn op dit terrein. Blijkbaar hoort voor veel gemeentes aandacht voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen en hun naastbetrokkenen tot het aandachtsveld van de kerk en moet de kerk dit zelf waarmaken.

Rond eenderde zou niet weten welke specifieke initiatieven ze zouden moeten nemen en tussen een kwart en eenderde van de gemeentes moet aangeven dat ze

⁶ Letterlijk: "Het ontbreekt onze gemeente aan tijd en mensenkracht voor het nemen van initiatieven voor..."

te weinig tijd hebben om initiatieven voor de doelgroep te nemen. Het minst tijd heeft men voor initiatieven voor psychiatrische patiënten. Blijkbaar wordt deze groep als het meest intensief gezien.

Men ziet al met al wel een taak of opdracht, maar bij een deel van de gemeentes is verlegenheid rond de invulling van de taak en is er soms een tijdsprobleem.

We zien geen vermeldenswaardige verschillen als we kijken naar de modaliteit van de betreffende gemeentes.

3.3 Feitelijke contacten

In deze paragraaf beschrijven we met welke groepen de gemeentes contact hebben.

Daarbij onderscheiden we zoals gebruikelijk de vier groepen: psychiatrische patiënten, mensen met psychische problemen, naastbetrokkenen van psychiatrische patiënten en naastbetrokkenen van mensen met psychische problemen. Binnen deze vier groepen is een nader onderscheid te maken naar de vraag of men de contacten heeft met uitsluitend gemeenteleden, uitsluitend niet-gemeenteleden of met zowel gemeenteleden als niet-gemeenteleden. Natuurlijk is het ook mogelijk dat men dat niet weet.

Uit tabel 3.7 kunnen zo verschillende gegevens worden afgeleid. Allereerst de vraag of er überhaupt sprake is van contact. De percentages staan in de eerste rij. Vervolgens wordt een nader onderscheid gemaakt met wie die contacten plaatsvinden.

tabel 3.7 Feitelijke contact (n= 152,in %)

	<i>psychiatrische patiënten</i>	<i>naasten van patiënten</i>	<i>mensen met ps. problemen</i>	<i>naasten van mensen met ps. prob.</i>
geen contact	15	14	5	9
uitsluitend gemeenteleden	40	43	55	47
deels gem.leden, deels niet-gem. leden	44	43	40	43
uitsluitend niet-gemeenteleden	1	0	0	0
weet niet /geen mening	0	0	0	1
TOTAAL	100	100	100	100

ps.prob = psychische problemen

Uit de tabel blijkt dat rond de 15% van de kerkelijke gemeentes in de afgelopen drie jaar geen contact heeft gehad met psychiatrische patiënten noch met de

naastbetrokkenen van hen. Wanneer er wel contact met deze groepen is, betreft dat meestal gemeenteleden (namelijk 40% uitsluitend gemeenteleden plus de 44% die meldt dat er deels gemeenteleden bij die contacten betrokken zijn). Maar, zo blijkt ook uit de tabel, de contacten zijn zeker niet exclusief met gemeenteleden. Om en nabij twee van de vijf gemeentes meldt dat ze deels met gemeenteleden en deels met niet-gemeenteleden contacten hebben.

Voor de mensen met psychische problemen liggen de percentages anders. Veel meer kerkelijke gemeentes hebben contact met hen. Bij de helft van de gemeentes betreft het dan uitsluitend gemeenteleden. Maar ook hier heeft men ook contact met niet-gemeenteleden.

Bijna één op de tien gemeentes heeft de afgelopen drie jaar geen contact gehad met de naastbetrokkenen van mensen met psychiatrische problemen.

Nadere onderscheiding van contact met psychiatrische patiënten

Bij de contacten met *psychiatrische patiënten* vroegen we naar een nader onderscheid.

tabel 3.8 Nadere onderscheiding binnen groep van psychiatrische patiënten (meer dan één antwoord mogelijk, n= 130, in %)

zelfstandig wonend	75
in dagbehandeling	64
begeleid wonend	40
grotendeels in kliniek wonend	39
geen vaste woonplaats (meer)	9
weet niet / niet van toepassing	3
anders	2

Kerkelijke gemeentes hebben met alle groepen psychiatrische patiënten wel contacten, maar met zelfstandig wonenden veruit het meest. Mensen zonder vaste woonplaats behoren tot een minderheid van de contacten.

Al met al blijken dus de meeste gemeentes wel contacten te hebben met de doelgroep, waarbij de contacten met mensen met psychische problemen vaker voorkomen.

Tot slot wijzen we hier nog op het verschil tussen tabel 3.1 en tabel 3.7. Daar zit een vreemde discrepantie. Zo geeft 80% van de predikanten aan (zeer) opmerkzaam te zijn op psychiatrische patiënten, terwijl 85% van de gemeentes aangeeft contact met hen te hebben. Iets soortgelijks zien we bij de overige groepen.

Eveneens is die discrepantie te zien tussen tabel 3.2 en tabel 3.7, waar het gaat om de specifieke beleidsmatige aandacht en de feitelijke contacten.

Dit laat zich vermoedelijk verklaren vanuit de categorie ‘enigszins opmerkzaam’ in tabel 3.1 en ‘enige mate van beleidsmatige aandacht’ in tabel 3.2. Predikanten en kerkelijke gemeentes doen hun feitelijke contacten niet alleen op, omdat ze (zeer) opmerkzaam zijn op de genoemde groepen; ook als men enigszins opmerkzaam is, kan dat al tot contacten leiden.

Daarnaast komt een contact natuurlijk niet alleen tot stand op initiatief van predikant of gemeente. De percentages feitelijke contacten ontstaan ook als psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen of hun naastbetrokkenen zelf contact opnemen. Daar hoeft geen enkele vorm van opmerkzaamheid (of specifiek beleidsmatige aandacht) aan te pas te komen.

4 Initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen

Dit hoofdstuk beschrijft allereerst welke initiatieven gemeentes nemen. Aansluitend beantwoordt paragraaf 4.2 de vraag welke initiatieven genomen worden.

4.1 Initiatieven algemeen

In het onderzoek hebben we naar een aantal specifieke activiteiten en initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen gevraagd.

Het betreft:

- pastoraal contact;
- maatjesproject of vriendendienst;
- inloophuis;
- financiële steun;
- praktische begeleiding.

Voorafgaand is in algemene termen gevraagd of de afgelopen drie jaar binnen de kerkelijke gemeente de hiervoor genoemde initiatieven plaatsvonden. De antwoordverdeling is als volgt.

tabel 4.1 Aanwezigheid van initiatieven in de afgelopen 3 jaar (n= 152, in %)

ja, een of meer van voornoemde initiatieven	62
nee, geen specifieke initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen, maar ze waren wel bij meer algemene activiteiten betrokken	23
nee, geen van de genoemde initiatieven maar wel andere	1
nee, geen van de genoemde initiatieven	12
weet niet	2

Bijna tweederde van de gemeentes meldt dat er kerkelijke initiatieven en activiteiten zijn. In 23% van de gemeentes zijn er geen specifieke initiatieven, maar zijn psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen bij meer algemene activiteiten en initiatieven betrokken.

We hebben vervolgens onderzocht of er een nader onderscheid te maken is in voornoemde gegevens: is deze 62% nader te duiden?

Er blijkt dan een verband tussen modaliteit en het hebben van initiatieven. Gemeentes die door de predikant worden aangeduid als modern of vrijzinnig,

gereformeerde bond of confessioneel melden vaker initiatieven. Bij gemeentes die als ‘midden’ worden aangeduid, zijn er ongeveer net zo veel gemeentes die wel initiatieven melden als gemeentes die dat niet doen. Van evangelische gemeentes hebben we te weinig gegevens.

Ook grotere gemeentes melden meer initiatieven. Hiervan geven we de situatie in een tabel weer. Deze gegevens zijn in de tabel opgenomen.

tabel 4.2 Initiatieven naar gemeentegrootte (n= 150, in %)

	wel initiatieven	geen initiatieven
kleiner dan 250 leden	46	54
250 - 500 leden	74	26
500 - 1.500 leden	67	33
meer dan 1.500 leden	62	38
TOTAAL GEMIDDELD	63	37

Er is een verband tussen interesse die predikanten hebben in psychiatrische ziektebeelden en het al of niet nemen van initiatieven. Predikanten die (zeer) geïnteresseerd zijn melden aanmerkelijk vaker initiatieven (namelijk 71% tegenover 41% van de predikanten die deze interesse niet melden).

4.2 Nadere uitwerking van initiatieven

De voorgelegde initiatieven staan in tabel 4.3 nader uitgewerkt. Na de tabel volgt eerst een toelichting op die tabel, dan een interpretatie van de gegevens.

tabel 4.3 Overzicht initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen (in %)

	1	2	3	4	5	6
kerkelijke gemeentes met activiteiten		20	17	42	46	44
<i>voorkomen van activiteit</i>						
initiatief van gemeente		5	3	17	14	16
gemeente bij initiatief betrokken		7	10	19	18	15
kerkmensen doen mee, geen eigen initiatief		8	4	6	14	13
niet deze activiteit		80	83	58	54	56
<i>indien activiteiten, wie is erbij betrokken</i>						
predikant	83	33	22	34	36	26
ouderling en bezoekermedewerkers	66	33	16	13	19	26
diaconie	37	29	62	79	49	47
speciale groep	6	14	24	3	7	16
anders	8	15	9	2	2	7
n=	(152)	(30)	(26)	(65)	(70)	(67)
<i>indien activiteiten, voor wie zijn die</i>						
psychiatrische patiënten	6	23	4	5	2	4
mensen met ps. problemen	10	15	8	28	21	21
beide groepen	84	51	85	56	55	74
weet niet	0	11	3	11	22	1

- 1 pastoraal contact
- 2 maatjesproject of vriendendienst
- 3 inloophuis
- 4 financiële steun en hulp bij schuldsanering
- 5 begeleiding in contacten met instanties
- 6 praktische hulp

Toelichting op de tabel

We legden zes initiatieven of activiteiten aan de respondenten voor, per initiatief wordt gerapporteerd. De initiatieven staan in de kolommen van de tabel aangegeven met nummers; naar welke nummers de initiatieven verwijzen staat onder de tabel.

Allereerst werd gevraagd of het initiatief voorkomt. Het percentage kerkelijke gemeentes met dit initiatief staat in de rij 'kerkelijke gemeentes met activiteiten'. Hoe het initiatief in relatie tot de kerkelijke gemeente voorkomt is het volgende blokje in de tabel, aangeduid met 'voorkomen van activiteit'. Bij pastoraal contact is dat evident, dus daar is die vraag niet gesteld. De vraag had de volgende antwoordcategorieën:

- activiteit of initiatief is een initiatief van de eigen kerkelijke gemeente (in de tabel aangeduid met 'van gemeente');

- het betreft een initiatief waar de eigen kerkelijke gemeente bij betrokken is (in tabel aangeduid met ‘gemeente bij betrokken’);
- kerkmensen doen mee aan niet-kerkelijk initiatief (in tabel aangeduid met ‘kerkmensen doen mee’);
- niet van toepassing; in sommige gevallen hebben de respondenten geen antwoord gegeven op de vraag, bijvoorbeeld omdat ze om dit hele blokje vragen werden heengeleid. Deze percentages zijn ook in niet van toepassing opgenomen.

Aan de respondenten die een van de eerste drie antwoorden hebben gegeven, dus ‘van gemeente’, ‘gemeente bij betrokken’, ‘kerkmensen doen mee’, hebben we gevraagd wie bij de organisatie en uitvoering betrokken zijn. Daar zijn meerdere antwoorden mogelijk, dus tellen de percentages over de 100%. Het aantal respondenten dat deze vraag beantwoordde staat weer aangegeven met n=.

Vervolgens komt aan de orde op wie het initiatief zich richt, of wie de doelgroep is. Dit is aangeduid met ‘indien activiteiten voor wie zijn die’. De percentages tellen weer op tot 100%.

Ter illustratie lichten we de gegevens rond het maatjesproject (kolom 2) toe. In 20% (n.l. 5%+7%+8%; percentage staat ook op de eerste rij) van de kerkelijke gemeentes is er een kerkelijke betrokkenheid bij maatjesprojecten voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen. Dat concluderen we op grond van de antwoorden van alle 152 respondenten. Deze 20% wordt in dit onderzoek gevormd door 30 respondenten (dat is dezelfde 30 die tussen haakjes staat bij n= onder het blokje ‘indien activiteiten, wie is erbij betrokken’). Deze 30 geven antwoord op de vraag wie betrokken is bij organisatie en uitvoering. Voor het maatjesproject is dat in eenderde van de gevallen de predikant en in eenderde van de gevallen ouderlingen of bezoekmedewerkers. In 15% van de gevallen waar kerkelijke betrokkenheid bij een maatjesproject is, is daarvoor een speciale groep opgericht.

In ruim de helft van de gevallen waar kerkelijke betrokkenheid bij een maatjesproject is, richt men zich op zowel psychiatrische patiënten als op mensen met psychische problemen (n.l. de genoemde 51% bij antwoord ‘beide groepen’).

Interpretatie van de gegevens

Wanneer we pastoraal contact niet meerekenen – we gaan er vanuit dat dit in iedere gemeente voorkomt – is begeleiding in contacten met instanties (kolom 5) het meest genoemde initiatief. Bijna de helft van de kerkelijke gemeentes meldt dit.

Predikanten zijn bij alle initiatieven betrokken, maar niet bij ieder initiatief is een predikant betrokken. Anders gezegd: er is geen enkel initiatief waar 0% van de predikanten betrokkenheid bij melden. Maar bij 78% van de inloophuizen heeft de predikant geen betrokkenheid bij organisatie of uitvoering.

We zien in de tabel ook de taakverdeling tussen pastoraat en diaconaat terug. Bij de meer praktische initiatieven (vanaf nummer 3) zijn meer diaconieën dan ouderlingen en bezoekermedewerkers betrokken. Bij pastoraal contact zijn weer meer ouderlingen en bezoekermedewerkers betrokken. Het maatjesproject of de vriendendienst is een soort tussenvorm en dat blijkt ook uit de percentages van betrokken ouderlingen en diaconieën.

Het oprichten van speciale groepen komt wel voor, maar niet vaak. Uitzondering is rond het inloophuis waar in een kwart van de gevallen een speciale groep is.

In telkens meer dan de helft van de gevallen wordt er geen onderscheid gemaakt naar psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen. Alleen van het maatjesproject wordt gezegd dat het zich vaker op psychiatrische patiënten richt dan op mensen met psychische problemen.

Het inloophuis is het minst genoemde initiatief, slechts 17% van de responderende wijkgemeentes meldt het inloophuis als kerkelijk initiatief voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen. Bij het inloophuis is relatief het vaakst een speciale groep betrokken.

5 Initiatieven voor naastbetrokkenen

In navolging van het vorige hoofdstuk beschrijft dit hoofdstuk allereerst welke initiatieven gemeentes nemen. Aansluitend beantwoordt paragraaf 5.2 de vraag welke initiatieven genomen worden.

5.1 Initiatieven algemeen

In het onderzoek hebben we naar een aantal specifieke activiteiten en initiatieven voor naastbetrokkenen van psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen gevraagd. Het betreft de volgende activiteiten en initiatieven:

- pastoraal contact;
- respijtzorg of andere vormen van zorg en hulp om mensen te verlichten bij hun zorgtaken;
- ontmoetingsbijeenkomsten zoals Alzheimercafé, inloopavonden of -middagen, gespreksgroepen;
- voorlichtingsbijeenkomsten of informatieve bijeenkomsten, themabijeenkomsten;
- lotgenotencontact.

Voorafgaand aan een uitwerking per initiatief is in algemene termen gevraagd of de afgelopen drie jaar binnen de kerkelijke gemeente de genoemde initiatieven plaatsvonden. De antwoordverdeling is als volgt.

tabel 5.1 Aanwezigheid van initiatieven (n= 152, in %)

ja, een of meer van voornoemde initiatieven	49
nee, geen specifieke initiatieven voor naastbetrokkenen maar ze waren wel bij meer algemene activiteiten betrokken	26
nee, geen van de genoemde initiatieven maar wel andere	1
nee, geen van de genoemde initiatieven	20
weet niet	4

De helft van de gemeentes meldt dat er initiatieven en activiteiten zijn. In 26% van de gemeentes zijn er geen speciale initiatieven maar zijn naastbetrokkenen van psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen bij meer algemene activiteiten en initiatieven betrokken.

Op soortgelijke wijze als in het vorige hoofdstuk onderzoeken we of er nadere onderscheidingen gemaakt kunnen worden tussen gemeentes. We vinden hier relatief weinig samenhangen die specifiek op de gemeente betrekking hebben. Wel blijkt dat als predikanten van zichzelf melden dat ze voldoende weten van psychiatrie en psychische problemen, of als ze aangeven boeken en tijdschriften te lezen hierover, dat hun gemeente vaker initiatieven voor de naastbetrokkenen van psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen heeft.

5.2 Overzicht van initiatieven

De initiatieven staan in een soortgelijke tabel als die in het vorige hoofdstuk. Expliciete toelichting kan daar worden gevonden (pagina 25). Na de tabel volgt daarom gelijk een interpretatie van de gegevens.

tabel 5.2 Overzicht initiatieven voor naastbetrokkenen van psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen (in %)

	1	2	3	4	5
kerkelijke gemeentes met activiteiten		28	20	28	18
<i>voorkomen van activiteit</i>					
initiatief van gemeente		10	2	7	1
gemeente bij initiatief betrokken		8	6	7	3
kerkmensen doen mee, geen eigen initiatief		10	12	14	14
niet deze activiteit		72	80	72	82
<i>indien activiteiten, wie is erbij betrokken</i>					
predikant	98	33	21	30	21
ouderling en bezoekermedewerkers	81	38	25	22	16
diaconie	26	41	25	14	14
speciale groep	5	10	10	14	3
anders	2	13	5	6	4
n=	(113)	(44)	(30)	(43)	(26)
<i>indien activiteiten, voor wie zijn die</i>					
naasten van ps. patiënten	7	8	3	1	16
naasten van mensen met ps.prob.	9	5	14	28	17
beide groepen	84	84	71	68	67
weet niet	0	3	12	3	0

1 pastoraal contact;

2 respijtzorg of andere vormen van zorg en hulp om mensen te verlichten bij hun zorgtaken;

3 ontmoetingsbijeenkomsten zoals Alzheimercafé, inloopavonden of -middagen, gespreksgroepen;

4 voorlichtingsbijeenkomsten of informatieve bijeenkomsten, themabijeenkomsten;

5 lotgenotencontact.

ps = psychiatrische patiënten

ps.prob = psychische problemen

Interpretatie van de gegevens

Evenals bij de initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen gaan we er hier vanuit dat pastoraal contact overal voorkomt. We zien dat binnen dat pastoraal contact bij uitzondering onderscheid wordt gemaakt naar de twee onderscheiden groepen naastbetrokkenen.

Respijtzorg en voorlichtingsbijeenkomsten vormen de meest genoemde initiatieven en wel bij drie van de tien wijkgemeentes. Eenvijfde van de wijkgemeentes meldt ontmoetingsbijeenkomsten en lotgenotencontacten. In de meeste gevallen gaat het dan om initiatieven waar kerkmensen bij betrokken zijn en niet zozeer initiatieven van de kerk zelf.

Ook nu weer geldt dat er predikanten bij alle initiatieven betrokken zijn, maar dat niet bij ieder initiatief een predikant betrokken is. Bijvoorbeeld bij tweederde van de respijtzorg heeft de predikant geen betrokkenheid bij organisatie of uitvoering.

In de meeste gevallen wordt geen onderscheid gemaakt of het initiatieven zijn voor naastbetrokkenen van psychiatrische patiënten of van mensen met psychische problemen. Uitzondering vormen de voorlichtingsbijeenkomsten. Hier zegt 28% van de respondenten expliciet dat het om naastbetrokkenen van psychiatrische patiënten betreft. Blijkbaar wordt dit gezien als een groep die expliciete aandacht verdient.

6 Meningen, wensen en behoeften

We legden een aantal stellingen aan de respondenten voor over meningen, wensen en behoeften van kerkelijke gemeentes ten aanzien van initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen en hun naastbetrokkenen en de kerkelijke betrokkenheid bij deze groepen. De volgende tabel geeft de samenvattende percentages van de instemming, die van helemaal eens tot helemaal mee oneens loopt.

We wijzen er hier nog eens uitdrukkelijk op dat dit de antwoorden en meningen zijn van individuele predikanten. Dit in tegenstelling tot de gegevens uit de voorgaande hoofdstukken, waar de predikanten rapporteren over de situatie van hun gemeente.

De uitspraken zijn in vrij algemene termen geformuleerd. Daarbij maken we een onderscheid tussen uitspraken over de landelijke kerk, kerkelijke gemeentes en de kerk in het algemeen.

tabel 6.1 Meningen t.a.v. kerkelijke initiatieven (n= , in %)

	(hele- maal) eens	eens, noch oneens	(hele- maal) oneens
<i>landelijke kerk</i>			
de landelijke kerk zou de overheid moeten stimuleren steun te verlenen aan psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen	60	28	12
de landelijke kerk zou meer ondersteuning moeten bieden aan plaatselijke initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen	40	39	21
<i>kerkelijke gemeentes</i>			
kerkelijke gemeentes zouden meer initiatieven moeten nemen tbv naastbetrokkenen van psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen	53	38	9
kerkelijke gemeentes zouden meer initiatieven moeten nemen tbv psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen	36	49	15
<i>kerk in het algemeen</i>			
er is vanuit de kerk te weinig aandacht voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen en hun naastbetrokkenen	24	50	26
de kerk moet aansluiting zoeken bij bestaande niet-kerkelijke initiatieven en niet zelf dingen organiseren	24	56	20
de taak van de kerk is het om mensen te bemoedigen en ondersteunen en niet activiteiten te organiseren	16	36	48
de kerk moet niet zelf initiatieven nemen voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen	13	31	56
de kerk moet geen aandacht vragen of initiatieven nemen voor aparte groepen, want daar zijn er zo veel van, daar is bijna geen beginnen aan	10	25	65
<i>overig</i>			
extra aandacht vragen voor mensen met psychische problemen werkt eerder stigmatiserend dan integrerend	40	50	10

Zes van de tien predikanten zien een duidelijke taak voor de landelijke kerk richting de overheid. Ze zien daarbij de landelijke kerk liever optreden naar de overheid dan dat de landelijke kerk ondersteuning moet bieden aan plaatselijke initiatieven.

Op lokaal niveau ziet men vaker een taak voor initiatieven voor naastbetrokkenen dan voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen zelf. Dat hangt wellicht samen met het feit dat men vindt dat steun aan psychiatrische

patiënten en mensen met psychische problemen (ook) een taak van de overheid is.

Het feit dat men de taak van de lokale kerk eerder ziet bij naastbetrokkenen dan bij psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen zelf, kan wellicht ook verklaren waarom een vijfde geen landelijke taak ziet bij ondersteuning voor initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen.

Er bestaat aarzeling of de kerk, in algemene termen, te weinig aandacht aan psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen schenkt en of de kerk meer aansluiting moet zoeken bij bestaande initiatieven. Maar wanneer de uitspraken expliciet afwijzend worden (niet zelf initiatieven want er zijn zoveel groepen die aandacht nodig hebben, de kerk heeft een eigen taak in bemoedigen), vinden we weinig instemming. Ongeveer een op de tien respondenten vindt bijvoorbeeld dat de kerk geen aandacht moet vragen voor aparte groepen of psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen⁷. Daaruit valt af te leiden dat een project als *Ruimte voor anderszijn* op brede steun kan rekenen, want de uitspraken die juist niet om actieve betrokkenheid vragen, scoren het laagst.

Bij nadere analyse vonden we enkele significante verbanden. Zo blijkt de *grootte* van de gemeente op enkele uitspraken verschil te maken. Predikanten uit kleinere gemeentes vinden naar verhouding vaker dat de kerkelijke gemeentes niet meer initiatieven zouden moeten nemen voor de naastbetrokkenen van psychiatrische patiënten en van mensen met psychische problemen, en voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen zelf. Zij vinden ook niet dat er vanuit de kerk te weinig aandacht is voor deze groepen.

Het lijkt dat predikanten van kleinere gemeentes aangeven dat ze de handen al vol hebben. Een andere verklaring kan zijn dat zij in kleinere gemeentes naar verhouding minder met de thematiek van dit onderzoek te maken hebben en zich daarom wat terughoudend opstellen.

We vonden vervolgens enkele verschillen tussen predikanten die aangeven wel of niet over *voldoende kennis* van psychiatrie en psychische problemen te beschikken om hun taak als pastor uit te voeren. Zij die vinden dat ze voldoende weten, hebben minder behoefte aan landelijke ondersteuning aan plaatselijke initiatieven. Ook vinden deze predikanten vaker dat er genoeg aandacht is voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen en hun naastbetrokkenen. Het blijkt dat ze naar verhouding vaker vinden dat de kerk geen aandacht moet vragen of initiatieven moet nemen voor aparte groepen, omdat daar al zo veel van zijn.

⁷ In het non-respons onderzoek vonden we een soortgelijke uitkomst.

Blijkbaar is het feit dat deze predikanten zich competent genoeg voelen, reden dat ze er alleen wel uitkomen.

Verder vonden we ook nog enkele opvallende verschillen binnen de groep predikanten die aangeeft *geïnteresseerd* te zijn in psychiatrische ziektebeelden en psychische problemen. Zij vinden bijvoorbeeld dat de kerkelijke gemeentes meer initiatieven moeten nemen voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen. Ook vinden ze dat de landelijke kerk meer ondersteuning zou moeten bieden aan plaatselijke initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen. Daarbij is deze groep van predikanten met de genoemde interesse het juist niet eens met de stellingen “De taak van de kerk is het om mensen te bemoedigen en ondersteunen en niet activiteiten organiseren” en “De kerk moet geen aandacht vragen of initiatieven nemen voor aparte groepen, want daar zijn er al zo veel van, daar is bijna geen beginnen aan”. Het is duidelijk dat de interesse in psychiatrie en psychische ziektebeelden met zich meebrengt dat men wèl een taak voor de kerk ziet binnen deze thematiek.

Tot slot wijzen we nog op een aantal interessante significante verbanden tussen de genoemde uitspraken en de omvang van de aanstelling. Het is vooral de groep met aanstelling tussen halftime en tweederde die het minst instemmen met de stelling dat de kerk meer initiatieven moet nemen, ondersteuning moet bieden of aandacht moet vragen.

Ter illustratie geven we in een tabel zo’n uitsplitsing weer van de uitspraak “De kerk moet geen aandacht vragen of initiatieven nemen voor aparte groepen, want daar zijn er al zo veel van, daar is bijna geen beginnen aan”.

tabel 6.2 Wel of geen kerkelijke aandacht vragen voor groepen, uitgesplitst naar omvang van aanstelling (n= 149, in %)

	$\leq 0,50$	0,51- 0,66	0,67-0,83*	1,0
(helemaal) mee eens	8	35	0	8
deels eens, deels oneens	20	12	19	28
(helemaal) oneens	72	53	81	64
TOTAAL	100	100	100	100

* 0,83 is grootste gemelde parttime aanstelling

Opvallend is de naar verhouding grote mate van instemming (35%) door de predikanten met aanstellingen tussen halftime en twee derde. Dat verschil laat zich niet eenvoudig weg verklaren uit het feit dat men een kleine aanstelling heeft en daarom de tijd wil bewaken. Immers, predikanten met de kleinste aanstellingen zijn namelijk minder terughoudend in hun instemming.

Een betere verklaring zou het volgende kunnen zijn. Het is mogelijk dat de predikanten met de kleinste aanstelling de thematiek onderkennen maar zien dat binnen hun relatief kleine instelling zij niet veel kunnen doen. De groep tussen halftime en tweederde heeft een aanstelling die groot genoeg is om veel gemeentewerk te doen, maar niet groot genoeg om ook nog eens extra taken rond psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen en hun naastbetrokkenen erbij te hebben. Predikanten met grotere aanstellingen zijn vervolgens geneigd om de taken weer wel op te willen pakken. In het hoofdstuk conclusie en discussie wordt hierop teruggekomen.

6.1 Eigen kerkelijke gemeente

Vervolgens diepten we enkele zaken over de lokale betrokkenheid verder uit. De uitkomsten daarvan staan in de volgende tabel gepresenteerd.

tabel 6.3 Wensen t.a.v. initiatieven (n= , in %)

	<i>helemaal en deels van toepassing</i>	<i>neutraal</i>	<i>niet van toepassing</i>	<i>?</i>
onze kerkelijke gemeente heeft belangstelling voor samenwerking met maatschappelijke organisaties op het gebied van initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen	52	26	14	8
onze kerkelijke gemeente wil meer geïnformeerd worden over kerkelijke initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen	48	37	11	4
onze kerkelijke gemeente heeft belangstelling voor samenwerking met andere kerken op het gebied van initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen	42	24	24	8
onze kerkelijke gemeente wil meer ondersteuning bij initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen	34	35	25	6
als onze kerkelijke gemeente te maken krijgen met psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen, hebben we voldoende in huis om daar goed mee om te gaan	34	39	25	2

? = weet niet, geen mening of nooit over nagedacht

Meer dan de helft van de predikanten geeft aan dat hun gemeente belangstelling heeft voor samenwerking met maatschappelijke organisaties. Ook zegt bijna de helft dat hun gemeente meer geïnformeerd wil worden over kerkelijke initiatieven.

We staan hier ook nog stil bij laatste twee antwoorden. Eenderde zegt dat ze meer ondersteuning willen, eenderde zegt dat ze over voldoende know-how beschikken. Er blijkt echter geen statistisch verband tussen deze uitspraken te zijn. Het is dus niet zo dat de extra ondersteuning juist door die predikanten wordt gevraagd waar men vindt te weinig in huis te hebben. Een en ander betekent dan wel dat er ook predikanten zijn die zeggen dat hun gemeente te weinig know-how heeft en toch niet meer ondersteuning wil.

Ook hier zoeken we naar significante verbanden met te onderscheiden groepen. Statistische significant en theoretisch relevant zijn de verbanden tussen de mate waarin predikanten aangeven voldoende over psychiatrie en psychische problemen te weten om hun vak als pastor naar behoren uit te voeren enerzijds en de uitspraken dat de eigen kerkelijke gemeente belangstelling heeft voor samenwerking met andere kerken en met maatschappelijke instellingen anderzijds. Ook geven deze predikanten aan dat hun gemeentes wel meer ondersteuning willen bij initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen. Daarentegen vinden ze juist niet dat ze voldoende in huis hebben om goed met psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen om te gaan. Voldoende weten is blijkbaar een houding: je hebt je verdiept in de thematiek, kunt het gebruiken in de rol als pastor maar wil nu wel graag samenwerking en ziet ook dat je daarvoor niet voldoende in huis hebt.

Het tweede interessante verband is tussen de mate waarin predikanten boeken en tijdschriften over de thematiek van dit onderzoek lezen en de belangstelling voor samenwerking met andere kerken en met maatschappelijke instellingen. Ook blijkt er een verband te zijn tussen de mate waarin men aangeeft geïnteresseerd te zijn in psychiatrische ziektebeelden en psychische problemen en een drietal items. De predikanten die meer geïnteresseerd zijn zeggen naar verhouding vaker dat ze meer geïnformeerd willen worden, en hebben meer belangstelling voor samenwerking met andere kerken. Ook willen ze meer ondersteuning bij initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen. Blijkbaar treffen we ook hier een bepaalde houding ten aanzien van de thematiek. Men is geïnteresseerd en wil ook graag vanuit de kerkelijke gemeente actief en betrokken zijn.

Tot slot tonen we twee tabellen waarin de relatie met de omvang van de aanstelling naar voren komt. Let er op dat in de eerste tabel de mate van instemming wordt weer gegeven en in de tweede tabel juist de mate waarin de uitspraak níet van toepassing is.

Tabel 6.4 Helemaal of deels van toepassing naar aanstelling (n= 147, in %)

	$\leq 0,50$	0,51- 0,66	0,67- 0,83	1,0
als onze kerkelijke gemeente te maken krijgt met psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen, hebben we voldoende in huis om daar goed mee om te gaan	24	81	35	30

Tabel 6.5 Niet van toepassing naar aanstelling (n= 140, in %)

	$\leq 0,50$	0,51- 0,66	0,67- 0,83	1,0
onze kerkelijke gemeente heeft belangstelling voor samenwerking met andere kerken op het gebied van initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen	35	62	15	22

Ook hier zien we de ‘uitzondering’ bij de groep met aanstellingen tussen halftime en tweederde. Deze constatering sluit aan bij wat eerder is opgemerkt.

7 Conclusie en discussie

Dit onderzoek beantwoordt de vraag welke initiatieven voor mensen met psychische aandoeningen en hun naastbetrokkenen er bestaan binnen lokale kerkelijke wijkgemeentes van de Protestantse Kerk in Nederland. Bij mensen met psychische aandoeningen maken we daarbij een onderscheid tussen psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen.

Het blijkt dat in 62% van de kerkelijke wijkgemeentes dergelijke initiatieven bestaan en dat in 49% van de kerkelijke wijkgemeentes initiatieven voor naastbetrokkenen van mensen met psychische aandoeningen worden genomen. Daarnaast zijn er ook initiatieven die niet speciaal voor de genoemde groepen worden georganiseerd, maar waar zij wel bij aanwezig zijn. Vooral de genoemde 62% laat zien dat er in veel kerkelijke wijkgemeentes ruimte is voor mensen die ‘anders zijn’.

Een nadere onderscheiding binnen de initiatieven toont dat – naast pastorale contacten – begeleiding bij contacten met instanties alsmede praktische hulp en financiële steun de meest voorkomende initiatieven zijn. Die initiatieven horen vooral tot het takenpakket van de diaconie. Ongeveer een kwart tot eenderde van de predikanten is bij de initiatieven betrokken.

Wanneer we het hebben over initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen gaat het zowel om gemeenteleden als om niet-gemeenteleden. In het geval van psychiatrische patiënten betreft het slechts in een klein aantal gevallen patiënten zonder vaste woonplaats. Meestal betreft het zelfstandig wonenden of mensen in dagbehandeling. Precies zoals het in de vooronderstellingen van dit onderzoek is geformuleerd, namelijk de extramurale patiënten.

Bij initiatieven voor naastbetrokkenen gaat het vooral – naast pastoraal contact – om respijtzorg en voorlichtingsbijeenkomsten. Respijtzorg blijkt zowel een taak van de diaconie, als van ouderlingen en bezoekmedewerkers, als van predikanten. Bij voorlichting zijn predikanten het vaakst betrokken. Het betreft telkens zowel initiatieven voor gemeenteleden als voor niet-gemeenteleden.

Kleinere gemeentes zijn minder actief, evenals predikanten met kleinere aanstelling. We zien hier twee mogelijke oorzaken.

Binnen kleinere gemeentes komen getalsmatig minder vaak psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen voor en dus is er minder behoefte om initiatieven te ontplooien. Een tweede mogelijke verklaring kan zijn dat de kleinere gemeentes minder slagvaardigheid hebben om initiatieven te ontplooien.

Veel predikanten blijken opmerkzaam te zijn op de groep waarop dit onderzoek zich richt. Opmerkzaam zijn betekent nog niet gelijk dat er op het niveau van de (wijk)gemeentes beleidsmatige aandacht is. Minder dan één of de vijf gemeentes meldt namelijk beleidsmatige aandacht.

Dat doet vermoeden dat het nemen van initiatieven afhankelijk is van individuele initiatieven van mensen, met name predikanten. En dan vooral die predikanten die het een en ander weten van en lezen over psychiatrie, psychiatrische ziektebeelden en psychische problemen.

Om initiatieven te ontplooien is een aantal zaken nodig; we noemen onder andere een zekere opmerkzaamheid en aandacht. Die bleek, zoals hiervoor aangegeven, aanwezig te zijn bij predikanten die geïnteresseerd zijn in de onderhavige thematiek.

Ook moet men het nemen van initiatieven als een taak van de kerk zien en een zekere noodzaak voelen. Meer dan tweederde van de gemeentes ziet het als taak om initiatieven te nemen en meer dan de helft van de gemeentes vindt dat zij wel extra initiatieven hoeven te nemen voor de verschillende groepen.

Daarnaast moet er ook daadwerkelijk tijd zijn om initiatieven te kunnen nemen. Die tijd is schaars en dat geldt het sterkst bij de kleinere gemeentes.

Vervolgens moet men weten wat je kunt doen en welke initiatieven je kunt ontplooien. Uit het onderzoek blijkt dat dit voor veel predikanten niet duidelijk is.

Dat brengt ons bij een ander onderdeel van dit onderzoek, namelijk vragen over wensen en behoeften van de kerkelijke gemeentes en meningen over de onderhavige thematiek. Het blijkt dan lastig om daar eenduidige beelden uit te halen.

Veel predikanten (60%) zijn het er wel over eens dat de landelijke kerk de overheid moet stimuleren om steun te verlenen aan psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen. Rond een op de tien vindt dat de kerk zich helemaal niet met de thematiek moet bezighouden. Daartussen zit onder andere een groep van 40% die vindt dat de landelijke kerk extra ondersteuning moet bieden aan plaatselijke initiatieven. Dit onderzoek is daar een voorbereiding voor. Maar eveneens is er een groep van 40% die zegt, dat extra aandacht vragen voor mensen met psychische problemen eerder stigmatiserend werkt en daarmee dus juist niet bijdraagt aan ruimte voor anderszijn.

Ook hier zien we trouwens weer de genoemde nadere onderverdelingen. Kleinere gemeentes en predikanten met aanstellingen tussen halftime en tweederde stellen zich terughoudender op. Daarnaast blijkt betrokkenheid bij de thematiek, zich uitend in voldoende kennis, en geïnteresseerd zijn, juist positief te correleren met behoefte aan ondersteuning.

In dit rapport hebben we getracht een verklaring te formuleren waarom juist predikanten met aanstellingen tussen halftime en tweederde meer terughoudend zijn. Het verband is blijkbaar niet eenduidig dat hoe kleiner de aanstelling is, des te meer terughoudend men is.

We suggereerden dat de genoemde groep parttimers een aanstelling hebben die groot genoeg is, om te denken vanuit een volledig takenpakket. Deze predikanten worden wellicht geacht alle taken die behoren bij het predikantschap, te vervullen, maar alleen van alles wat minder. In dat geval zullen ze met hun beperkte aanstelling, er geen behoefte aan hebben hun takenpakket uit te breiden.

Dit rapport laat, samenvattend, zien dat er redelijk wat initiatieven zijn voor mensen met psychische aandoeningen en dat er tevens door een aantal gemeentes verdere ondersteuning wordt gewenst.

Tevens laat dit rapport zien dat betrokkenheid bij de thematiek met zich meebrengt dat men de thematiek ook op de kerkelijke agenda wil zien. Het omgekeerde is dan ook waar. Wanneer de kerk aandacht en initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen en hun naastbetrokkenen wil genereren, is het nodig dat predikanten en gemeentes het een en ander weten van de thematiek.

Dat weten van de thematiek is niet alleen een kwestie van wat predikanten in de opleiding krijgen. Mede ook omdat het niet alleen om predikanten gaat, als we kerkelijke initiatieven inventariseren. Juist ook diaconieën zijn betrokken.

Om het project *Ruimte voor anderszijn* verder uit te bouwen in kerkelijk Nederland zal het van belang zijn om met geïnteresseerde en betrokken gemeentes verder te gaan en om andere gemeentes te engageren aan de thematiek door interesse te wekken. Vanuit die interesse zal dan bij veel gemeentes de vraag opkomen voor nadere ondersteuning bij het nemen van initiatieven.

Bijlage: Respons en representativiteit

In deze bijlage worden twee zaken nader uitgewerkt te weten de representativiteit en de non-respons. Met representativiteit wordt bedoeld of de gegevens die we hebben verzameld, een afspiegeling vormen van wat er binnen alle wijkgemeentes van de Protestantse Kerk leeft. In welke mate dat het geval is wordt besproken in paragraaf a.a.

Met non-respons wordt bedoeld de groep die niet aan het onderzoek deelneemt. Wanneer zij relevante informatie achterhouden, zullen we moeten proberen de achterblijvende informatie te repareren. We voeren daarom een non-responsanalyse uit om te zien of er inderdaad informatie achterblijft. Dit wordt besproken in paragraaf a.b.

Een derde aspect van de kwaliteit van het onderzoek noemen we hier kort, namelijk de vraag in hoeverre de vragenlijst als adequaat wordt gezien. 86% van de respondenten geeft aan dat ze voldoende hebben kunnen aangeven wat de betrokkenheid van henzelf en van hun kerkelijke gemeente is; 12% zegt dat ze dat 'eigenlijk niet' konden, 3% zegt dat ze dit 'beslist niet' konden. We concluderen daaruit dat slechts een minderheid zaken niet in de vragenlijst kwijt kon.

a.a Representativiteit

In deze paragraaf komt aan de orde in hoeverre de respons van het hoofdonderzoek als representatieve afspiegeling van alle kerkelijke gemeentes van de PKN kan worden gezien. En als dat niet zo blijkt te zijn, komt de vraag op of er gegevens voorhanden zijn op grond waarvan we de antwoorden kunnen bijwegen? Daarvoor kijken we enerzijds de gemeentegrootte en anderzijds de regio als achtergrondkenmerken. Van deze twee items hebben we namelijk gegevens zowel uit het onderzoek als van de hele populatie.

tabel i Vergelijking onderzoeksgroep met landelijke indeling (in %)

<i>provincie</i>	<i>landelijke verdeling</i>	<i>respons</i>
Friesland	15	9
Groningen-Drenthe	14	6
Overijssel-Flevoland	8	11
Gelderland	15	19
Utrecht	6	11
Noord-Holland	8	11
Zuid-Holland	19	21
Zeeland	6	5
Noord-Brabant - Limburg	8	7
Waalse Gemeentes	1	0

tabel ii Vergelijking respons naar gemeentegrootte (in %)

<i>categorie</i>	<i>landelijke verdeling</i>	<i>respons</i>
tot 250 leden	22	6
250-500 leden	23	15
500-1.500 leden	36	32
meer dan 1.500 leden	19	47

leden is hier: belijdende leden en doopleden

Noch de regionale verdeling, noch de indeling naar grootte geeft een juiste afspiegeling. Nu blijkt er echter geen significante samenhang te zijn tussen initiatieven voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen zijn enerzijds en regio anderzijds. Anders gezegd: uit het onderzoek blijkt niet dat er in de ene regio (provincie) aanmerkelijk meer initiatieven plaatsvinden dan in de andere regio.

Dat is wel zo als het om gemeentegrootte gaat. De data worden daarom gewogen naar gemeentegrootte, zodat de onderzoeksgroep representatief is naar het relevante item gemeentegrootte.

a.b Selectieve non-respons

Voor dit onderzoek zijn 598 gemeentepredikanten benaderd; van 169 van hen kregen we reactie, wat neerkomt op een respons van 28%. De vraag is nu of er sprake is van een selectieve non-respons, dat wil zeggen, dat een specifieke groep niet mee heeft gedaan aan het onderzoek.

Om daar zicht op te krijgen hebben we een week voor de sluitingstermijn een herinnering gestuurd aan alle predikanten die de vragenlijst nog niet hadden

ingevuld. Aan hen is gevraagd de vragenlijst alsnog in te vullen of via een korte online vragenlijst aan te geven waarom ze niet aan het onderzoek hebben deelgenomen. Hiertoe verstuurd we aan 396 predikanten per e-mail een herinnering en oproep. Van hen vulde een aantal alsnog de vragenlijst in, antwoorden ruim 25 per e-mail dat ze om verschillende redenen niet mee konden doen aan het onderzoek (noch aan de non-responsanalyse) en vulden uiteindelijk 129 de non-responsvragen in. Meer dan eenderde van de predikanten die aanvankelijk niet repondeerden, gaf dus aan waarom ze niet hadden meegedaan. Hun antwoorden staan in onderstaande tabel.

tabel iii Weergave van non-respons (meerdere antwoorden mogelijk, n= 129, in %)

<i>reden</i>	
<i>selectieve non-respons</i>	
Onze kerkelijke gemeente heeft zo goed als geen betrokkenheid bij kerkelijke initiatieven rondom psychiatrische patiënten, mensen met psychische problemen en hun naastbetrokkenen; er valt daarom niets te melden.	23
<i>niet-selectieve non-respons</i>	
Ik heb tot nu toe geen tijd gehad om de vragenlijst in te vullen.	36
Ik houd niet van enquêtes invullen.	17
Ik werk nog maar te kort in deze gemeente om de vragenlijst goed in te kunnen vullen.	10
De vragen gaan over pastorale zaken en daarover kan of wil ik geen mededelingen doen.	3
Ik zou extra informatie moeten inwinnen of vergaderen over de vragenlijst en dat is nog niet gebeurd.	2
Ik ben niet de aangewezen persoon om deze vragenlijst in te vullen.	2
De vragenlijst was veel te lang en/of te ingewikkeld.	0
Anders, namelijk (voornamelijk niet-selectieve non-respons)	39

Uit deze tabel blijkt dat 23% van de mensen die de vragenlijst niet hebben ingevuld, dat hebben nagelaten, omdat ze geen relevante informatie hebben te melden.

Het meest gegeven antwoord is ‘anders namelijk’; daar worden diverse antwoorden gegeven. Sommigen waren vergeten de vragenlijst in te vullen, anderen waren op vakantie. Soms meldt men expliciet dat de gemeente erg klein is en men incidenteel op persoonlijk vlak wel met mensen met psychische problemen te maken krijgt. In uitzonderlijke gevallen zijn de antwoorden bij ‘anders namelijk’ relevant voor de interpretatie van de non-respons.

Om toch enige indicatie te krijgen van de houding ten opzichte van de gedachte achter het project *Ruimte voor anderszijn* hebben we de non-respondenten ook een stelling voorgelegd. De verdeling van de antwoorden ziet er als volgt uit.

tabel iv Houding t.o.v. gedachte achter Ruimte voor anderszijn (n=129, in %)

stelling	
Het is goed dat de kerk specifiek aandacht vraagt voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen.	85
De kerk moet niet speciaal aandacht besteden aan psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen.	7
Weet niet / geen mening.	8

Uit de gegevens van de voorgaande twee tabellen valt af te leiden dat de meeste non-respondenten niet onwelwillend tegenover specifieke aandacht voor psychiatrische patiënten en mensen met psychische problemen van de kerken staan. Dat de non-respondenten niet aan het onderzoek meededen is voor een kwart te verklaren uit het feit dat ze niets te melden hebben op dit punt. Voor ruim een derde geldt dat ze geen tijd hebben gehad om mee te doen. Dit laatste duiden we als niet-selectieve non-respons.

Hoe is de geconstateerde 23% die in de non-responsanalyse zegt dat er niets te melden valt nu te interpreteren? In het hoofdonderzoek hebben we gevraagd of de onderzoeksgemeentes initiatieven voor psychiatrische patiënten of mensen met psychische problemen hebben. Daarop antwoordt 36% dat er geen initiatieven zijn.

Vergelijking van de non-responsanalyse en het hoofdonderzoek laat dan zien dat het niet zo is dat respondenten niet hebben deelgenomen aan het onderzoek omdat ze geen initiatieven kunnen melden. Er is dus geen selectieve non-respons voor zover het de vraag naar de gevraagde initiatieven betreft. Met andere woorden: het beeld uit het onderzoek is in dit opzicht representatief.