

GGZ en Diversiteit: Prevalentie en Zorgkwaliteit

Programmeringsstudie 'Etniciteit en gezondheid' voor ZonMw

November 2008

Prof. Dr. Marrie Bekker, Hoogleraar Klinische Psychologie
Department Ontwikkelings-, Klinische en Cross-Culturele Psychologie
Universiteit van Tilburg

Prof. Dr. Janneke van Mens-Verhulst
Emeritus-hoogleraar Bijzondere leerstoel Theorie en Praktijk van de
Vrouwengezondheidszorg
Universiteit voor Humanistiek; Universiteit van Utrecht

INHOUD

Hoofdstuk 1 Introductie

- 1.1 Achtergrond en Probleemstelling
- 1.2 Methode

Hoofdstuk 2

Prevalentie en aard van psychische stoornissen bij allochtone cliënten in Nederland: Wat is hierover bekend en welke kennisvragen zijn er?

- 2.1 Enkele overwegingen vooraf
- 2.2 Angststoornissen
- 2.3 Stemmingsstoornissen
- 2.4 Eetstoornissen
- 2.5 Psychotische stoornissen; Schizofrenie
- 2.6 Somatoforme stoornissen
- 2.7 Eindconclusies bij Hoofdstuk 2

Hoofdstuk 3

Toegankelijkheid van de zorg voor allochtone cliënten in de GGZ

- 3.1 Introductie
- 3.2 Conceptueel model voor beschrijving, verklaring en verbetering van de toegankelijkheid voor etnische minderheden
- 3.3 Aanpak
- 3.4 Toegankelijkheid in soorten
- 3.5 Patiëntfactoren in relatie tot toegankelijkheid
- 3.6 Instellingsfactoren uit het oogpunt van interculturele toegankelijkheid
- 3.7 Interactiefactoren ofwel 'aansluiting'
- 3.8 Eindconclusies

Hoofdstuk 4

Kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg voor allochtone cliënten in Nederland: Wat is hierover bekend en welke kennisvragen zijn er?

- 4.1 Algemeen: veel good practices, explicitering van interculturele competentie, nauwelijks onderzoek
- 4.2 Angststoornissen
- 4.3 Stemmingsstoornissen
- 4.4 Eetstoornissen
- 4.5 Psychotische stoornissen; Schizofrenie
- 4.6 Somatoforme stoornissen
- 4.7 Eindconclusies Hoofdstuk 4

Hoofdstuk 5. Slotconclusies

- 5.1 Evaluatie van het gevonden en van de gevolgde methode
- 5.2 Aanbevelingen voor prioritering van toekomstig onderzoek

Literatuur

Column: Pijn¹

De aandacht voor de multiculturele samenleving heeft zich op veel domeinen gericht: gewoonten, omgangsvormen, normen en waarden, huisvesting, onderwijs, werkgelegenheid. Er is vaak gewezen op de nadelen en risico's van separatie en marginalisatie, en op de voordelen van assimilatie en integratie, waarbij kritische geesten de noodzaak tot twee- of meerzijdigheid daarvan beklemtonen. Werd aanvankelijk de nadruk gelegd op het recht op behoud van de eigen cultuur, de laatste tijd wordt meer gehamerd op de wenselijkheid van aanpassing aan de 'dominante' cultuur. Inclusief het behalen van het veelbesproken brevet van het Nederlands klompenburgerschap. Het domein van de gezondheidszorg is in de discussies relatief onderbelicht gebleven, even afgezien van onderwerpen als maagdenvlieshersteloperaties en meisjesbesnijdenis.

Cliënten van allochtone herkomst vinden steeds beter hun weg naar de gezondheidszorginstellingen, inclusief die voor geestelijke gezondheidszorg. Toch dringen zij daarin minder door dan autochtone cliënten. Van langdurige, inzichtgevende psychotherapie maken 'niet-geassimileerde' allochtone cliënten zelden gebruik. Als redenen daarvoor noemen therapeuten onder meer: dergelijke therapie sluit niet aan op de (hulp)vraag, deze cliëntgroep is meer gericht op het oplossen van problemen in het heden, minder geneigd om een proces van zelfexploratie aan te gaan, minder geneigd zichzelf op de voorgrond plaatsen en drie kwartier over zichzelf te praten, de veelal lichamelijke klachtbeleving strookt niet met het willen onderzoeken van psychische oorzaken.

Een praktijkvoorbeeld:

In de wachtkamer van de GGZ-instelling zit een in het zwart geklede, gesluierde vrouw met een uitgeput gezicht. Zij is doorverwezen door haar huisarts vanwege aanhoudende slaapproblemen en pijnklachten zonder aantoonbare medische oorzaak. Mevrouw B wordt vergezeld door haar echtgenoot, die in gebroken Nederlands vertelt dat het - al heel lang - niet goed gaat met zijn vrouw. Mevrouw loopt mee met de therapeut, voetje voor voetje strompelend. In de spreekkamer plaatst de therapeut een tolkentelefoon op het tafeltje tussen hen in. Mevrouw slaakt een diepe zucht, en leunt met haar in-witte gezicht op haar hand. Vanuit de telefoon klinkt inmiddels het Berbers van de tolk, die mevrouw welkom heet. Mevrouw houdt vanaf nu haar ogen op het toestel gericht; uit haar korte antwoorden op de vragen van de therapeut komt het volgende naar voren.

Zij is 51 jaar oud, woont samen met haar man en 11-jarige zoon, en heeft een 25-jarige getrouwde dochter. Ze woont 14 jaar in Nederland, en spreekt geen Nederlands. Elke nacht ligt ze uren wakker. Ze heeft geen eetlust, en 's nachts piekert ze over haar pijnklachten: zware hoofdpijn en spierpijnen door haar hele lijf. De klachten zijn ongeveer 13 jaar geleden ontstaan. Zijzelf kan geen oorzaak noemen. Gevraagd naar eventuele gebeurtenissen in haar leven uit die tijd, vertelt mevrouw dat ze destijds een pasgeboren, prematuur kind heeft verloren. Hierbij grijpt ze zuchtend en met gepijnigde blik naar haar hoofd. "God heeft dit zo gewild," zegt ze.

¹ Marrie Bekker, Univers, februari 2005

Is er volgens haar een verband tussen haar pijnklachten en het verlies van haar kind? Nee, zegt mevrouw, het is goed zo, God heeft alles in Zijn hand. Zit er een verloop in de hevigheid van haar pijnklachten? Ja, recentelijk zijn ze verergerd toen haar kleinkind doodging, ook te vroeg geboren. Mevrouw heeft buiten haar gezin geen verdere contacten, en wil dat zo houden. Ze houdt niet van praatjes en geroddel. Voordat ze klachten kreeg, werkte ze als schoonmaakster. Ze zou dolgraag weer willen werken, maar ziet gezien haar pijnklachten niet hoe. Deze mevrouw ziet niets in 'praten', ze zou niet weten waarover. Heeft de instelling waar ze nu is misschien nog andere medicijnen tegen de pijn dan haar huisarts haar steeds gaf?

Is de geringe doorstroming van allochtone cliënten naar de psychotherapie zorgwekkend? Vanuit cultuurrelativistisch oogpunt misschien niet. Er leiden immers veel wegen naar ..? Babylon? Psychotherapie is in ons land echter het belangrijkste aanbod bij bepaalde psychische, psycho-sociale, medisch-onverklaarde klachten. Vanuit gelijke-rechtenoogpunt zou iedereen hier in gelijke mate toegang toe moeten hebben. Is de therapie ongeschikt, dan zou zij vanuit dit perspectief geschikt gemaakt moeten worden. Of alternatieve, beter geschikte behandelingswijzen zouden daarnaast ook vergoed moeten worden. Is de afstemming (nog) niet goed, dan moet daaraan iets gedaan worden: voorlichting bijvoorbeeld en/of therapie-voorbereiding. Wederzijdse assimilatie dus, op het domein omgaan met lichamelijke problemen, moeilijke levensgebeurtenissen, emoties en relaties.

Mevrouw B is afgehaakt, "de hulpvraag sloot niet aan". Zou haar huisarts een nieuwe pijnstillers voorgeschreven hebben?

Hoofdstuk 1 Introductie

1.1 Achtergrond en Probleemstelling

De etnische diversiteit van cliëntenpopulaties in de Nederlandse gezondheidszorg neemt toe. In de praktijk van de zorg ervaren zowel zorgverleners als allochtone cliënten nog steeds grote knelpunten. Hieronder vindt u een overzicht zoals beschreven in studies als Bekker en Frederiks (2005) en Knipscheer en Kleber (2005).

Omvang en aard van de problematiek

Cijfers over de aard en prevalentie van verschillende stoornissen en andere vormen van psychisch onwelbevinden bij allochtone cliënten in ons land zijn nog schaars.

In-, uit-, en doorstroming

Ondanks de veel grotere, potentiële instroom is het aandeel allochtone cliënten in de GGZ weliswaar groot, zeker in de randstad, maar vaak is adequate diagnostiek niet mogelijk vanwege onvoldoende afstemming van het dominante diagnosticeringssysteem, DSM (IV), op de gepresenteerde klachten. Ook is er een relatief grote uitstroom naar bijvoorbeeld het AMW, terwijl wel degelijk (ook) van psychische stoornissen sprake is. Een aanzienlijk deel van het huidige zorgaanbod zou niet door allochtone vrouwen en mannen worden benut; het zou onvoldoende op hun (gepercipieerde) klachtbeleving zijn afgestemd. Er vindt nog onvoldoende psycho-educatie en voorlichting plaats voor en aan de GGZ-voordeur ten behoeve van (verschillende groepen) allochtone cliënten, waarbij het bovendien nog de vraag is hoe dit het beste zou kunnen gebeuren.

Aanpak, en aard van de bestaande praktijkkennis

Veel therapeuten tasten vaak in het duister over de juiste aanpak, ondanks hun vaak grote inzet voor en betrokkenheid bij de problemen rond multiculturaliteit en GGZ. De bestaande praktijkkennis is wel redelijk omvangrijk, maar gefragmenteerd van aard en onvoldoende gesystematiseerd. Er is onvoldoende samenhang; en methodologie en theorievorming blijven achter.

Evidence-based kennis ontbreekt

Ook is de bestaande praktijkkennis nog onvoldoende gevalideerd door wetenschappelijk onderzoek; evidence-based kennis ontbreekt vrijwel². De beschikbare wetenschappelijke kennis vertoont grote kennishiaten op het gebied van psychopathologie, migratie en culturele verschillen. Bestaande kennis met betrekking tot andere diversiteitsaspecten - met name sekse en gender - is nauwelijks geïntegreerd in de kennis over psychopathologie, therapie, cultuur en migratie. Met andere woorden, seksespecifieke hulpverlening en interculturalisatie zijn in hoge mate gescheiden circuits.

² Evidentie is de 'best' mogelijke kennis op basis van de ervaring van cliënten, praktijkervaring van professionals en experimenteel wetenschappelijk onderzoek.

De wèl beschikbare interculturele kennis was tot voor kort bovendien weinig stoornisspecifiek. De belangrijkste invalshoek is doorgaans die van allochtonen versus autochtonen; er is meestal nog te weinig differentiatie naar specifieke doelgroepen.

Hoewel er in de praktijk en in de vakliteratuur regelmatig wordt gesproken over ervaren knelpunten in de zorg aan allochtone cliënten, is hier in de verschillende werkvelden van de gezondheidszorg weinig systematisch onderzoek naar gedaan. Ditzelfde geldt voor het ontwikkelen en evalueren van strategieën die erop gericht zijn de kwaliteit van zorg aan allochtone cliënten te verbeteren

Doel- en vraagstelling

Eén van de doelstellingen van een onderzoeksprogramma dat bij ZonMw momenteel wordt uitgedacht, is dan ook om het wetenschappelijk onderzoek op dit terrein te stimuleren. Ons is gevraagd hierbij prioriteiten aan te geven, op basis van een overzicht van wat tot nu toe bekend is. Gezien voornoemde knelpunten is onderstaand overzicht opgezet rond de volgende *vragen*:

1. Wat is bekend over de prevalentie van psychische stoornissen en andere vormen van psychisch onwelbevinden bij migranten en welke kennishiaten zijn er? (Hoofdstuk 2);
2. Wat is bekend over de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor allochtone groepen in Nederland, en wat zijn op dat gebied eventuele kennishiaten? (Hoofdstuk 3); en
3. Wat is bekend over de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg voor allochtone groepen in Nederland, zijn er op dat gebied eventuele kennishiaten, en zo ja, welke? (Hoofdstuk 4).

Uitgaande van de beschikbare antwoorden op deze vragen zijn we nagegaan welke meer specifieke onderzoeksvragen in de nabije toekomst gesteld moeten worden, en welke eventuele andere oplossingsstrategieën mogelijk zijn (Hoofdstuk 5). Naast onze studie vonden twee andere studies plaats, onder leiding van Kunst (Erasmus Universiteit, Rotterdam, op het gebied van epidemiologie van somatische aandoeningen), en van Stronks (AMC, UvA) over zorgtoegankelijkheid en -kwaliteit met betrekking tot lichamelijke ziekten.

1.2 Methode

Zoekprocedures

Om antwoord te kunnen geven op bovenstaande onderzoeksvragen zijn we te rade gegaan bij de nationale literatuur en informatie uit de praktijk die de laatste jaren is verzameld binnen het Onderzoeksplatform GGZ en Diversiteit en beschikbaar is via websites van het RIVM, Mikado, en het TrimbosInstituut. Daarnaast hebben we de internationale literatuur geraadpleegd tot zover van toepassing op de Nederlandse geestelijke

gezondheidszorg en de Nederlandse migrantengroepen via searches in PsycInfo en PubMed aan de hand van (combinaties van) zoektermen als

- voor Hoofdstuk 2. Prevalentie: *migrants/ ethnic minority, Netherlands/ Europe, prevalence*; combinaties hiervan met achtereenvolgens *anxiety disorders, mood disorders/ depression, eating disorders, somatoform disorders, personality disorder*. Ingeval van psychiatrische hoofdcategorieën waarvan subcategorieën specifieke aandacht hebben gekregen in de praktijk of literatuur, is nog specifiek gezocht, bijvoorbeeld *Posttraumatische Stressstoornis (PTSD, suicide)*.
- voor Hoofdstuk 3: de voor dit hoofdstuk gevolgde Methode is te vinden onder Hoofdstuk 3, Aanpak.
- voor Hoofdstuk 4: Zorgkwaliteit: *therapy/ treatment/ CBT (cognitive-behavioral therapy), anxiety -/ mood-/ somatoform-/ eating-/ personality disorders, and migrants/ethnic (ook wel: Turkish/ Moroccan/Surinamese) and Netherlands/ Europe*

Beperkingen

Voor de hoofdstukken 2 en 4 hebben we ons, gedwongen door de beperkte tijdsduur van ons project, beperkt tot enkele belangrijke categorieën van stoornissen. Mildere vormen van onwelbevinden, zoals werkstress, burnout, etc. en vele andere typen stoornissen bleven buiten beschouwing. Ook buiten beschouwing bleven publicaties met betrekking tot kinderen/ jeugdigen; verslaving(szorg), psychofarmacologie.

De Relatie tussen Toegankelijkheid en Kwaliteit (met name van het 1^e contact)

In de hierna volgende hoofdstukken vindt u onze resultaten gerubriceerd per onderzoeksvraag. Hierbij zij opgemerkt dat de toegankelijkheid van de GGZ voor Nederlandse allochtonen valt en staat bij de kwaliteit van de geboden zorg, vooral bij het eerste contact: hoe beter het eerste contact, hoe meer de toegankelijkheid van de daarop volgende zorg gewaarborgd is. Zoals zal blijken, spelen zowel instellings- als hulpverlener- als cliëntgebonden factoren hier een belangrijke rol (zie hoofdstukken 3 en 4) en ook de studei van Stronks c.s.. Met name de paragrafen 3.12 tot en met 3.18, nu gerubriceerd onder Hoofdstuk 3, Toegankelijkheid, hadden om deze reden eventueel ook gerubriceerd kunnen worden onder Hoofdstuk 4, Kwaliteit van de Zorg.

Hoofdstuk 2 Prevalentie en aard van psychische stoornissen bij allochtone cliënten in Nederland: Wat is hierover bekend en welke kennishiaten zijn er?

2.1 Enkele overwegingen vooraf

Om prevalentie van stoornissen te kunnen vaststellen is nodig dat deze bij bij allochtone Nederlanders fenotypisch hetzelfde zijn als bij autochtone Nederlanders. Dat zal niet in alle gevallen van toepassing zijn. Zo is bijvoorbeeld van persoonlijkheidsstoornissen bekend dat ze op een bepaalde manier cultuurgevoelig zijn (bijv. Allik, 2005). Ook is het de vraag in hoeverre gedrag en belevingen van allochtonen die fenotypisch lijken op – bijvoorbeeld in DSM – als psychisch gestoord aangeduide gedragingen en belevingen, als zodanig begrepen moeten worden binnen de subcultuur van de desbetreffende groepen (bijv. Knipscheer en Kleber, 2005). Daarnaast zijn er tal van niet-Westerse stoornissen, subtypen angststoornissen bijvoorbeeld (APA, 2000), maar ook fenomenen als bezetenheid (e.g., Jansen, 1991) etc. die niet in gangbare prevalentie-metingen zijn opgenomen.

Een tweede punt is over welke specifieke migrantengroepen het hierbij gaat. Er is zeer grote verscheidenheid mogelijk in zowel symptomatologie van stoornissen alsook van achtergrondfactoren tussen diverse migrantengroepen die weer onder te verdelen zijn op basis van land van herkomst, generatie, reden voor migratie, etc. etc. Dit bepaalt dan een grote diversiteit in (potentiële) prevalentiecijfers. In een recent overzichtsartikel op dit gebied noemen de auteurs bijvoorbeeld prevalentiecijfers variërend tussen 3 en 81% voor depressie bij vluchtelingen met zeer verschillende achtergronden, en tussen 6 en 44% voor angst bij mensen die vanwege werkgelegenheid migreerden uit een verscheidenheid aan landen. De auteurs pleiten daarom voor meer studies van grote kwaliteit die gebruikmaken van representatieve, meer specifieke steekproeven (Lindert, Brähler, Wittig, Mielck, & Priebe, 2008).

Een volgende vraag – hiermee samenhangend, is in hoeverre prevalentiecijfers – indien niet beschikbaar voor Nederland – kunnen worden afgeleid uit andere, bijvoorbeeld Europese cijfers – indien beschikbaar? Ons inziens kan dat mits deze informatie toepasbaar is op en relevant voor de Nederlandse GGZ en de Nederlandse etnische minderheidsgroepen.

Conclusie: Prevalentie-onderzoek kan en moet ook andere stoornissen omvatten dan uitsluitend de reguliere DSM-IV stoornissen. Bij de reguliere DSM IV stoornissen moet rekening gehouden worden met de mogelijkheid van grote variatie in etnisch relevante afwijkingen ten opzichte van de gangbare criteria. Gebruikmaking van andere bronnen dan uitsluitend Nederlandse is mogelijk mits de bruikbaarheid en relevantie voor de Nederlandse situatie wordt aangegeven. Gebruikmaking van representatieve steekproeven van duidelijk omschreven (sub)populaties is van groot belang.

2.2 Angststoornissen

Naar de prevalentie van angststoornissen bij de algemene Nederlandse allochtonenbevolking is nog niet veel onderzoek gedaan.

Het meest recente en kwalitatief beste onderzoek naar de prevalentie van angst- en stemmingsstoornissen bij de algemene Nederlandse allochtonenbevolking is dat van de Wit en collega's (2006; 2008), uitgevoerd door de Amsterdamse GGD. Het betreft de prevalentie van zowel angst- als stemmingsstoornissen en zorggebruik onder Turkse, Marokkaanse, autochtoon-Nederlandse – en in beperkte mate Surinaamse en Antilliaanse inwoners van Amsterdam. Deze studie is mede gedaan omdat de twee eerdere studies (De Graaf et al., 2005; en Kamperman et al., 2002) geen representatieve steekproeven gebruikten voor wat betreft de onderzochte allochtonen; een tweede reden was gelegen in het feit dat de gebruikte screeningsinstrumenten voor algemene psychiatrische problemen zowel als depressiviteit in het bijzonder consistent hogere prevalenties tonen voor Turken en Marokkanen.

Uit de studie van de Wit en collega's bleek onder meer dat de lifetime prevalentie van angststoornissen varieerde van 14.9 voor Turks-Nederlandse volwassenen, tot 9.3 voor Marokkans-Nederlandse volwassenen en 11.5 voor autochtoon-Nederlandse volwassenen. De prevalentie was vooral onder Turken maar ook in de autochtoon-Nederlandse steekproef hoger voor vrouwen dan voor mannen. In de Marokkaanse steekproef bleken meer mannen dan vrouwen aan (een van) beide stoornissen te lijden. De verhoogde prevalenties bleken niet op rekening te komen van sociaal-economische verschillen. Wat dan wel oorzaken zijn, verdient nader onderzoek.

Genoemd onderzoek van de Wit et al. (2006; 2008) is representatief voor de Amsterdamse bevolking, en er zijn bruikbare ervaringen opgedaan met het bereiken en onderzoeken van de diverse allochtone groepen, en met de (goede) bruikbaarheid van een screeningsinstrument, de K10 (Kessler Psychological Distress Scale; Kessler & Mroczek, 1994).

Een onderzoek onder Afghaanse, Somalische en Iraakse vluchtelingen en asylzoekers in Nederland van Gerritsen et al. (2006) wees uit dat onder deze groepen relatief veel angst wordt gerapporteerd, vooral door de vrouwen en vooral door de ouderen.

In voornoemd onderzoek werd apart aandacht geschonken aan PTSD; prevalenties werden gevonden van 28.1 and 10.6% voor achtereenvolgens de asylzoekers en de vluchtelingen.

Conclusie: Over de prevalentie van angststoornissen bij andere dan de genoemde vier allochtone groepen en in andere delen van het land dan Amsterdam, is nog weinig bekend, laat staan in termen van de verschillende subtypen van angststoornissen. Een uitzondering hierop vormen de prevalenties van deze stoornissen bij de groepen Turkse en Marokkaanse ouderen, en bij volwassen asielzoekers en vluchtelingen, die alle overigens aanzienlijk hoger zijn dan onder autochtone Nederlanders (resp ouderen en volwassenen). De etiologische factoren van de verhoogde prevalentie in deze groepen verdienen nader onderzoek, evenals

de eventuele specifieke achtergronden van angststoornissen bij diverse allochtone groepen.

2.3 Stemmingsstoornissen

De prevalentie van stemmingsstoornissen is nog weinig onderzocht in de algemene migrantenpopulatie. Er zijn wel verschillende studies gedaan bij oudere (1^e generatie) Turkse en Marokkaanse migranten zoals door van der Wurff et al. (2004). De prevalentie van depressieve symptomen in deze groepen bleek enorm hoog te zijn ten opzichte van die bij oorspronkelijke Nederlanders. Dezelfde conclusie trekken Spijker et al. (2004) uit hun onderzoek, eveneens onder ouderen. Ook bleek dat de psychische en somatische symptomen van depressie onder genoemde etnische groepen meer samenhangen. Mogelijke etiologische factoren van de verhoogde prevalentie in de groepen Turkse en Marokkaanse ouderen verdienen nader onderzoek.

De onder Angststoornissen al genoemde studie van De Wit et al. (2006; 2008) onder Nederlandse Turken, Marokkanen, en enigszins Surinamers en Antillianen heeft zoals gezegd ook betrekking op depressie. Onder de Amsterdamse Turken bleek een lifetime prevalentie van 31.1%, onder de Marokkaanse Amsterdammers van 15.2%, respectievelijk hoger en lager dan het percentage bij de autochtoon-Nederlandse Amsterdammers (24.8%). De hogere prevalentie onder de Turkse respondenten komt overeen met de hogere prevalenties van symptomen van depressie onder asylzoekers en vluchtelingen zoals gerapporteerd door Gerritsen et al. (2006; zie ook Angststoornissen).

Zoals aangegeven onder Angststoornissen bleven de achtergronden van deze cijfers in het rapport van De Wit en collega's (2006; 2008) buiten beschouwing. Uit een meta-analyse van Swinnen en Selten (2007) over stemmingsstoornissen onder migranten bleek dat, anders dan bekend is over schizofrenie, geen samenhang te zijn met migratie wanneer mensen met een Afrikaanse en/of Caribische achtergrond buiten beschouwing werden gelaten.

In hoeverre is er meer bekend over de prevalentie van suïcide bij allochtonen, dat immers sterk aan depressie gerelateerd is en waarover in de GGZ en in de media af en toe veel te doen is geweest? Zo zijn er in oktober 2004 Kamervragen gesteld over een "verhoogd suïcide-risico" onder allochtone jongeren in Den Haag, en met name Hindoestaanse en Turkse meisjes en vrouwen. Volgens de website van Mikado was, gebaseerd op cijfers van 2002-2003 van de Medische Opvang Asielzoekers, ook onder vluchtelingen sprake van een verhoogd suïcide-risico. Garssen, Hoogenboezem en Kerkhof (2006) hebben, om meer te weten te komen over de prevalentie van suïcide bij allochtonen in vergelijking tot autochtonen, CBS-cijfers gekoppeld aan die van de gemeentelijke basisadministraties (GBA). Voor de grootste groepen allochtonen vonden zij beneden-(Nederlands) gemiddelde suïdecijfers bij Turken en Marokkanen, en boven-gemiddelde bij Surinamers. Onder jonge allochtonen met een niet-westerse achtergrond kwam relatief meer suïcide voor dan onder jonge autochtonen. Net als bij de autochtonen, kwam ook

bij de allochtonen meer suïcide voor onder mannen dan onder vrouwen, maar tussen de diverse etnische groepen waren op dit punt grote verschillen. Naar aanleiding van deze analyses lijkt verder determinantenonderzoek zeer wenselijk (Entzinger & Mackenbach, 2006).

Conclusie: Ook voor de prevalentie van stemmingstoornissen bij andere dan de genoemde vier allochtone groepen en in andere delen van het land dan Amsterdam geldt dat deze nog vrijwel onbekend is. Een uitzondering op de ontbrekende prevalentiecijfers rond stemmingsstoornissen vormen de prevalenties van deze stoornissen bij Turkse en Marokkaanse ouderen, die overigens sterk verhoogd zijn. Ook de etiologische factoren van de verhoogde prevalentie in deze oudere groepen verdienen nader onderzoek, evenals de eventuele specifieke achtergronden van stemmingstoornissen en van suïcide-risico bij diverse allochtone groepen, met name Surinamers en jonge allochtonen met een niet-westerse achtergrond.

2.4 Eetstoornissen

In Nederland is de prevalentie van eetstoornissen onder allochtonen nog niet onderzocht (Trimbos, 2006). Wel is uit de internationale literatuur bekend dat eetstoornissen voorkomen bij allochtonen meisjes en vrouwen na migratie naar westerse, geïndustrialiseerde landen (bijv. Nasser et al., 2001; Jacobi et al., 2004).

Er is wel een en ander bekend over de prevalentie van obesitas in de migrantenpopulatie (zie ook studie Kunst c.s.). Zoals bekend is obesitas overigens niet opgenomen als eetstoornis in de DSM-IV (APA, 2000); wel zijn er aanwijzingen voor een verband tussen obesitas en eetbuistoornis zowel als bulimia nervosa. De prevalentie van obesitas onder 1^e generatie Amsterdamse Turken en Marokkanen is, zo bleek uit onderzoek van Dijkshoorn, Nierkens en Nicoaou (2008) hoog (57-89%), en hing niet samen met leeftijd, inkomen, culturele oriëntatie, etc., maar wel met opleidingsniveau.

Conclusie: De prevalentie van eetstoornissen bij de diverse groepen allochtone meisjes en vrouwen (en mannen) in Nederland is nog niet onderzocht; er zijn aanwijzingen dat het interessant is deze prevalenties te onderzoeken in hun samenhang met onder meer de migratiegeschiedenis van deze diverse groepen. Een aandachtspunt is de mate waarin overgewicht voorkomt in verschillende allochtone groepen, en wat de achtergronden daarvan zijn.

2.5 Psychotische stoornissen; Schizofrenie

Veling en collega's (2006) onderzochten de incidentie – gemeten over 2 resp. 4 jaar - van schizofrenie en psychosen onder verschillende migrantengroepen in Den Haag. Schizofrenie bleek zes keer vaker voor te komen onder 1^e generatie Marokkaanse Nederlandse mannen dan onder autochtone Nederlanders en de ernst en omvang van de problematiek nam toe, vooral onder Marokkaanse jongeren (Veling et al., 2007). Bij Marokkaanse vrouwen was geen sprake van een verhoogde prevalentie. Achtervolgingswanen speelden een belangrijke rol, en Marokkanen en

Turken hadden bovendien hogere depressie-scores. Met de andere onderzochte etnische groepen bleek geen verschil met autochtone Nederlanders. Alhoewel schizofrenie genetische componenten kent, is voor deze hoge incidentie echter geen afdoende biologische verklaring te vinden. Wel bleek een samenhang met discriminatie (Veling et al., 2007), alsmede met een persoonlijke of familie-achtergrond van migratie (Cantor-Graae & Selten, 2005). De sociale context waarin etnische minderheden leven, integratie en de vaak daarmee gepaard gaande problemen, spelen een rol. Daarnaast is de mate van zich ‘thuis voelen’ in het land van vestiging een belangrijk aandachtspunt. Gebrek hieraan gaat vaak gepaard met stress, een trigger voor schizofrenie, evenals middelengebruik. Recent onderzoek (Veling et al., 2008) liet bovendien zien dat verhoogde incidenties zich vooral voordoen in subgroepen die woonachtig zijn in omgevingen waar de eigen etnische groep een kleinere minderheid vormt (ethnic density). Deze bevinding gold ongeacht etnische groep.

Ook is de vraag relevant of de juiste diagnose wordt gesteld bij patiënten met een migratieachtergrond; transcatoestanden die in het land van herkomst gewoon zijn, worden hier bijvoorbeeld psychose genoemd (zie *Enkele overwegingen vooraf* aan het begin van dit hoofdstuk).

Conclusie: Schizofrenie in relatie tot migranten is een gebied met een jonge goede onderzoekstraditie die veel vragen oproept die aanleiding kunnen zijn voor vervolgonderzoek, met name te richten op de achtergronden van de sterk verhoogde prevalentie van psychotische stoornissen onder zwarte Amerikaanse, en – zo blijkt hier – ook Marokkaanse mannen. De samenhang met etnische dichtheid van de directe omgeving en met migratie-ervaring zijn vastgesteld, maar het hoe en waarom hiervan behoeft eveneens nader onderzoek.

2.6 Somatoforme stoornissen

Als er één stoornistype is dat door zeer vele zorgverleners wordt ervaren als bij uitstek geldend voor migranten is het de categorie somatoforme stoornissen, met name medisch onverklaarde pijnklachten. Dit lijkt tegelijkertijd een stoornistype waarop de overweging (zie begin van dit hoofdstuk) dat niet al het gedrag in alle (sub)culturen dezelfde betekenis hoeft te hebben, in hoge mate van toepassing is. Over patiënten van niet-westerse herkomst wordt immers dikwijls gezegd dat ze “somatiseren”, waarmee dan wordt bedoeld dat ze hun psychische klachten in de vorm van lichamelijke klachten presenteren – en ook niet willen instemmen met een psychische duiding. Uit het oogpunt van een westerse gezondheidszorg is dat lastig en ineffectief; zulke patiënten melden zich als het ware bij het verkeerde loket en kunnen daar geen adequate hulp krijgen terwijl ze wel aanspraak maken op de geestelijke gezondheidszorg. Een lichamelijke klachtenpresentatie kan echter duiden op een andere ziekterepresentatie (die zich onttrekt aan het westers Cartesiaanse lichaam-geest onderscheid) en/of een andere manier van coping met stress (zie ook Knipscheer et al., 2005). Zij kan uitdrukking zijn van een andere “language of distress” – één waarin met het lichaam wordt gesproken en metaforen worden gebruikt die in andere samenlevingen juist wel erkend worden (bijv. Kirmayer & Young, 1998). Het functionele hiervan kan zijn dat zowel de patiënt als

diens naaste omgeving wordt behoed voor schaamtegevoelens. Somatiseren kan ook voortvloeien uit een relatie waarin de patiënt onvoldoende vertrouwen heeft en het veiliger vindt “alleen” lichamelijke klachten te presenteren (zie ook Bartels, 1994; Dijk 1989) Dit past bij de constatering dat somatiseren zich vooral voordoet in situaties van machtsongelijkheid: bij laag-opgeleiden, vrouwen, en patiënten die geen deel uitmaken van de dominante cultuur (Richters, 1991, Kleinman, 1995).

Hiervan uitgaande is het de vraag welke prevalentiecijfers rond somatoforme stoornissen bekend zijn en in hoeverre ze met inachtneming van voorgaande kritische beschouwingen tot stand zijn gekomen.

Conclusie: Tot zover ons nu bekend zijn er geen prevalentiecijfers voor allochtonen in Nederland rond somatoforme stoornissen; epidemiologisch onderzoek rond dit type stoornissen bij allochtone Nederlanders is wenselijk, mede om te kunnen bepalen in hoeverre de wijdverbreide gedachte dat allochtonen meer somatiseren, hout snijdt dan wel waar is voor welke specifieke groepen

2.7 Eindconclusies bij Hoofdstuk 2

Naar de prevalentie van vrijwel alle hier onderzochte psychische stoornissen bij allochtone Nederlanders is tot nu toe volstrekt onvoldoende onderzoek gedaan. Een uitzondering vormen psychotische stoornissen met name schizofrenie. Meer kennis over de diverse prevalenties is van groot belang, omdat het inzicht oplevert in de aard en omvang van problemen op het gebied van de geestelijke gezondheid bij deze groepen. Dergelijk inzicht is, mits ook achtergrondinformatie wordt verzameld, onontbeerlijk bij het nemen van beleidsmaatregelen benodigd om de diverse stoornissen bij de verschillende allochtone groepen beter te kunnen aanpakken en eventueel voorkomen. Wij stellen daarom vast dat eventueel toekomstig prevalentieonderzoek op het gebied van de geestelijke gezondheid bij Nederlandse allochtone groepen het beste gecombineerd kan worden met determinantenonderzoek.

Bij toekomstig onderzoek naar prevalentie is het belangrijk het onderzoek ook te richten op andere dan uitsluitend de reguliere DSM-IV stoornissen, en uit te breiden naar andere dan de hier besproken DSM-stoornissen en naar mildere vormen van psychisch en psych-sociaal onwelbevinden zoals bijvoorbeeld werkstress; rekening te houden met mogelijke variaties ten opzichte van de gangbare criteria; gebruik te maken van representatieve steekproeven van duidelijk omschreven (sub)populaties; aan te sluiten bij reeds verricht onderzoek in Nederland en Europa zoals hierboven per stoornistype beschreven; een belangrijke plaats in te ruimen voor de bestudering van relevante achtergrondfactoren. Uiteraard dient het onderzoek op zo cultuursensitief mogelijke wijze opgezet en uitgevoerd te worden, volgens de inzichten die daartoe ontwikkeld zijn.

Hoofdstuk 3

Toegankelijkheid van de zorg voor allochtone cliënten in de GGZ

3.1 Introductie

Historische context

De Nederlandse overheid wil de noodzakelijke geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor alle burgers garanderen maar daarvoor zo min mogelijk categorale voorzieningen creëren. Om die reden is het cruciaal dat de GGZ ten eerste even toegankelijk is voor de 3 miljoen zogenoemde allochtone Nederlanders als voor de 13 miljoen autochtone Nederlanders en ten tweede voor beide groepen een even goede kwaliteit van zorg biedt.

In de jaren 80 van de vorige eeuw ging de erkenning dat de GGZ er ook moest zijn voor 'allochtonen' nog gepaard met de gedachte dat dit kon worden bewerkstelligd via de deskundigheid van de beroepsbeoefenaren. Als zij maar leerden met migranten om te gaan en zich de noodzakelijke kennis eigen maakte over het land van herkomst van hun cliënten, zou alles voor elkaar komen.

In de jaren 90 groeide echter het besef dat er een omschakeling in het denken nodig was en dat de zorg moest interculturaliseren zodat er hoogwaardige zorg mogelijk zou zijn *ongeacht de culturele en etnische achtergrond van de hulpvrager*. Sindsdien wordt met 'interculturalisatie' bedoeld op het aanpassen van de GGZ aan een multiculturele omgeving en niet het inpassen van allochte cliënten binnen de bestaande zorg. Deze interculturalisatie moest tot stand komen in een periode waarin de GGZ-sector ook werd geconfronteerd met - door de overheid geëntameerde - marktwerking en kwaliteitsbeleid en de daaruit voortvloeiende rationalisatie-, standaardisatie- en schaalvergrotingsprocessen. Intussen werden cultuurverschillen onderdeel van een maatschappelijk debat onder invloed van Scheffer's multiculturele drama, de aanslag op de Twin Towers in New York en twee politieke moorden in Nederland. (Kortman, 2003)

Twee partijen

De twee 'partijen' die elkaar in dit interculturalisatieproces moeten vinden, zijn echter minder eenduidig dan de omschrijving suggereert. 'De' GGZ omvat immers zeer uiteenlopende werkterreinen zoals ambulante zorg, extramurale zorg, intramurale ofwel klinische zorg, forensische psychiatrie, verslavingszorg en daarbij het GGZ-deel van jeugd- en ouderenhulpverlening.

'Allochtone' cliënten vormen evenmin een homogene groep. Zij variëren qua herkomst van Surinaams tot Afgaans, qua taal van Irakees tot Nederlands, qua religie van Islam tot Hindoeïsme, qua huidskleur van zwart tot wit en qua verblijfsduur van enkele maanden tot jaren en generaties. Net zoals autochtone witte Nederlanders, zijn zij ook nog gedifferentieerd in sekse, leeftijd, opleiding en seksuele voorkeur. In het kader van de GGZ is bovendien hun migratiegeschiedenis relevant,

waaronder de redenen van hun komst naar Nederland: die kunnen te maken hebben met het koloniale verleden, de arbeidsmarkt, huwelijk/ gezin of de vlucht voor geweld (Boomstra, Wennink en Uiterloo, 2003). Er zijn echter veel cliënten met een hybride 'allochtone' identiteit. Dat wil zeggen dat hun herkomst of of huidskleur niet automatisch een indicator is voor de socialisatie die ze hebben doorgemaakt en de groep waarmee ze zich in normatieve, emotionele of functionele zin identificeren. (zie ook Wekker, Åsberg, van der Tuin en Frederiks, 2007).

Over deze 'allochtone' doelgroepen schrijft Pannekeet in 2005 (p.4): kenmerkend "zijn de existentiële opgaven van de migratie: Men moet een wereld achterlaten, een nieuw bestaan opbouwen en men moet dit doen binnen de Nederlandse samenleving." Het is de situatie van het 'niet-meer' en 'nog-niet'. "Doorgaans leeft men in een context van: meervoudige en terugkerende ervaringen van verlies en van spanning tussen de vereisten van de oude en de nieuwe omgeving; de opbouw van een nieuw bestaan met de daarbij behorende vraagstukken van overleving, acculturatie, systeemmanagement en gemeenschapsvorming; de positie in de Nederlandse samenleving met de realiteit van het immigratie- en integratiebeleid, mogelijke sociaal-economische achterstand, de praktijk van achterstelling, stereotypering en discriminatie en toenemende media-aandacht".

3.2 Conceptueel model voor beschrijving, verklaring en verbetering van de toegankelijkheid voor etnische minderheden

In het model voor de verklaring van verschillen in zorggebruik (Struijs & Wennink, 2000) neemt toegankelijkheid een centrale plaats in. Toegankelijkheid wordt daarin opgevat als de uitkomst van drie categorieën van factoren: kwaliteit hulpverlener, kwaliteit zorginstelling en kenmerken van de patient (waaronder diens kennis van de gezondheidszorg en sociale netwerk).

Naast deze drie factoren zijn er ons inziens nog enkele van belang. Anders dan in dat model, beschouwen we toegankelijkheid hier niet alleen als een voorwaarde voor de interactie tussen patiënten en zorgsysteem maar ook als een uitkomst ervan. Daarom besteden we in dit hoofdstuk een aparte paragraaf aan de kwaliteit van deze interacties (anders gezegd: interface of relatie). Daarnaast gaan we kort in op de sociaal-culturele (etnische), juridische en financiële context waarbinnen de contacten tussen zorgsysteem en patiënt zich afspelen (de Jong en van Ommeren, 2005; Gijsbers van Wijck, van Vliet en Kolk, 1996; Kortram, 2003).

3.3 Aanpak

De concretisering van dit model is voornamelijk gebaseerd op de studies die sinds 2000 in het kader van de interculturalisatie van de GGZ zijn verricht door of in opdracht van Nederlandse beleidsorganen. Dit waren achtereenvolgens de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (met haar rapport *Interculturalisatie van de Gezondheidszorg* (2000), ZorgOnderzoek Nederland (in het kader van het *Diversiteitsprogramma*

van 2002 tot 2007) en GGZ-Nederland (in het kader van het *Actieplan Interculturalisatie* van 2001 tot 2004).

Daarnaast zijn de publicaties van gerenommeerde kennisinstituten geïnventariseerd. In de eerste plaats Mikado (kenniscentrum voor interculturele GGZ) en TransAct (landelijk expertisecentrum voor seksespecifieke hulpverlening en bestrijding seksueel geweld, 1995-2006), de laatste inmiddels opgegaan in Movisie. In de tweede plaats het Trimbosinstituut. Hier doet men onderzoek op het gebied van GGZ en verslaving. Etnische diversiteit zou hier echter volgens Pacemaker (2007) geen prominente plaats innemen vanwege onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal bij allochtone doelgroepen. Ook de website van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) is geraadpleegd. Maar, zoals Pacemaker (2007, p.17) al schrijft: deze “laat een zeker discrepantie zien tussen de omvang van informatie over algemene thema’s en het thema etnische diversiteit of allochtonen”.

Aanvullende bronnen voor dit hoofdstuk waren onderzoeksartikelen (al of niet internationaal) van auteurs die actief waren in voornoemde studies, onderzoeksartikelen uit het tijdschrift *Cultuur Migratie en Gezondheid (CMG)*, themanummers van het *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, Gedrag en Gezondheid* en het *Tijdschrift voor Psychiatrie*, en de recent geopende website van het Europese Migrant Health Project (www.mighealth.net). Gezocht is met de termen allochto*, migrant* en cultuur, maar niet met specifiekere termen als Surinam*, Marokk* enz. omdat daaruit een selectie was ontstaan die voor deze studie te specifiek zou zijn.

De vraag over toegankelijkheid in relatie tot etniciteit is beantwoord aan de hand van voornamelijk Nederlandse literatuur. Een systematische search in PubMed of Psychinfo was in dit geval niet doeltreffend. Ten eerste omdat de Nederlandse migratiegeschiedenis specifieke kenmerken heeft: ze is postkoloniaal, arbeids- of asielgedreven of gemotiveerd door huwelijk/gezinshereniging. Daardoor omvat ze ook een geheel eigen mengsel van nationaliteiten. Ten tweede omdat de Nederlandse GGZ een eigen, unieke inrichting kent. Ten derde omdat ook het Nederlandse gezondheidszorgbeleid haar eigen karakteristieken heeft. Wel zijn internationale publicaties benut als die afkomstig waren van Nederlandse auteurs of door hen werden aangehaald dan wel deel uitmaakten van een CMG-signalement én voldoende ecologische validiteit hadden voor de Nederlandse situatie.

3.4 Toegankelijkheidsonderzoek in soorten

Registratie én zelfrapportage

Het meeste onderzoek naar toegankelijkheid van de GGZ is gebaseerd op geregistreerd zorggebruik (Zie bijvoorbeeld Dotinga & Verkleij, 2008; Jongedijk & Hoekstra, 2006; ten Have, Rodrigues, & Bijl, 1996, Ten Have & Bijl, 1999; Dieperink, van Dijk & Wierdsma, 2002; GGZ Nederland, 2003, 2008; van 't Land, Grolleman, Mutsaers & Smits, 2008; Schrier, Theunissen, Kempe & Beekman, 2005). Rond deze informatie doen zich echter een aantal problemen voor.

In de eerste plaats zijn deze onderzoeken vaak alleen lokaal of regionaal geldig en wijzen de uitkomsten niet altijd in dezelfde richting. Meestal zijn de discrepanties tussen de studies te herleiden tot verschillen in onderzoeksopzet. Hoewel de *factsheets* van GGZ Nederland (2003, 2008) en *Trendrapportage 2* van het Trimbos inmiddels wel een landelijk beeld schetsen op basis van landelijke informatiesystemen, is de situatie in dit opzicht nog maar weinig veranderd vergeleken bij wat Boomstra, Wennink en Uiterloo in hun overzichtsstudie in 2003 schreven:

“Momenteel is het niet mogelijk om vast te stellen of het zorggebruik van de GGZ door etnische minderheden is toegenomen of de toegankelijkheid van de GGZ voor hen is verbeterd. Een belangrijk hiaat [...] is namelijk het gebrek aan betrouwbare en generaliseerbare onderzoeks- en registratiedata over de omvang van allochtone (deel) populaties in de GGZ en het verloop van (het succes dan wel falen van) de hulpverlening aan deze groepen.” (p.204).

In de tweede plaats bieden deze onderzoeken slechts fragmentarische kennis. Soms ontbreekt het aan interetnische variatie, hoewel dat probleem lijkt te verminderen. Dikwijls is de intra-etnische variatie zeer beperkt, omdat er niet wordt gedifferentieerd naar sekse, leeftijd, opleiding, verblijfsduur, generatie en dergelijke (zie verder bij patiëntfactoren). En meestal gaat het om verschillende doorsnedes van de zorg (alleen ambulante geestelijke gezondheidszorg of acute psychiatrie, of een combinatie met intramurale zorg). Dit gebrek aan onderlinge vergelijkbaarheid staat synthetiserende landelijke studies in de weg. Bovendien is het daardoor onmogelijk te beoordelen of de GGZ in zijn geheel naar evenredigheid zorg biedt en of die zorg ook ‘op-maat’ is.

In de derde plaats is er in het bestaande onderzoek van zorgconsumptie een discrepantie tussen de aandacht voor afzonderlijke etnische groepen en hun aandeel in de Nederlandse populatie. Veel onderzoeksinspanningen zijn gericht op de zogenoemde ‘klassieke’ groepen van Surinaamse, Turkse en Marokkaanse Nederlanders. Gerelateerd aan de samenstelling van de Nederlandse bevolking is er echter weinig onderzoek naar verspreid wonende en/of mogelijk zorgmijdende allochtone groepen als Chinezen (Smits, Seeleman, van Buren & Yuen, 2006; Yip, Simonis & Blaak, 2005) of Molukkers. Afgemeten aan de top-tien cliëntengroepen van de GGZ 2003 (Interculturalisatiekrant 2003) en hun absolute aantallen krijgen ook vluchtelingen en asielzoekers te weinig aandacht (Jongedijk & Hoekstra, 2006).

Ten vierde kent de registratie van zorgconsumptie een aantal validiteitsproblemen. De registraties van etnische herkomst zijn onvolledig en niet altijd valide ten gevolge van lacunes in het landelijke registratiesysteem - ook in Zorgis (Zorginformatiesysteem) miste in 2006 nog 30% van de geboortelanden - terwijl registratie volgens de zelfidentificatiemethode niet meer zijn toegestaan vanwege de Wet Bescherming Persoonsgegevens (van Dijk, 2008; GGZ-Nederland, 2008; Nitert & Bruijnzeels, 2003). Bovendien kent de geboortelandmethode verscheidene manco’s (Stronks, Kulu Glasgow & Klazinga, 2004) en dan

is er nog de onzichtbaarheid van zorggebruik buitenslands (Pacemaker, 2007).

Het alternatief voor geregistreerd zorggebruik is zelfrapportage, al moet in dat geval rekening worden gehouden met onderrapportage (Kamperman, 2005). Zowel in het onderzoek van Kamperman (2005) als van De Wit en collega's (2006) leidde de twee methoden echter tot vrijwel dezelfde uitkomsten.

Door- en uitstroomcijfers naast instroomcijfers

Zorggebruik omvat meer dan alleen instroom. Voor vergelijking van het totale volume zorggebruik is ook de door- en uitstroom van de verschillende etnische (sub)groepen relevant. Dit kan worden gemeten met frequentie en periode van contacten, het percentage vroegtijdige beëindiging (drop-out) en verwijzingen, de routes waarlangs cliënten binnenkomen en de etnische samenstelling van de wachtlijsten.

Op het gebied van door- en uitstroom in de GGZ hebben we in totaal drie voorbeelden gevonden. Eén betreft de klinische verslavingszorg (Tjaden, Spoek, Koeter en Van den Brink, 2003), de ander de acute psychiatrie (Mulder, Koopmans en Selten, 2006) en de derde beperkt zich tot de registratie van de de reden voor beëindiging van de contacten met GGZ-instellingen – voor 58% van de cliënten anno 2003 (GGZ Nederland, 2003). Er ligt dus een enorm kennishiaat inzake de door- en uitstroom in de ambulante en intramurale GGZ.

Externe én interne normering van zorggebruik

Normering aan de hand van een externe maatstaf heeft in het huidige toegankelijkheidsonderzoek de overhand. Dat betekent een streven naar zorgverdeling op basis van rechtvaardigheid (iedereen evenveel). Een interne normering geeft informatie over de doelmatigheid van de zorgverdeling (zorg naar behoefte). Door beide normeringen te combineren, is er meer kans dat een (etnische) groep zorg op maat ontvangt. Zie bijvoorbeeld Gerritsen en collega's (2006) en Jongedijk en Hoekstra (2006), die allemaal concluderen dat asielzoekers en vluchtelingen weliswaar meer gebruik maken van GGZ en verslavingszorg dan 'autochtonen' maar minder dan op grond van hun problematiek kan worden verwacht. Dotinga en Verkley (2008) achten die uitspraak zelfs op de gehele allochtone bevolking van toepassing. Fassaert, de Wit, Tuinebreijer, Verhoeff, Beekman en Dekker (2008) nuanceren dit door ook op verschillen in gepercipieerde behoefte te wijzen.

Bij het vaststellen van de zorgbehoefte doen zich echter een aantal methodologische problemen voor die slechts met extra inspanningen (aanpassing van meetinstrumentarium en wervingsprocedures) zijn op te lossen. In de eerste NEMESISstudie is dit niet gebeurd (De Graaf, ten Have, van Dorsselaer, Schoemaker, Beekman en Vollebergh, 2005). Ook in de tweede NEMESIS-studie (in december 2007 van start gegaan en 7000 respondenten omvattend) zullen volgens informatie van de onderzoeksleider de aantallen etnische minderheidsgroepen te laag zijn om aparte analyses te rechtvaardigen van het zorggebruik per etnische groep.

Ervaren naast feitelijk (on)toegankelijkheid

Naast de feitelijke toegankelijkheid van de GGZ, uitgedrukt in de consumptiecijfers, is er de ervaren toegankelijkheid, die alle factoren omvat waardoor allochtone cliënten het gevoel hebben welkom te zijn. Onderzoek hiernaar is schaars en wat er is, is kleinschalig en verouderd. (Drogendijk en collega's, 2004; Kal, 2004; Knipscheer en Kleber, 2004; Kok en Boomstra, 2004; Messing, 2003)

Slechts één studie (de Graaf, 2004) bracht etnisch specifieke factoren aan het licht maar in die studie ontbrak de differentiatie naar etnische herkomst.

Waarschijnlijk is dit type onderzoek naar ervaren toegankelijkheid zeer geschikt om meer licht te werpen op de factoren die de door- en uitstroom van allochtone patiënten beïnvloeden en als zodanig een belangrijke aanvulling op het onderzoek naar feitelijke ontoegankelijkheid.

Conclusie: In het kader van de toegankelijkheid van de GGZ voor allochtonen is vooral onderzoek gedaan naar hun instroom. Daarbij gaat het om studies met een beperkte reikwijdte (stedelijk of regionaal) die elk op hun eigen wijze omgaan met inter- en intra-etnische variatie. Het Zorgis-systeem heeft hierin slechts tijdelijk verandering gebracht. De meeste aandacht gaat uit naar feitelijke (on)toegankelijkheid. Beschikbare kennisfragmenten inzake ervaren (on)toegankelijkheid leveren slechts in één geval cultuurspecifieke knelpunten op. De bestaande uitspraken over over- dan wel onderconsumptie van 'allochtonen' zijn doorgaans gebaseerd op externe normering – in casu de 'autochtone' bevolking.

Schaars is onderzoek naar door- en uitstroom van 'allochtone' cliënten in de GGZ. Voor de ambulante GGZ ontbreekt dit vrijwel volledig. Afzonderlijk onderzoek naar ervaren (on)toegankelijkheid is zeldzaam en zo kleinschalig dat er maar weinig gewicht aan kan worden toegekend. Studies die de zorgbehoefte plaatselijk in kaart brengen, met inachtneming van de inter- en intra-etnische variatie, zijn schaars en ontberen een landelijke format op grond waarvan synthetisering van de plaatselijke studies mogelijk zou zijn. Filterstudies komen niet voor.

Uit het oogpunt van cultuurspecificiteit is het ontbreken van systematische kennis over de inter- en intra-etnische variatie in zorgbehoefte en zorggebruik problematisch.

3.5 Patiëntfactoren in relatie tot instroom, doorstroom en vroegtijdige uitstroom.

Uit geraadpleegde studies (Drogendijk e.a., 2004; Fassaert e.a., 2008; Kamperman, 2005, Kamperman, Komproe & De Jong, 2001; 2007; Knipscheer & Kleber, 2005a, 2005b; Rabbae, Smits & Franx (2008) en Tjaden e.a. (2003) blijkt dat etnische of cultuurspecifieke patiëntfactoren niet zoveel invloed hebben op toe-, in- en doorstroom van patiënten in de GGZ als vaak wordt verondersteld.

Er zijn vooral veel algemene factoren gevonden die het zorggebruik voorspellen van verslavingszorg, ambulante GGZ respectievelijk acute psychiatrie. Daaronder zijn zogenoemde behoeftefactoren: psychiatrische morbiditeit cq. ernst van symptomen; somatische morbiditeit c.q. ernst van

lichamelijke klachten; fysiek welzijn; problemen met familie en sociale relaties; gevaar voor anderen; (gebrek aan) motivatie voor behandeling

Relevante dispositionele factoren zijn: zelf-gepercipieerde hulpbehoefte; (on)bekendheid met de GGZ; attitude ten opzichte van hulpverlening; behoefte zelf de problemen op te lossen; attributiestijl; laag niveau van sociaal functioneren; sekse – hoewel niet bevestigd bij Knipscheer en Kleber (2005b); opleiding; leeftijd; relationele status/partnerschap en religie. Deze spelen ook een belangrijke rol in het hulpzoektraject, c.q. de toestroom.

Veel van de algemene factoren zorgen voor intra-etnische variatie. De (combinaties van) factoren lijken echter niet voor iedere etnische groep dezelfde waarden aannemen. Dit betekent dat de factoren weliswaar algemeen zijn, maar binnen een bepaalde etnische groep een cultuurspecifieke betekenis, intensiteit en interactie met andere factoren kunnen hebben.

In totaal zijn er in de empirische studies vier cultuurspecifieke factoren 'geïsoleerd', te weten beheersing van de Nederlandse taal; kennis van de Nederlandse samenleving, in het bijzonder het GGZ-systeem; cultureel traditionalisme; en herkomst. De eerste drie, door Kamperman (2005) gevonden, lijken als het ware de factor verblijfsduur 'uit te pakken'. Hoe cultuurspecifiek deze factoren zijn, moet nog blijken wanneer deze factoren ook voor de autochtone Nederlandse populatie zouden worden onderzocht. De factor 'herkomst' - in de zin van geboorteland - is geen simpele indicator maar staat kennelijk voor bepaalde configuraties van algemene factoren. Onder 'herkomst' verschijnt in principe ook de autochtone Nederlandse groep als een etnische groep, zij het als een etnische meerderheidsgroep.

Juist omdat er meer algemene factoren dan cultuurspecifieke factoren relevant zijn, is de suggestie van Kamperman (2005) interessant dat de groep 'allochtonen' in essentie in tweeën moet worden gesplitst: één groep die qua taalbeheersing en kennis van de Nederlandse samenleving voldoende op autochtone Nederlanders lijkt om ze in het algemene beleid en onderzoek mee te nemen en één – problematischer - groep waarvoor hulpverlening en onderzoek extra inspanningen moeten leveren omdat zij door mindere kennis van de taal en Nederlandse samenleving niet op eigen initiatief professionele hulp zullen zoeken voor psychische problematiek.

Achter de kennelijke overeenkomsten in factoren tussen 'allochtone' en 'autochtone' groepen kan overigens het mechanisme schuil gaan waarop Kamperman (2005, p. 32-33) in navolging van Leeflang attendeert: dat het verschil in GGZ-gebruik tussen allochtone en autochtone groepen het grootst is waar de patiënt zelf de meeste invloed kan uitoefenen op het hulpzoekproces, dat wil zeggen in de laagste niveau's van de hulpverlening. Hogere niveau's als de ambulante en zeker de intramurale GGZ zouden dan minder verschillen te zien geven dan de eerste lijn.

Een aantal kanttekeningen is hier echter op zijn plaats. Ten eerste zijn niet alle onderzochte populaties representatief voor de betreffende bevolkingsgroep. Ten tweede hebben de geciteerde studies alleen betrekking op patiënten van de ambulante GGZ en verslavingszorg – en eenmaal acute psychiatrie. Ten derde kunnen de geciteerde studies, met

uitzondering van die van Knipscheer en Kamperman, door hun kleinschaligheid niet meer dan een verkennende functie vervullen.

Ten slotte is het de vraag of alle empirische bevindingen waarvoor de gegevens op zijn laatst in 2003 zijn verzameld, momenteel nog wel geldig zijn. Sinds die tijd is de samenstelling van de allochtone bevolking gewijzigd (groter en jonger geworden), zijn inburgeringscursussen ingevoerd, hebben de GGZ-instellingen deelgenomen aan een groot interculturalisatie-project, heeft hulpverlening on-line haar intrede gedaan en is de opvang voor asielzoekers grondig gewijzigd; ook in de herkomst van asielzoekers en vluchtelingen hebben zich verschuivingen voorgedaan.

Nog niet onderzocht

Van de zes nog te onderzoeken patiëntfactoren zijn er drie algemeen: locus of control, uitdrukkingsrepertoire (idioms of distress ofwel klachtpresentatie) en seksuele voorkeur. Drie zijn als cultuurspecifiek te beschouwen: ervaring met discriminatie (hoewel die factor niet per se etnisch is gebonden), beleving van tijd en redenen voor migratie (van Dijk e.a., 2000; Jessurun, 1991; Richters, 2002).

Van sommige etnische groepen is nog helemaal niet onderzocht welke patiëntfactoren relevant zijn voor hun zorggebruik, bijvoorbeeld Molukse of Antilliaanse Nederlanders. Van andere groepen is dat mondjesmaat het geval, zoals bij de Chinese Nederlanders (Smits, Seeleman, van Buren & Yuen, 2006; Yip, Simonis & Blaak, 2005). In enkele gevallen dateren de gegevens van bijna 10 jaar geleden, denk bijvoorbeeld aan de Ghanese (Knipscheer, 2000) of Kaapverdiaanse Nederlanders (Dieperink e.a.).

Ook onderzoek naar vrouwelijke migranten (Thomaes, Kaasenbrood en Krumeich, 1997), oudere allochtonen (GGZ Nederland, 2002), en jongeren (m/v) met homoseksuele gevoelens (Pierik m.m.v. Meintser, 2008) is schaars, want eenmalig.

Conclusie:

Het bestaande onderzoek naar de invloed van patiëntfactoren op de toegankelijkheid van de GGZ lijdt aan veroudering en aan een ongelijke distributie over etnische (sub)populaties en zorgsectoren.

Onderzoek naar de patiëntfactoren die toe- en instroom bevorderen is beter ontwikkeld dan het onderzoek naar door- en uitstroom. Dat heeft een onvolledig beeld van de (on)toegankelijkheid voor de uiteenlopende etnische groepen (inclusief de Nederlandse) ten gevolge. Onduidelijk is echter wat het relatieve gewicht is van de relevante patiëntfactoren en welke interactie er tussen de factoren is.

Van de voorspellende patiëntfactoren zijn er slechts drie cultuurspecifiek: beheersing van de Nederlandse taal, kennis van de Nederlandse samenleving (en het GGZ-systeem) en cultureel traditionalisme. Drie cultuurspecifieke factoren zijn nog niet onderzocht, terwijl ze volgens de deskundigen wel aandacht verdienen: te weten discriminatie, tijdsbeleving en redenen voor migratie.

De hypothese dat er een (relatief grote groep) 'gewone' en een (relatief kleine groep) 'moeilijke' allochtone patiënten is, verdient nader

onderzoek – alsmede de vraag of de discriminerende variabelen ook voor de ‘autochtone’ bevolking gelden..

3.6 Instellingsfactoren uit het oogpunt van interculturele toegankelijkheid

Op zoek naar instellingsfactoren die de toegankelijkheid voor allochtone patiënten beïnvloeden, zijn we gestuit op drie soorten instrumenten voor interculturalisatie van de kwaliteitszorg: voor het primaire proces, het hulpverlenend personeel respectievelijk de organisatie.

Tijdens de ontwikkeling van die instrumenten is vaak veel kennis over allochtone patiënten verzameld, maar ook zijn er veel aannames gedaan over de betekenis die cultuurverschillen zouden hebben voor toegankelijkheid en kwaliteit van behandeling. Hierin speelde de consensus van deskundigen een voornamelijk rol. De aannames zijn echter nooit getoetst. Over de absolute en relatieve relevantie van de instellingsfactoren is dus niets bekend.

Wel zijn in de instrumenten de factoren c.q. criteria vaak uitgewerkt tot het niveau van meetbare indicatoren die een goede basis bieden voor verder onderzoek.

Drie soorten kwaliteitsinstrumenten

Met betrekking tot het primaire proces blijken de criteria en - soms - indicatoren op uiteenlopende wijze te zijn geordend in zorgprogramma's, checklist en richtlijnen (Bekker en Frederiks, 2005; de Jong, 2008; Noordenbos, 2007; Noordenbos en Pauli, 2006; Pannekeet, 2005). Aan de ene kant volgt men daarbij de fasen van het hulpverleningstraject - dat in dit verband breed wordt opgevat. Dat wil zeggen dat men zich niet beperkt tot de trits 'aanmelding – intake – behandeling' maar het proces laat beginnen bij de voorlichting en eindigen met nazorg of zelfs follow-up. Aan de andere kant sluit men aan bij de ordeningen die gangbaar zijn in de kwaliteitszorg, in casu zorgprogramma's of richtlijnen. Opvallend is dat er in deze instrumenten (nog) weinig aandacht is te bespeuren voor de intra-etnische differentiatie, die in de vorige paragraaf zo relevant bleek. Van de patiëntfactoren sekse, leeftijd, opleiding en seksuele voorkeur kwam alleen de factor sekse in enkele instrumenten aan bod.

Voor de competentie van de hulpverlener zijn meerdere profielen beschikbaar, die volgens verschillende formats zijn ontwikkeld (Knipscheer & Kleber, 2004, 2005b; Kramer, 2004; Noordenbos & Pauli, 2006). Slechts die van Noordenbos en Pauli benoemt ook seksespecifieke aspecten. Onbekend is of één van deze formats de voorkeur zou moeten verdienen en waarom. Wellicht varieert dat per beroepsgroep en/of praktijk en/of sector. Alleen van het intercultureel competentieprofiel is de bruikbaarheid geëxploreerd, eenmaal in een instellings- en eenmaal in een opleidingscontext (Kramer, 2007).

Met betrekking tot het organisatieniveau is de culturele robuustheid onderzocht van de HKZ- en INK-modellen en van de GGZ-thermometer (Boomstra & Hoogsteder, 2004; Boomstra, Wennink & Uiterloo, 2003; Kok & Boomstra, 2004; Wennink, Boomstra & Meeuwissen, 2001; Wennink, Huwae & Boomstra, 2004). Onbekend is echter wat hun

duurzaamheid is (zijn er updates gemaakt of kunnen die worden gemaakt?) en welk gebruik er (nog) van die instrumenten wordt gemaakt

Effecten op toegankelijkheid onbekend

Van geen van de drie soorten kwaliteitsinstrumenten is onderzocht welk effect ze hebben op de feitelijke in-, door- of uitstroom van allochtone patiënten of de door hen ervaren toegankelijkheid.

Daar komt bij dat de toetsing van de instrumenten, los van het toegankelijkheidsvraagstuk, doorgaans beperkt is gebleven tot één of twee case-studies - als ze al heeft plaats gevonden. In die zin ligt er een bruikbaarheidsvraagstuk.

Bovendien is er sprake van een duurzaamheidsprobleem. Want juist als interculturalisatie-instrumenten – met oog op bruikbaarheid – aan de hand van de gangbare (cultuur-insensitieve) formats van zorgprogramma's, richtlijnen, HKZ, INK of thermometers zijn opgezet, zijn ze kwetsbaar voor veroudering. Ook de ontwikkeling van de oorspronkelijke formats naar nieuwere versies gaat immers door (net zoals dat bij softwareprogramma's het geval is). Wordt er aan de interculturalisatie-instrumenten geen onderhoud gepleegd, dan rest op den duur `slechts' een schat aan indicatoren die opnieuw op maat moeten worden gemaakt wanneer men de interculturele kwaliteit van GGZ-instellingen wil onderzoeken en het effect daarvan op de in-, door en uitstroom van allochtone patiënten.

Te verwachten is dat niet alle factoren of subfactoren even effectief zullen zijn. Daarom is het belangrijk uit te zoeken welke de grootste invloed hebben op de feitelijke en ervaren toegankelijkheid van diverse `allochtone' groepen en of die (sub)factoren wel cultureel-specifiek zijn, want een aantal kwaliteiten is vermoedelijk ook relevant voor de toegankelijkheid van `autochtone' groepen.

De randvoorwaarden

Er is maar weinig onderzoek gedaan naar de relaties die de GGZ met de omgeving (familie en omringende gemeenschappen) onderhoudt en nog minder naar de relaties met de allochtone omgevingen. Een klein stukje was te vinden bij Klijs (2004) die zich verdiept heeft in de vluchtelingenparticipatie in Noord-Brabant Over de mogelijke participatie van allochtonen in patiëntenorganisaties bestaat echter een informatief onderzoek van De Graaff (2004). Daaruit komt naar voren dat een patiëntenorganisatie een Westerse uitvinding zou zijn die qua vorm en werkwijze niet echt aansluit bij de behoeften van allochtonen. Wat hun bijdrage aan toegankelijkheid is, is echter niet onderzocht.

Welke invloed de educatieve sector heeft en kan hebben op de interculturalisatie van de GGZ-instellingen en uiteindelijk op de toegankelijkheid voor allochtone patiënten, is evenmin onderzocht. Wel circuleren daarover de nodige vooronderstellingen in de vorm van een seksspecifiek en interculturele screeningsinstrument voor het hoger beroepsonderwijs (van der Vlucht, 2004) en als de interculturele competentieprofielen die voor sommige GGZ-beroepen beschikbaar zijn (Kramer, 2004; 2007). Ook staat vast dat interculturalisatie ondanks dat geen regulier deel is gaan uitmaken van de universitaire en hogere

beroepsopleidingen in de hulpverlening tussen 2000 (Ingleby & Andriessen, 2000) en 2005 (Mens-Verhulst & Bekker).

Onbekend is tevens wat de uitwerking is van georganiseerde professionele uitwisseling van interculturele kennis – en de daarvan gepubliceerde rapportages. Denk aan *Interculturalisatie en de Forensische psychiatrie* (GGZ Nederland, 2003), *Botsende waarden* (Forum, 2004), *Preventieve interventies gericht op psychische en psychosomatische klachten bij allochtone groepen* (GGD Rotterdam, Trimbos en NIGZ, 2004) en *Aan de grenzen* (2005). Wat vervolgens de indirecte bijdrage daarvan is aan een goede in-, door en uitstroom van allochtone cliënten, is vooralsnog niet vast te stellen.

De veranderingen van het overheidsbeleid inzake financiering van de vluchtelingenopvang en toegankelijkheid van de GGZ is gescanned door Jongedijk & Hoekstra, 2006). Voor wat betreft de algemene populatie is ons op dit punt geen onderzoek bekend.

Ook onbekend zijn de effecten van de toenemende invloed van verzekeraars, via bijvoorbeeld de invoering van de Diagnose-Behandel Combinaties of de financiering van etnisch specifieke voorzieningen als Noagg (www.noagg.nl) of Illuminatus (www.onat.web-log.nl), op de toegankelijkheid voor allochtonen.

Conclusies:

Er is op systematische wijze expertkennis verzameld over de interculturalisatie van de kwaliteit en in het verlengde daarvan de toegankelijkheid van GGZ-instellingen. Die kennis betreft zowel het primaire proces als de hulpverlenerscompetenties en de organisatie. Daarbij blijkt het primaire proces breder te worden opgevat dan de trits aanmelding – intake – behandeling, namelijk beginnend bij voorlichting en eindigend met nazorg of zelfs follow-up in de etnische gemeenschappen.

De effectiviteit van de vele geïnterculturaliseerde kwaliteitsinstrumenten voor de feitelijke en ervaren toegankelijkheid van allochtone groepen is nog niet onderzocht. Ook de vooronderstellingen die aan de instrumenten ten grondslag liggen, (bijvoorbeeld dat het zou gaan om kwaliteiten die niet relevant zijn voor `autochtone` groepen) zijn tot op heden ongetoetst gebleven

Van de invloed van sociaal-culturele, educatieve, juridische en financiële randvoorwaarden op de feitelijke in-, door en uitstroom van allochtone groepen en de door hen ervaren toegankelijkheid zijn, met uitzondering van de quick scan van Jongedijk en Hoekstra (2006), geen studies beschikbaar.

3.7. Interactiefactoren ofwel `aansluiting

Voor de totstandkoming van een adequate en effectieve hulpverleningsuitwisseling moet bij beide partijen een motief of behoefte leven om contact te zoeken. Daarbij moeten ze de verwachting en het vertrouwen hebben dat ze iets voor elkaar kunnen betekenen en bovendien moeten ze over een uitdrukingsmiddel (taal) beschikken om elkaar te verstaan. Deze voorwaarden lijken als vanzelfsprekend vervuld wanneer het om autochtone patiënten gaat. In geval van allochtone patiënten

worden echter regelmatig hindernissen merkbaar die het zorgsysteem confronteren met de grenzen aan de eigen vanzelfsprekendheden. Gevolg is al gauw dat de betreffende patiënten worden ingedeeld in de categorie 'moeilijk' of on(be)handelbaar, hoewel dat predikaat met evenveel recht op de eigenschappen van het systeem zou kunnen worden geplakt.

Outreaching werken

Op het gebied van outreachend zijn vele initiatieven en ook 'goede praktijken' ontwikkeld, maar die zijn vrijwel nergens op wetenschappelijk verantwoorde wijze geëvalueerd. In het gunstigste geval zijn ze zorgvuldig gedocumenteerd en beschreven (Can en Üzer, 2004; Hoffer, 2004a en b; Smulders, 2003; Theije en Huijbregts, 2004; Tonk, 2004, 2006; de Vries en Smits, 2005; van Wieringen en Thomas, 2003). Nergens overstijgt het evidentie-niveau echter de expert opinion. (Dorgelo, Sbiti en Kamperman, 2007). Hier kan inventariserend en (bijvoorbeeld vergelijkend) casuonderzoek helpen zwakke heuristieken sterker te maken. Welk effect dergelijke externe relaties en good practices hebben op de feitelijke en ervaren toegankelijkheid voor allochtonen, is nu echter nog onbekend. Hoe cultuurspecifiek ze op de keper beschouwd zijn, staat evenmin vast.

Verschillen tussen GGZ-personeel en cliënten

Hindernissen voor een adequate en effectieve uitwisseling tussen 'allochtone' cliënt en het GGZ-systeem (dus inclusief het niet-behandelend personeel en verwijzers) worden in ieder geval gevonden in de verschillen in: communicatiestijl (de Graaff, 2004; Knipscheer & Kleber, 2004; Rabbae, 2008); taalvaardigheid (Broers & Eland, 2000; Bot, 2005; Drogendijk e.a., 2004; Handreiking oudere allochtonen, 2002, Kamperman, 2005; Knipscheer, 2000; Messing, 2004; Pannekeet, 2004); en sociaal-culturele kenmerken (van Dijk e.a. 2000; Kortman, 2003).

Specifiek voor de hulpverleningsrelatie komen daar nog twee verschillen tussen cliënten en hulpverlenende bij: verklarende modellen (Kamperman, 2005; Knipscheer, 2000; Oliemeulen, 2008) en opvattingen over (verantwoordelijkheid voor) het hulpverleningsproces (Jessurun, 1991; Boomstra & Kramer, 1997; Knipscheer & Kleber, 2004; Pannekeet, 2004).

Vervolgvraag is welke strategieën cliënten en GGZ-personeel hanteren om met dergelijke verschillen om te gaan en wat daarin functionele respectievelijk disfunctionele patronen zijn (Coleman, 1997, 1998). Opvallend is dat we daarvan geen goede voorbeelden hebben kunnen vinden. Wel is er onderzoek naar etnische matching gedaan, waaruit bleek dat dit geen must is voor Surinaamse en Marokkaanse respondenten (Kamperman, 2005; Knipscheer, 2000). Deze Nederlandse bevindingen worden internationaal gesteund door het onderzoek van Sue, Fujino, Hu, Takeuchi & Zane (1991) en Atkinson, Wampold, Lowe, Matthews & Ahn (1998).

Conclusie: Van het zogenoemde outreachend werken zijn een aantal 'goede praktijken' al wel zorgvuldig gedocumenteerd maar nog niet wetenschappelijk geëvalueerd.

Er is voldoende onderzoek dat belangrijke culturele verschillen (in communicatie, taalvaardigheid, sociaal-culturele kenmerken, verklarende

modellen en verantwoordelijkheidsopvattingen) tussen cliënt en GGZ-systeem aan het licht brengt en de invloed daarvan op de voortgang van de interacties.

Wat ontbreekt is onderzoek naar hoe de wederzijdse non-verbale signalen worden verstaan. Daarmee doelen we op de klachtenpresentatie van de cliënt enerzijds en de zelfpresentatie van het GGZ-systeem anderzijds. Bij dat laatste moet bijvoorbeeld worden gedacht aan de accommodatie (lectuur in de wachtruimte, versiering van de wanden, geuren in gangen) en de (al of niet gekleurde) personeelssamenstelling.

Het wezenlijke hiaat is echter het ontbreken van onderzoek naar de functionele en disfunctionele interactiepatronen in de strategieën die beide partijen wederzijds hanteren om met de gesignaleerde verschillen om te gaan. Inzicht in die dynamiek is van cruciaal belang, zowel voor de feitelijke en ervaren toegankelijkheid van de hulpverlening als voor de effectiviteit ervan.

3.8 Eindconclusies bij Hoofdstuk 3

Toegankelijkheid voor 'allochtone' groepen is vooral in kaart gebracht als feitelijke en niet als ervaren toegankelijkheid. Daarbij heeft in het toegankelijkheidsonderzoek tot op heden het accent gelegen op de instroom van cliënten en is de doorstroom en vroegtijdige uitstroom relatief verwaarloosd.

De meeste kennis is vergaard over lokale ambulante GGZ-voorzieningen, de 'klassieke' etnische groepen en over vluchtelingen. In deze studies is de aandacht voor de intra-etnische variatie wisselend. Wat ontbreekt, is een gezamenlijk format op grond waarvan lokale studies naar de toegankelijkheid voor uiteenlopende etnische groepen (inclusief de Nederlandse) op vergelijkbare wijze kunnen worden opgezet zodat synthetisering en landelijke conclusies mogelijk zijn. Daarnaast is een spoedige oplossing voor de ontbrekende herkomstregistratie in het landelijke DIS-systeem dringend gewenst.

Van de onderzochte patiëntfactoren blijken de meeste algemeen van aard. Slechts drie kunnen cultuurspecifiek genoemd worden. Drie andere cultuurspecifieke factoren zijn nog niet onderzocht. De hypothese dat er een (relatief grote groep) 'gewone' en een (relatief kleine groep) 'moeilijke' allochtone patiënten is, verdient nader onderzoek – alsmede de vraag of de variabelen die tussen deze twee groepen discrimineren ook voor de 'autochtone' bevolking gelden.

In het kader van de ontwikkeling van een intercultureel kwaliteitsinstrumentarium zijn via raadpleging van experts tenminste drie soorten instellingsfactoren verzameld: primair proces, beroepscompetenties en organisatie. Hoewel veel van deze factoren tot indicatoren zijn geoperationiseerd, is hun daadwerkelijke invloed op de kwaliteit van de hulpverlening en, in het verlengde daarvan, hun indirecte invloed op de feitelijke en ervaren toegankelijkheid niet empirisch vastgesteld. Dit is een belangrijk kennishiaat, zeker waar het het primaire proces en de beroepscompetenties betreft. Over de invloed van de

educatieve, juridische en financiële randvoorwaarden op toegankelijkheid is evenmin iets bekend.

Het belangrijkste kennishiaat doet zich echter voor op het gebied van de interactie tussen GGZ-systeem en cliënt. Vele out-reaching praktijken zijn weliswaar zorgvuldig gedocumenteerd, maar niet of nauwelijks op effectiviteit onderzocht. En ook al is vastgesteld dat er cultuurspecifieke verschillen tussen GGZ-personeel en cliënten zijn die de in-, door- en uitstroom van cliënten beïnvloeden, toch is onbekend

- a) welke strategieën GGZ-personeel enerzijds en cliënten anderzijds hanteren om met die verschillen om te gaan*
- b) welke effecten de combinaties van wederzijdse strategieën hebben op de feitelijke en ervaren toegankelijkheid.*

Hoofdstuk 4

Kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg voor allochtone cliënten in Nederland: Wat is hierover bekend en welke kennishiaten zijn er?

4.1 Algemeen: veel good practices, explicitering van interculturele competentie, nauwelijks onderzoek

De kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van allochtone cliënten valt op velerlei wijze uit te drukken. Zo wordt het veld gekenmerkt door een jarenlange praktijkkennis op dit gebied, opgebouwd uit tal van opgetekende zienswijzen, case-studies, interventie-typen, beleidsmaatregelen, sommige wijdverspreid, andere localer. Veel hiervan is neergeslagen in een indrukwekkende reeks praktijk- en theoriegerichte werken, zoals bijvoorbeeld *Culturen binnen Psychiatrie-muren* (2002), het tijdschrift *Cultuur, Migratie Gezondheid*, en de website van Mikado.

Welke van deze praktijkkennis kwalitatief goed is, valt moeilijk te beoordelen zonder expliciete maatstaven. In de GGZ geldt “evidence-based” veelal als de gulden standaard voor kwaliteit. Maar wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van de good practices neergeslagen in voornoemde documenten ontbreekt in vrijwel alle gevallen. Wat niet wegneemt dat het een verrijking, en vooral dus een belangrijke potentiële verrijking is dat veel bestaande good practices zijn gedocumenteerd in de gelijknamige (wellicht niet uitputtende) serie van Mikado.

Een andere belangrijke verworvenheid die de kwaliteit van de zorg betreft, is het feit dat de laatste jaren hard is gewerkt aan de operationalisatie van het begrip *Culturele competentie*. Er zijn conceptprotocollen ontwikkeld voor een cultuursensitieve aanpak binnen intake, diagnostiek en behandeling (zie bijv. Knipscheer & Kleber, 2004; 2005; Bekker & Frederiks, 2005). En er zijn interculturele competentieprofielen ontwikkeld voor de verschillende beroepsgroepen werkzaam in de GGZ (Kramer, 2004; 2007). Maar ook hier: of het voldoen aan deze profielen ook leidt tot een kwalitatief betere zorg in termen van aantoonbaar effectiever, is nog niet wetenschappelijk bewezen.

Dit leidt ons tot de belangrijke *Conclusie: Het is de hoogste tijd de good practices en interculturele competentieprofielen in de GGZ – o.a. zoals die de laatste jaren zijn gedocumenteerd – wetenschappelijk op hun effectiviteit te toetsen.*

Om verder na te gaan of er wellicht per type stoornissen iets bekend is over de effecten van reguliere of andere behandel-effecten bij allochtone cliënten in Nederland, hebben we uitvoerige searches verricht. Hieronder vindt u daarvan de resultaten.

4.2 Angststoornissen

Voor deze rubiek stoornissen hebben wij geen studies kunnen vinden naar therapie- effecten bij Nederlandse allochtone cliënten. We hebben zowel gekeken

of er effect-gegevens zijn over eventueel onderzochte, specifieke methoden van behandeling bij allochtonen, alsook of er effectstudies zijn rond reguliere behandeling van angststoornissen bij allochtone cliënten (zie Methode van aanpak). Beide zoekstrategieën leverden niets op.

In de multidisciplinaire richtlijnen voor de behandeling van angststoornissen ontbreekt aandacht voor Nederlandse allochtone cliënten. Door Mikado is om deze reden een intercultureel addendum Angststoornissen (Kamperman, 2007) ontwikkeld, een aanvulling op de bestaande richtlijn in die zin dat aan deze groepen nu juist wèl aandacht wordt besteed.

Conclusie: Er is dringend onderzoek nodig naar de effecten van reguliere (CBT)behandeling van angststoornissen bij allochtonen alsmede naar de effecten van cultuurgevoelige, good practice behandeling van angststoornissen (zoals op basis van het genoemde interculturele addendum) bij deze groepen.

4.3 Stemningsstoornissen

Ook voor stemmingsstoornissen hebben wij geen studies kunnen vinden naar effecten van reguliere therapie bij Nederlandse allochtone cliënten, noch studies naar effecten van cultuurgevoelige good practices. Zo'n good practice betreft een cultuurspecifieke variant van de preventie cursus "In de put, uit de put", getiteld "Lichte dagen, donkere dagen", waarvan het protocol is op te vragen via het Trimbosinstituut. Bij diverse instellingen zijn varianten – al gerealiseerd of alleen nog bedacht) op deze aanpak geïnterviewd. De cursus "Lichte dagen, donkere dagen" is wel incidenteel geëvalueerd, maar tot op heden is er geen gerandomiseerd effectonderzoek uitgevoerd.

Conclusie: Er is dringend onderzoek nodig naar de effecten van reguliere (o.a. CBT-) behandeling van stemmingsstoornissen bij allochtonen alsmede naar de effecten van cultuurgevoelige good practices (denk hierbij bijvoorbeeld aan (varianten van) "Lichte dagen, Donkere dagen") rond stemmingsstoornissen bij deze groepen.

4.4 Eetstoornissen

Ook voor eetstoornissen geldt, dat er tot zover ons bekend, tot op heden geen studies zijn gedaan naar therapie-effecten bij Nederlandse allochtone cliënten. Dat het relevant kan zijn om dit wel te doen, bleek uit een Amerikaans onderzoek van Chui, Safer, Bryson, Agras, en Wilson (2007), dat uiteraard betrekking had op andere etnische groepen dan in Nederland. Genoemde onderzoekers vonden een belangrijk interactie-effect tussen etnische groep en therapie-type. Onder zwarte deelnemers bleek in vergelijking tot andere etnische groepen sprake van een grotere reductie van eetbui-episoden na behandeling met IPT (interpersoonlijke therapie) dan na CBT.

Conclusie: Er is dringend onderzoek nodig naar de effecten van reguliere (CBT)behandeling van eetstoornissen (alsmede van obesitas, zie hoofdstuk 1) bij allochtonen alsmede naar de effecten van

cultuurgevoelige, good practice behandeling van eetstoornissen bij deze groepen.

4.5 Psychotische stoornissen; Schizofrenie

Hoewel in de literatuur wel aandacht aanwezig is voor de hogere prevalentie van schizofrenie bij verschillende allochtone bevolkingsgroepen, hebben wij geen studies kunnen vinden waarin de effecten van behandeling van psychotische stoornissen bij in Nederland woonachtige, allochtone cliënten zijn onderzocht. De multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie van het Trimbos Instituut doet ook melding van de verhoogde risico's bij in het bijzonder etnische minderheden uit de Antillen, Suriname en Marokko, maar geeft voor wat betreft de behandeling slechts eenmaal het advies, bij 'helder taalgebruik', 'aandacht voor culturele verschillen'. Hoe dit te doen, en waarop het advies gebaseerd is, blijft buiten beschouwing. Good practices rond de behandeling van psychotische stoornissen bij allochtonen hebben wij niet gevonden, laat staan effectonderzoek ernaar.

Fossion en collega's (2004) concluderen uit hun cross-sectionele studies onder psychotici in België van Marokkaanse herkomst dat, gezien het belang van de familie van deze groep (bij wie relatief veel van hen nog woonachtig zijn), de familie meer bij de behandeling betrokken moet worden. Deze meer systemische opvatting van psychotherapie als zijnde meer geëigend voor de behandeling van allochtonen in het algemeen, is overigens wijdverbreid, maar niet wetenschappelijk getoetst.

Conclusie: Het is heel wenselijk dat wetenschappelijk onderzoek wordt opgezet naar de vraag in hoeverre reguliere behandelingen van psychotische stoornissen effectief zijn voor verschillende groepen allochtonen in Nederland, zeker in het licht van de verhoogde prevalentie van deze stoornissen bij bepaalde subgroepen. Ook de gangbare opvatting dat allochtone cliënten meer gebaat zouden zijn dan autochtonen bij een systemische aanpak, verdient wetenschappelijk onderzoek te worden.

4.6 Somatoforme stoornissen

Rond effecten van behandeling somatoforme stoornissen bij Nederlandse allochtonen kwamen wij één studie op het spoor, en één andere relevante studie die betrekking had op in Duitsland wonende Turken. De eerstgenoemde studie heeft echter geen betrekking op de GGZ want speelt zich af in de 1^e lijn. Omdat het onderzoek klachten betreft die verwant zijn aan somatoforme stoornissen, bespreken we het hier toch. De tweede studie betrof psychotherapie in combinatie met verschillende typen lichaamsgerichte therapie in een ziekenhuissetting, en een groep allochtonen die ook in Nederland goed vertegenwoordigd is, namelijk Turken.

De eerste studie is afkomstig van Kocken, van Zwanenburg en de Hoop (2008) en betreft de effecten van een specifieke, cultuurgevoelige aanpak van psychosomatische klachten bij Turkse en Marokkaanse vrouwen (N = 104) in een RCT. De behandeling werd gedaan door culturele werkers, zelf migranten en verbonden met de huisarts, en bestond

uit psycho-educatie, met speciale aandacht voor de culturele achtergrond van de cliënt en voor ondersteuning van de communicatie tussen cliënt en huisarts. De controlegroep ontving de reguliere huisartsenbehandeling. De cultuurgevoelige aanpak resulteerde in een betere waargenomen, algemene gezondheid alsmede geestelijke gezondheid, en het beter om kunnen gaan met de pijn. Wat betreft sociale steun en de last door stressvolle levensgebeurtenissen waren er geen verschillen tussen de groepen. Volgens de onderzoekers komt een deel van het gebrek aan effect op rekening van de diversiteit in type klachten, non-compliance, en afnemende lichamelijke beperkingen in de tijd.

De tweede studie, van Nickel en collega's (2006), was eveneens een RCT waarin beide, overigens opgenomen, groepen naast verschillende vormen van psychotherapie in hun moedertaal een bio-energetische aanpak ondergingen, dan wel gymnastiekoefeningen deden. De psychotherapie met bio-energetica bleek superieur in termen van afname van lichamelijke en verschillende psychische klachten, waaronder naar binnen gerichte woede. De auteurs bevelen aan vervolgonderzoek te richten op de effecten bij mannen (in dit onderzoek ondervetehenwoordigd) en op lange-termijneffecten.

Conclusie: Er is dringend onderzoek nodig naar de effecten van reguliere, GGZ-gerelateerde behandeling van somatoforme stoornissen bij allochtonen alsmede naar de effecten van cultuurgevoelige, op good practices gebaseerde GGZ-behandeling van somatoforme stoornissen bij deze groepen. Bij dit laatste verdient het aanbeveling aan te sluiten bij de bevindingen van Kocken et al. (2008) en Nickel et al. (2006), en ook aandacht te besteden aan de langere-termijneffecten.

4.7 Eindconclusies Hoofdstuk 4

Het is, zeker ook tegen het licht van de terechte, toegenomen eis in de huidige GGZ dat behandelingsmethoden evidence-based moeten zijn, zeer zorgwekkend dat tot nu toe geen wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar de effecten van huidige GGZ-behandelingen op de allochtone cliëntenpopulatie. Het is dus de hoogste tijd dat reguliere, voor de autochtone bevolking redelijkermate evidence-based behandelingen op hun effectiviteit en doelmatigheid worden getoetst voor de diverse groepen Nederlandse allochtonen.

Ondanks het ontbreken van dergelijk wetenschappelijk effectonderzoek kan geconstateerd worden dat de GGZ bepaald niet stil heeft gezeten en zich heeft beijverd om de zorg te laten aansluiten op een meer diverse doelgroep en daarmee aan kwaliteit te doen toenemen. Voor de goed gedocumenteerde good practices en ontwikkelde interculturele competentieprofielen in de GGZ geldt echter evenzeer dat het hier op dit moment nog gaat om niet onderzochte veronderstellingen over wat goed zou zijn/ werken, niet om feiten. Ook hier geldt dus dat dringend onderzoek nodig is naar de effecten van als cultuursensitief bedoelde good practice behandelingen en van "interculturele competentie" van de behandelaars op het herstel en eventueel voorkómen van psychische stoornissen en mildere vormen van psychisch onwelbevinden bij diverse Nederlandse, allochtone groepen.

Deze conclusies en aanbevelingen gelden voor de hier besproken typen van psychische stoornissen: angst-, stemmings-, eet-, psychothische en somatoforme stoornissen inclusief daaraan gelieerde fenomenen als somberheid en obesitas. Naast deze dient echter ook voor andere categorieën stoornissen en onwelbevinden nagegaan te worden of hier dezelfde stand van zaken van toepassing is, en zo ja, dan dienen daarvoor dezelfde conclusies getrokken te worden.

Hoofdstuk 5

Slotconclusies

5.1 Evaluatie van de bevindingen en van de gevolgde methode

De vorige hoofdstukken en het ervoor benodigde werk dat we in de afgelopen tijd hebben verzet overziend, valt ons een grote maar schijnbare tegenstrijdigheid op die zich binnen dit veld opdringt: wat is veel gedaan! En tegelijkertijd: wat staan we nog volstrekt aan het begin...

Doel van onze verkenning was kennis en kennishiaten in beeld te brengen met betrekking tot de prevalentie van psychische stoornissen en problemen bij Nederlandse allochtonen, en betreffende de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg op dit gebied. Inderdaad, zo bleek: er is enorm veel gedaan; we hebben dan ook veel bruikbare informatie gevonden. Maar tegelijkertijd blijkt deze informatie slechts een zeer klein deel te betreffen van datgene waarnaar we op zoek waren.

Het bestaande onderzoek geeft een afdoende beeld van de feitelijke instroom van de klassieke allochtone groepen in de GGZ, maar over de door- en uitstroom en de (ervaren) kwaliteit van de hulpverlening is nog opmerkelijk weinig bekend.

Ook zijn er studies rond prevalentie, met name van schizofrenie, maar deze zijn in feite schaars en/of lokaal. De omvangrijke, gevonden informatie betreft vooral niet-onderzoek: documentatie, projecten, etc. die we kunnen opvatten als hypothesen over wat goed zou werken, vrijwel zonder uitzondering hypothesen die dringend onderzoek behoeven. Het meest schaars is namelijk het effectonderzoek gebleken: de in de GGZ zo dringend noodzakelijk geachte evidentie voor de effectiviteit van bepaalde interventies ontbreekt waar het allochtonen betreft, volkomen.

Hebben we wel goed gezocht, en hadden we niet (nog) meer informatie kunnen vinden, met name meer prevalentie-gegevens rond psychische stoornissen en andere vormen van onwelbevinden, en (nog) meer effectstudies rond behandeling van allochtonen binnen de GGZ?

We zijn ons bewust van de beperkingen van onze verkenning. Onze zoektocht naar prevalentie- en effectstudies (hoofdstukken 2 en 4) heeft zich tot een vijftal hoofdcategorieën van psychische (DSM-)stoornissen beperkt, al zijn het wel vijf heel belangrijke en de meest voorkomende onder autochtonen: angst-, stemmings-, eet-, psychotische en somatoforme stoornissen. We hebben ons hierbij niet beperkt tot Nederland, maar ook op Europees niveau gezocht, in de Nederlandstalige en Engelstalige literatuur en op diverse websites (voor details, zie Hoofdstuk 1, Methode).

Helaas maar logisch gezien de beperkte loopduur van het project zijn daarbij mogelijk relevante studies naar prevalentie en/of behandel-effecten buiten beeld gebleven. Dit betreft ten eerste andere dan de besproken DSM-categorieën, bijvoorbeeld middelen- en alcoholverslaving/ -misbruik, aanpassingsstoornissen, slaapstoornissen, etc. Ook buiten beschouwing bleven prevalentie- en behandelingseffectstudies met betrekking tot stoornissen bij kinderen. Een derde beperking van de informatie, met name met betrekking tot effectstudies, betreft het onderzoek op het terrein van de

behandeling met psychofarmaca. Het is allang duidelijk dat er grote verschillen zijn in dosis-respons al naar gelang de etnische herkomst, maar (het ontbreken van) studies hierover zijn geen onderwerp van bespreking in dit rapport. Een vierde beperking betreft (het ontbreken van) studies naar de prevalentie en naar de behandel-effecten bij Nederlandse allochtonen van *niet* in de DSM opgenomen, cultuurgebonden manifestaties van psychisch onwelbevinden. Hierover durven wij echter de veronderstelling te verdedigen dat die er ook niet of nauwelijks zullen zijn.

5.2 Aanbevelingen voor prioritering van toekomstig onderzoek

Prioriteit 1: Effectonderzoek

Ondanks de zojuist genoemde beperkingen is duidelijk geworden dat het belangrijkste kennishiaat in de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen, Nederlandse allochtonen de interactie betreft in het primaire proces tussen GGZ-systeem en cliënt. Met andere woorden, de afwezigheid van effectstudies rond de behandeling van psychische stoornissen bij Nederlandse allochtonen mag niet langer getolereerd worden; dit soort onderzoek verdient de grootste prioriteit, zeker in het licht van de toegenomen eis dat behandelingen evidence-based dienen te zijn. De term “behandelingen” dienen hierbij breed opgevat te worden, van therapie-voorbereiding tot nazorg en alles daar tussen in. (Ook) vele out-reaching praktijken zijn namelijk weliswaar gedocumenteerd, maar niet of nauwelijks op effectiviteit onderzocht. Dit wordt ook onderstreept door de bevinding in Hoofdstuk 3 dat in het toegankelijkheidsonderzoek tot op heden het accent heeft gelegen op de instroom van cliënten, terwijl de doorstroom en vroegtijdige uitstroom relatief verwaarloosd zijn.

Reguliere, voor de autochtone bevolking redelijkermate evidence-based, behandelingen binnen de ambulante en overige GGZ dienen dus op hun effectiviteit en doelmatigheid te worden getoetst voor de diverse groepen Nederlandse allochtonen. Maar ook behandelingen gebaseerd op good practices, cultuurspecificiteit, manifestaties van cultuurcompetentie, etc. dienen op hun doelmatigheid en effectiviteit te worden getoetst, bij de groepen waarvoor ze ontwikkeld zijn en/of waarvoor ze bruikbaar worden geacht. De nu ontbrekende effectstudies betreffen het hele spectrum aan psychische klachten, met name dus de grote klachtencategorieën zoals angst- en stemmingsstoornissen, en ook eetstoornissen, somatoforme stoornissen en psychotische stoornissen. Maar ook de behandelings-effecten van andere psychische stoornissen bij allochtone Nederlanders, zoals slaapstoornissen, aanpassingsstoornissen, seksuele stoornissen, en persoonlijkheidsstoornissen, dienen te worden onderzocht.

Prioriteit 2: Onderzoek naar doorstroom binnen en kwaliteit van de GGZ voor allochtone groepen.

In aansluiting op Prioriteit 1 en gegeven de kennishiaten bevelen we verder aan

- a) onderzoek te doen naar de doorstroom en (vroegtijdige?) uitstroom van ‘allochtone’ patienten in de verschillende GGZ-sectoren
- b) vast te stellen welke invloed out-reachende praktijken hebben op feitelijke en ervaren toegankelijkheid;

- c) te onderzoeken of culturele competentie(profielen) een gunstige invloed hebben op de kwaliteit van de behandeling en het herstel van de patiënt;
- d) De interactie(patronen) te documenteren in het omgaan met sociale en culturele verschillen tussen hulpzoekers en hulpaanbieders en na te gaan welk effect deze hebben op de ervaren kwaliteit van de zorg en herstel van de patiënt.

Op grond van het voorwerk dat in allerlei verkennende studies al is verricht, bevelen we aan dat er in toekomstige toegankelijkheidsstudies systematisch rekening wordt gehouden met inter-etnische en intra-etnische variatie; met andere woorden dat de differentiatie in herkomst tussen allochtone groepen en de interne differentiatie in sekse, leeftijd/generatie, opleiding en acculturatie stelselmatig in gegevensverzameling en –analyse wordt betrokken.

Prioriteit 3: Prevalentie-onderzoek integreren in bestaande systematische metingen

Deze prioriteit onderstreept hebbende, constateren we vervolgens dat de prevalentie van vrijwel alle hier besproken psychische stoornissen bij allochtone Nederlanders onvoldoende systematisch wordt onderzocht. In de reguliere (Nemesis-)metingen worden allochtone bevolkingsgroepen niet systematisch betrokken. Hetzelfde geldt voor alle hier niet besproken stoornissen en klachten. Wel is het mogelijk op basis van het combineren van beschikbare onderzoeksgegevens meer zicht te krijgen op diverse prevalenties landelijk gezien. Er moet zo snel mogelijk begonnen worden met uitbreiding van de reguliere peilingen van de geestelijke gezondheid naar allochtone Nederlanders, uitgesplitst naar diverse etnische groepen, met differentiatie naar sekse, opleiding en leeftijd.

Een uitzondering qua beschikbaarheid van prevalentie-gegevens vormen psychotische stoornissen met name schizofrenie, waarover wel al redelijk wat bekend is; deze gegevens zijn echter verkregen buiten de reguliere metingen van de geestelijke gezondheidstoestand van de Nederlanders om, in aparte studies. Meer kennis over de diverse prevalenties kan meer inzicht opleveren in de aard en omvang van problemen op het gebied van de geestelijke gezondheid bij deze groepen, en, mits gecombineerd met determinantenonderzoek, kan dergelijk prevalentie-onderzoek behulpzaam zijn bij het nemen van beleidsmaatregelen omtrent de meest wenselijke aanpak. Dergelijk prevalentieonderzoek naar bijvoorbeeld stemmingsstoornissen is echter geen noodzakelijke voorfase vóór het doen van effectstudies ernaar (zie Prioriteit 1). Dat angst- en stemmingsstoornissen ook bij allochtonen prevalent zijn, is genoegzaam bekend, de precieze omvang en vooral de eventuele cultuurspecifieke determinanten ervan, verdienen nader onderzoek.

Toekomstig onderzoek: zo cultuursensitief mogelijk

Toekomstig onderzoek naar zowel behandelingseffecten in de meest brede zin van het woord als prevalentie dient ook andere dan uitsluitend de

reguliere DSM-IV stoornissen te betreffen, andere dan de hier besproken DSM-stoornissen, en mildere vormen van psychisch en psycho-sociaal onwelbevinden zoals bijvoorbeeld werkstress. Het dient rekening te houden met mogelijke variaties ten opzichte van de gangbare DSM-criteria; gebruik te maken van representatieve steekproeven van duidelijk omschreven (sub)populaties; aan te sluiten bij reeds verricht onderzoek in Nederland en Europa (en indien relevant: andere delen van de wereld); en een belangrijke plaats in te ruimen voor de bestudering van relevante verklarende factoren. Uiteraard dient het onderzoek, in alle fasen van de onderzoekscyclus, op zo cultuursensitief mogelijke wijze opgezet en uitgevoerd te worden (zie bijv. Bekker et al., 2005), dat wil zeggen bij het totstandkomen van de vraagstelling, bij de keuze en eventuele aanpassing van het meetinstrumentarium, de methode van data-verzamelen en werven, alsook bij de data-analyse, en implementatie van de resultaten.

Literatuur

- Aan de grenzen II (2005). *Teruggetrokken allochtone jongeren met problemen*. Den Haag: Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn.
- Allik, J. (2005). Personality dimensions across cultures. *Journal of Personality Disorders*, 3, 212-232.
- Atkinson, D.R. Wampold, B.E., Lowe, S.M., Matthews, L., & Ahn, H. (1998). Asian American preferences for counselor characteristics: Application of the Bradley-Terry-Luce model to paired comparison data. *Counseling Psychologist*, 26, 101-113.
- Bartels, E. (1994). Somatiseren onder Turkse en Marokkaanse migrantenvrouwen. Analyses vanuit machtsverhoudingen. *Sociale Interventie*, 1, 12-20.
- Bekker, M.H.J., & Frederiks, E. (2005). *Psychotherapeuten over diversiteitsbewuste werkwijzen en knelpunten bij intake, diagnostiek en behandeling van allochtone vrouwen en mannen*. Amersfoort: GGZ Kennisnet.
- Boomstra, R. (2003). *Haalbaarheidsstudie "Interculturele beleidsmonitor"*. Utrecht: Trimbosinstituut. www.ggzkennisnet.nl. Toegang 27-08-2008.
- Boomstra, R. & Kramer, S. (1997). *Cultuurverschillen in interacties tussen hulpverleners en vluchtelingen*. Utrecht: SOR.
- Boomstra, R., Wennink, J. & Uiterloo, G. (2003). *Is er sprake van interculturele verlegenheid in de GGZ en de verslavingszorg in Nederland? Gedrag en Gezondheid*, 31, 200-218.
- Boomstra, R. & Hoogsteder, M (2004). *Interculturele kwaliteit in de GGZ*. Utrecht: GGZ-Nederland.
- Boomstra, R., Wennink, J. & Kok. (2004). *Intercultureel management: een vak apart. Een onderzoek naar succes- en faalfactoren van interculturalisatie in de GGz en de verslavingszorg*. Rotterdam: Mikado.
- Borra R, Dijk, R. van & Rohlof, H. (2002). *Cultuur, classificatie en Diagnose, Cultuursensitief werken met de DSM-IV*. Houten: BSL.
- Bos, M., & Cense, M. (2005). *Trainen over diversiteit* / M. Bos, M. Cense . Utrecht: TransAct.
- Bot, J (2004). Een bijzondere samenwerking. Werken met tolken in de geestelijke gezondheidszorg. *CMG I* (3), 38-49.
- Bot, J. (2005).. *Dialogue Interpreting in Mental Health*. Proefschrift. Utrecht: UU.
- Bovenkamp, H. van de & Trappenburg, M. (2008). *Niet alleen de patiënt centraal: Over familieleden in de geestelijke gezondheidszorg*. Rotterdam: iBMG.
- Bozkir, C. (2003). *Eenheid in diversiteit. Resocialisatiegroepen voor migranten*. Rotterdam: Mikado.
- Braakman, M. & Kaasenbrood, A. (2002). Grensgevechten: over complicaties in de psychiatrische behandeling van asielzoekers. *MGv*, 57, (1), 9-23.

- Broers, E. & Eland, A. (2000). *Verslaafd, allochtoon en drop-out, vroegtijdig vertrek van allochtone verslaafden uit de intramurale verslavingszorg*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Burman, E. (2005). Engendering Culture in Psychology. *Theory and Psychology*, 15,4: 527-548.
- Can, M. & Uzer, B (2004). *Als inkt in het water: laagdrempelige psycho-educatie voor Turken en Marokkanen*. Rotterdam: MIKADO.
- Cantor-Graae, E. & Selten, J.P. (2005). Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162, 12-24.
- Chui, W., Safer, D.L., Bryson, S.W., Agras, W.S. & Wilson, G.T. (2007). A comparison of ethnic groups in the treatment of bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 8, 458-491.
- Coleman, H.L.K. (1998). General and multicultural counseling competency: Apples and oranges? *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 26 (3), 145-157.
- Coleman, H.L.K. (1997). Conflict in multicultural counselling competency: source and resolution. *Journal of Multicultural Counseling and Development* 25, 195-200.
- De Graaf, R., ten Have, M.L., Dorsselaer, S. van, Schoemaker, C.G., Beekman, A.J., & Vollebergh, W. (2005). Verschillen tussen etnische groepen in psychiatrische comorbiditeit: Resultaten van Nemesis. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60, 703-716.
- De Wit, M.A.S., Tuinebreijer, W.C., Beekman, A.T.F., Dekker, J., Gorissen, W.H.M., Penninx, B.W., Komproe, I.H., Mesu, P.S., & Verhoeff, A.P. (2006). *Stemmings- en angststoornissen in Amsterdam: Verschillen in voorkomen en zorggebruik naar etniciteit*. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- De Wit, M.A.S., Tuinebreijer, W.C., Dekker, J., Beekman, A.T.F., Gorissen, W.H.M., Schrier, A., Penninx, B.W., Komproe, I.H., & Verhoeff, A.P. (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups: A population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, (online version).
- Dieperink, C., Dijke, R van & Wierdsma, A. (2002). GGZ voor allochtonen. Ontwikkelingen in het zorggebruik in de regio Rotterdam, 1990 -1998.
- Dijk, R. van (1989). Cultuur als excuus voor een falende hulpverlening. *Medische Antropologie. Tijdschrift over Gezondheid en Cultuur*, 1, 131-144.
- Dijk, R. van (2008). GGZ Nederland zoekende over registratie geboorteland. www.mikadonet.nl dd 13 juni. Toegang op 25 juni 2008.
- Dijk, R. van, Boedjarath, I., de Jong, J., May, R. & Wesenbeek, R. (2000). Interculturele geestelijke gezondheidszorg in de XXIe eeuw : een manifest. *MGV*, 55 (2), 134-144.
- Dijkshoorn, H., Nierkens, V., & Nicolaou, M. (2008). Risk groups for overweight and obesity among Turkish and Moroccan migrants in The Netherlands. *Public Health*, 122, 625-630.

- Dorgelo, A. Sbiti, A., Kamperman, A. (2007). Good practices in de GGZ. Een handreiking voor succesvolle implementatie van interculturele good practices. *CMG*, 3, 154-160.
- Dotinga, A. & Verkleij, H. (2008). Verschil in ziekenhuisopname en gebruik van GGZ en verslavingszorg tussen allochtonen en autochtonen. In *Zorgbalans 2008*, Bilthoven: RIVM. [Www.gezondheidszorgbalans.nl](http://www.gezondheidszorgbalans.nl). Toegang 9 aug 2008.
- Dotinga, A. & Verkleij, H. (2008) Indicatoren van toegankelijkheid naar behoefte. In *Zorgbalans 2008*, Bilthoven: RIVM. [Www.gezondheidszorgbalans.nl](http://www.gezondheidszorgbalans.nl). Toegang 9 aug 2008.
- Drogendijk, A.N., Velden, P.G. van der, Kleber, R.J., Gersons, B.P.R. (2004). *Leidende en misleidende verwachtingen. Een kwalitatief onderzoek onder Turkse getroffen van de vuurwerkramp Enschede omtrent de psychosociale nazorg*. Instituut voor Psychotrauma AMC/De Meren.
- Entzinger, H. B. & Mackenbach, J.P. (2006). Verborgen verklaringen voor etnische verschillen in suïcidaal gedrag. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 2131-2232.
- Eppink, A. (1982). *Cultuurverschillen en communicatie. Problemen bijhulpverlening aan migranten in Nederland*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Fassaert, T., Wit, M.A.S. de, Tuinebreijer, W.C., Verhoeff, A.P., Beekman, A.T.F., Dekker, J. (2008). Perceived need for mental health care among non-western labour migrants. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. E-publication ahead of print.
- Fienieg, B. (1998). *Denkwerk in uitvoering. Een zoektocht naar uitgangspunten voor zorg- en hulpverlening aan zwarte, migranten- en vluchtelingen vrouwen*. Utrecht: TransAct.
- Foets, M. (****). Halfjaarlijks overzicht van internationale publicaties over Nederlandse en Belgische studies. In *CMG*, 01 08, p. 44.
- Fossion, P., Servais, L., Rejas, M.C., Ledoux, Y., Pelc, I. & Minner, P. (2004). Psychosis, migration and social environment: An age-and-gender controlled study. *European Psychiatry*, 19, 338-343:
- Garsen, M.J., Hoogenboezem, J., & Kerkhof, A.J.F.M. (2006). Zelfdoding onder migrantengroepen en autochtonen in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 2143-2149.
- Gerritsen, A.A.M., Bramsen, I., Dévillé, W., van Willigen, L.H., Hovens, J.E. & van der Ploeg, H.M.. (2005). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 9, 18-26.
- Gerritsen, A.A.M., Bransen, I., Devillé, W., Willigen, L.H.M. van, Hovens, J.E., Ploeg, H.M. van der (2006). Use of health care services by Afghan, Iranian and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands. *European Journal of Public Health* 16 (4), 394-399.
- GGD Rotterdam, Trimbos en NIGZ (2004). *Preventieve interventies gericht op psychische en psychosociale klachten bij allochtone groepen*. Rotterdam: GGD. Te downloaden van www.lsp-preventie.nl of www.ggd.rotterdam.nl.

- GGZ Nederland. (2002). *Handreiking voor oudere allochtonen*. Utrecht: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2003). *Interculturalisatie en de Forensische psychiatrie. Van politiek correct naar implementatie. Verslag conferentie 14 februari 2003*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T., van Vliet, K.P. & Kolk, A.A.M. (1996). Gender perspectives and quality of care: Towards appropriate and adequate health care for women. *Social Science and Medicine*, 43, 707-720.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T., van Vliet, K.P. & Kolk, A.A.M. (1996). Gender perspectives and quality of care: Towards appropriate and adequate health care for women. *Social Science and Medicine*, 43, 707-720.
- Graaf, R. de, ten Have, M.L., van Dorselaar, S., Schoemaker, C.G., Beekman, A.T.F. & Volleberg, W. (2005) Verschillen tussen etnische groepen in psychiatrische comorbiditeit: resultaten van NEMESIS. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60, 703-716.
- Graaff, F. de, m.m.v. Eitjes, H. (2004). *Participatie van allochtonen in de gezondheidszorg*. Den Haag: Mutant.
- GGZ Nederland (2003). *Diversiteit in culturele herkomst*. Utrecht: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2008). *Culturele herkomst van cliënten in de GGZ en Verslavingszorg*. Utrecht: GGZ Nederland.
www.mighealth.net/nl/images/c/cb/Ggz1.pdf
- Have, M. ten, Rodrigues, M. & Bijl, R. (1996). *Hulpverlening aan allochtonen met psychische problemen*. Utrecht: NcGv.
- Have, M.L. ten; & Bijl, R. (1999). Inequalities in mental health care and social services utilisation by immigrant women. *Eur Journal of Public Health*, 9(1), 45-51.
- Hessing-Wagner, J. (2006). Gezondheid. In *Sociale atlas van vrouwen uit etnische minderheden*. Den Haag: SCP.
- HKZ, mail van beleidsmedewerker H.W.M. van Bavel aan J. van Mens-Verhulst d.d. 15 september 2008.
- Hoekstra, M. (2004). Jaarverslag over 2004. Landelijk project GGZ aan asielzoekers van GGZ Nederland.
- Hoffer, C. (2004a) Een cultuurspecifieke Beschermd Woonvorm in de praktijk. *CMG*, 1(2), 14-26.
- Hoffer, C. (2004b). *Een andere invalshoek. Het intercultureel spreekuur bij de GGZ Groep Europoort*. Rotterdam: Mikado
- Hoffman, E. (1999). *Het TOPOI-model. Een pluralistische systeemtheoretische benadering van interculturele communicatie*. Proefschrift. Utrecht: UU.
- Hooghiemstra, E. (2003). Trouwen over de grens. Achtergronden van partnerkeuze van Turken en Marokkanen in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Hoogsteder, J. & Verhoeven, J. (2002). *Werkdocument. Project deskundigheidsbevordering Interculturalisatie GGz. Quick scan*. Utrecht: GGZ Nederland.

- Huijbregts, V. (2004). *Gedeelde smart. Een multidisciplinaire deeltijd-behandeling voor adolescente asielzoekers en vluchtelingen bij GGZ Midden-Brabant*. Rotterdam: Mikado.
- Ingleby, D. (2000). *Psychologie en de multiculturele samenleving: een gemiste aansluiting?* Utrecht: Universiteit Utrecht. Oratie.
- Ingleby, J.D. & Andriesen, G. (2000). Diversiteit in het curriculum. Een onderzoek naar de aandacht voor culturele diversiteit in de opleidingen van de Faculteit der Sociale Wetenschappen. Utrecht: FSW.
- Interculturalisatiekrant 1. mei 2003. Uitgave van GGZ Nederland
- Jacobi, C., Hayward, C., Zwaan, M. de, Kraemer, H. C. & Agras, W.S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, 19-65.
- Jansen, W. (1991). Bezetenheid. *Psychologie*, 10, 38-42.
- Janssen, I., e.a. (2002). Psychose-epidemie bij immigranten. In welke mate speelt discriminatie een rol? In E. van Meekeren e.a.. *Culturen binnen psychiatrie-muren. GGZ in een multiculturele samenleving*. Amsterdam: Boom.
- Jessurun, C.M. (1991). *Onderzoek psychosociale hulpverlening aan Creoolse cliënten*. Amsterdam: HvA. Doctoraalscriptie.
- Jong, J.T.V.M. (2008). *Intercultureel Addendum Angststoornissen*. Rotterdam: Mikado.
- Jong, J.T.V.M. de & Ommeren, M. van (2005). Mental health services in a Multicultural Society: Interculturalization and its Quality Surveillance. *Transcultural Psychiatry*, 42 (3), 437-456.
- Jongedijk, R. & Hoekstra, M. (2006). GGZ voor asielzoekers. Teveel, voldoende of te weinig? *CMG* 3 (3), 148-159.
- Kal, D. (2004). *Moslims en psychiatrie in Nederland. Verslag van een verkennend onderzoek*. Rotterdam: Mikado.
- Kamperman, A. (2007). *Intercultureel addendum Angststoornissen*. Rotterdam: Mikado
- Kamperman, A.M. (2005). *Deconstructing ethnic differences in mental health of Surinamese, Moroccan and Turkish migrants in The Netherlands*. Proefschrift. Amsterdam: VU.
- Kamperman, A.M., Komproe, I.H. & Jong, J.T.V.M. de (2003). De relatie tussen culturele aanpassing en psychische gezondheid bij de eerste generatie Turks, Marokkaanse en Surinaamse migranten. *MGV*, 163-174.
- Kamperman, A.M., Komproe, I.H. & de Jong, J T.V.M. (2002). *Aard en omvang van psychiatrische en psychosociale problematiek: basisbevindingen van de epidemiologische studie naar psychopathologie onder migranten in Amsterdam 1998-2000*. Amsterdam: Transcultural Psychosocial Organisation.
- Kamperman, A.M., Komproe, I.H. & Jong, J.T. de (2007). Migrant mental health: a model for indicators of mental health care consumption. *Health Psychology*, 26 (10), p. 96-104.
- Kessler, R., & Mroczek, D. (1994). Final Versions of our Non-Specific Psychological Distress Scale. Ann Arbor, MI: Survey Research Centre of the Institute for Social Research, University of Michigan.

- Kirmayer, L.J. & Young, A. (1998). Culture and somatization: Clinical, epidemiological, and ethnographic Perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60, 420-430.
- Kleinman, A. (1995). Do psychiatric disorders differ in different cultures? The methodological questions. In N.R. Goldberger & J.B. Veroff (eds.), *The culture and psychology reader* (pp. 631-651). New York: New York University Press.
- Kleinman, A. (2005). *Culture and Psychiatric Diagnosis and treatment: What are the necessary therapeutic skills?* Utrecht: Trimbos.
- Kleinmann, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 12, 85-93.
- Kleinmann, A. (1981). On illness meanings and clinical interpretation: Not 'rational man', but a rational approach to man the sufferer/man the healer. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5, 373-376.
- Klijns, B. (2004). *Samenwerking in Ontwikkeling. Een onderzoek naar vluchtelingenparticipatie binnen GGZ Midden-Brabant en GGZ Eindhoven*. Tilburg: BOZ.
- Knipscheer, J. (2000). *Cultural convergence and divergence in mental health care*. Proefschrift. Utrecht: UU.
- Knipscheer, J. & Kleber, R.J. (2004). *Een interculturele entree in Altrecht. Inhoud en resultaat van een interculturele werkwijze bij kortdurende behandeling*. Utrecht: Altrecht.
- Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2005). Psychotherapie met allochtonen - écht anders? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60, 717-724.
- Knipscheer, J. & Kleber, R.J. (2005a). Migranten in de GGZ: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 47, (11), 753-759.
- Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2005b). Helpseeking behaviour regarding mental health problems of Mediterranean migrants in the Netherlands: Familiarity with care, consultation attitude and use of services. *International Journal of Social Psychiatry*, 51, 372-382.
- Knipscheer, J.W. & Kleber, R. (2005c), Psychotherapie met allochtonen echt anders? *MGV*, 60, 717-724.
- Kocken, P. L, van Zwanenburg, E. J. & de Hoop, T. (2008). Effects of health education for migrant females with psychosomatic complaints treated by general practitioners. A randomised controlled evaluation study. *Patient and Educational Counseling*, 70, 25-30.
- Kok, I. & Boomstra, I. (2004). *De geschiktheid van de GGZ Thermometer voor multicultureel gebruik*. Utrecht: Trimbos.
- Kortman, F. (2003) *Interculturele Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland. Een studie naar de 'state of the art' van de transculturele hulpverlening*. Rotterdam: Mikado.
- Kramer, S. (2004). *Interculturele competentieprofielen in de GGZ*. Rotterdam: Mikado
- Kramer, S. (2004). *Interculturele competentieprofielen in de GGZ*. Rotterdam: Mikado. ISBN: 90-77782-06-0.
- Kramer, S. (2007). *Nieuwsgierig blijven. Implementatie van de interculturele competenties in de GGZ*. Rotterdam: MIKADO.

- Krikke, H. (2000). *Suïcidaal gedrag onder allochtone meisjes en jonge vrouwen*. Den Haag: Bureau Public Health.
- Kurt, A., Boomstra, R., Wennink, J. & Kleber, R. (2001). *Geçmiş olsun. Moge het nooit meer gebeuren. Onderzoek naar de gevolgen van de aardbeving in Turkije in 1999 voor Nederlands-Turkse getroffen*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Land, H. van 't, Grolleman, J., Mutsaers, K. en Smits, C. (2008). *Trendrapportage GGZ 2008. Deel 2. Toegang en Zorggebruik*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Lee, S.A. & Farrell, M. (2006). Is cultural competence a backdoor to racism? *Anthropology News*, 47 (3), 9-10.
- Lindert, J., Brähler, E., Wittig, U., Mielck, A. & Priebe, S. (2008). Depression, anxiety and posttraumatic stress disorders in labor migrants, asylum seekers and refugees. A systematic overview. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 109-122.
- Meeuwesen, L. & Harmsen, J.A.M. (2007). Valkuilen in de multiculturalle huisartspraktijk: het 'stille' gesprek. *Modern Medicine*, 34-38.
- Mens-Verhulst, J. van & Bekker, M.H.J. (2005). Argumenten voor een diversiteitsbewust curriculum in de gezondheids(zorg)wetenschappen. *Tijdschrift voor Genderstudies*, 8 (2), 44-50 .
- Messing, J. (2003). *De andere stem. Interculturalisatie van de GGZ vanuit het perspectief van migranten en vluchtelingen*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Mulder, C.L., Koopmans, G.T. & Selten, J.P. (2006). Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 188, 386-91.
- Nasser, M., Katzman, M.A. & Gordon, R.A. (eds.) (2001). *Eating disorders and culture in transition*. New York: Brunner Routledge.
- Nickel, M., et al. (2006). Bioenergetic exercises in inpatient treatment of Turkish immigrants with chronic somatoform disorders: A randomized, controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 507-514.
- Niters, C. & Bruijnzeels, M. (2003). *Registratie van etnische herkomst in de gezondheidszorg: mission impossible*. Rotterdam: iBMG.
- Noordenbos, G. & Pauli, T. (2006). *Sensitiviteit voor sekse & cultuur. Een meerwaarde in de behandeling*. Screeningsinstrument. Utrecht: TransAct.
- NWO/ZONonderzoeksprogramma *Cultuur en Gezondheid* (1998) . NWO/ZON.
- Oliemeulen, L. (2008). De psychose van Calimero. Aansluiting van behandeling van psychotische patiënten uit verschillende etnische groepen. *CMG*, 02, 66-77.
- Oude Avenhuis, A. (2004). Wisselende perspectieven. Een goede behandeling is én seksespecifiek én intercultureel. *CMG 1*(2), 40-51.
- Öztürk, G. & Knipscheer, J.W. (2003). Turkse vrouwen na een echtscheiding: psychisch welbevinden en copingstijlen. *MGV* 175-186.

- Pannekeet, C. (2005). *Kwaliteitskader voor het inbrengen en borgen van de interculturele component in algemene zorgprogramma's voor volwassenen*. Utrecht: GGZ Nederland. Te downloaden via Internet. Toegang 26 juni 2008.
- Pierik, C. m.m.v. Meintser, N. (2008). *Dubbel en dwars. Naar hulpverlening –op-maat voor allochtone jongeren (m/v) met homoseksuele gevoelens*. Utrecht: Movisie.
- Pinto, D.(1994). *Interculturele communicatie. Dubbel oerspectief door de drie-stappenmethode voor het doeltreffend overbruggen van verschillen*. Houten: BSL.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000) *Interculturalisatie van de Gezondheidszorg*. Zoetermeer: RvZ.
- Rabbae, N., Smits, C. & Franx, G. (2008). Wie kiespijn heeft, zoekt zelf een arts. Informatiebehoeften van Turkse en Marokkaanse cliënten met depressie. *CMG*, 5-2, 86-95.
- Richters, J.M. (1991). *De medisch antropoloog als verteller en vertaler*. Proefschrift VU. Heemstede: Smart.
- Richters, A. (2002). Als de dag van gisteren.... Tijd, tijdsbeleving en de geestelijke gezondheidszorg. In E. van Meekeren e.a.. *Culturen binnen psychiatrie-muren. GGZ in een multiculturele samenleving*. Amsterdam: Boom.
- Roche, M.J. la & Maxia, A. (2003). Ten considerations in addressing cultural differences in psychotherapy. *Professional psychology: research and practice*, 34 (2),. 180-186.
- Sbiti, A. & Bos, L. (2004). *In- en uitstroom van etnisch en cultureel diverse cliënten. Inventarisatie van maatregelen binnen ggz en verslavingszorg*. Rotterdam: Mikado.
- Schrier, A.C., Theunissen, J.R., Kempe, P.T. & Beekman, A.T.F. (2005). Migranten in de ambulante ggz maken een inhaalslag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47 (11), 771-777.
- Smits, C.H.M., Seeleman, M.C., Buren, L.P. van & Yuen, C. (2006). Psychische gezondheid bij oudere Chinese migranten: een onderzoeksverkenning. *TSG*, 84 (2), 67-75.
- Smulders, R. (2003). *Apoio: een GGZ-consulente voor Kaapverdianen in Rijnmond*. Rotterdam: Mikado.
- Spijker, J., van der Wurff, F.B., Poort, E.C., Smits, C.H.M., Verhoeff, A.P. & Beekman, A.T.F. (2004). Depression in first generation labour migrants in Western Europe, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 538–544.
- Stel, J. van der **920060**. *Resultaten expertmeeting sekse-, genderspecifieke en interculturele hulpverlening in de psychiatrie. Hoe verder met de multidisciplinaire richtlijnen?* Bennebroek: De Geestgronden.
- Stronks, K., Glasgow, I.K. & Klazinga, N. (2004). *The identification of ethnic groups in health research, additional to the country of birth classification*. Amsterdam: AMC/UvA.
- Struijs, A.J. & Wennink, H.J. (2000). *Achtergrondstudie Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht/Zoetermeer: Trimbosinstituut en RvZ.
- Sue, D.W., Carter, R.T., Casas, J.M., Fouad, N.A. & Ivey, A.E., Gensen, M., LaFromboise, T., Manese, J.E., Ponterotto, J.G. & Vazquez-

- Nutall, E. (1998). *Multicultural counseling competencies: Individual and organizational development*. Thousand Oaks: Sage.
- Sue, S., Fujino, D.C., Hu, L., Takeuchi, D.T. & Zane, N. (1991). Community mental health services for ethnic minority groups: A test of the cultural responsiveness hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 533-540.
- Swinnen, S.G.H.A., & Selten, J.P. (2007). Mood disorders and migration. *British Journal of Psychiatry*, 190, 6-10.
- Theije, J. de & Huijbregts, J. (****). *Oemoemenoe? Het intercultureel Mobiel Team van Parnassia aan het werk*. Rotterdam: Mikado.
- Thomaes, K., Kaasenbrood, A. & Krumeich, A. (1997). Turkse vrouwen en de kunst van het hulp zoeken. *MGV*, 52, 494-507.
- Tjaden, B.R., Spoek, A.M., Koeter, M.W.J. & Brink, W. van den (2003). Acceptatie van het behandel aanbod n vroegtijdige beëindiging van behandeling. *MGV* 58, 461-771.
- Tonk, F. (2004). *Ver van mijn land, ver van mijzelf. Het Amsterdams Patiënten/Consumenten Platform, interculturalisatiebeleid en de GGZ*. Rotterdam: GGZ
- Tonk, F. (2006). *GGZ Amsterdam Zuidoost kiest kleur. Cultuurspecifieke GGZ-voorlichting en psycho-educatie in samenwerking met doelgroepen*. Rotterdam: Mikado
- TrimbosInstituut (2006). Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen: Diagnostiek en behandeling van eetstoornissen. www.ggzrichtlijnen.nl, Utrecht: Trimbos.
- Van der Wurff, F., Beekman, A., Dijkshoorn, H., J. Spijker, J., Smits, M., Stek, M., & Verhoeff, A. (2004). Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 83, 33 - 41.
- Veling, W., Selten, J. P., Veen, N., Laan, W., Blom, J.D., & Hoek, H.W. (2006). Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. *Schizophrenia Research*, 86, 189–193.
- Veling, W., Susser, E. van Os, J., Mackenbach, J. P., Selten, J. P., & Hoek, H. W. (2008). Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *American Journal of Psychiatry*, 165, 66-73.
- Veling, W., Selten, J.P., Susser, E., Laan, W., Mackenbach, J.P., & Hoek, H.W. (2007). Discrimination and the incidence of schizophrenia among immigrant groups in the Netherlands. *International Journal of Epidemiology*, 36, 761–768.
- Vlugt, I. van der (2001). *Sekse en cultuur in het onderwijs: screeninglijst voor hogescholen, sector maatschappelijk werk en Dienstverlening*. Utrecht: TransAct, 2001.
- Vollebergh, W.A.M., de Graaf, R. & ten Have, M (2003). *Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van Nemesis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vries, W. de & Smits, C. (2005). Verdwaald in Nederland. Het welbevinden van de eerste generatie Marokkaanse plattelands migranten. *MGV*, 60, 86-93.

- Vries, W. de & Smits, C. (2005) *Geestelijk gezondheid en ouder worden. Ontwikkelingen van informatieve huiskamerbijeenkomsten voor oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen. Procesevaluatie*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Vries, W. de, Smits, C. Boland, G. & Erp, R. van (2007). De kracht van je leven. Ontwikkeling van een reminiscentiemethodiek voor Turkse en Marokkaanse ouderen met depressieve klachten. *CMG*, 4 (2), 66-76.
- Wekker, G., Asberg, C., Tuin, I van der & Frederiks, N. (2007). *Je hebt een kleur, maar je bent Nederlands. Identiteitsformaties van geadopteerden van kleur*. Utrecht: Leerstoelgroep Gender Studies.
- Wennink, H.J., Boomstra, R. & Meeuwissen, J.A.C. (2001). *Een onvoldoende voor interculturalisatie. Quick scan naar de mate van interculturalisatie van instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos/NCB.
- Wennink, H.J., Huwae, S. & Boomstra, R. (2004). *Monitoren van Interculturalisatie. In de geestelijke gezondheidszorg & de verslavingszorg*. Utrecht: GGz Nederland.
- Wieringen, J.M.C. van & Thomas, R. (2003). *Nieuwe Sporen. Bruggen slaan tussen reguliere en informele zorg*. Rotterdam: Mikado.
- Wit, M.A.S., e.a. (2006). *Stemmings- en angststoornissen in Amsterdam: verschillen in voorkomen en zorggebruik naar etniciteit*. Amsterdam: GGD.
- www.hkz.nl, toegang op 12-8-2008
- www.ggzconsult.com, toegang op 7 -9-2008
- www.noagg.nl (toegang op 12 -8-2008).
- www.onat.web-log.nl (toegang op 12-8-2008).
- Yip, P.F., Simonis, A.H.E. & Blaak, M.E. (2005). Landgenoten als lotgenoten. Psycho-educatie en ondersteuning voor familieleden van Chinese psychiatrische patiënten. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 60, 725-734.