

# **Etniciteit en Toegankelijkheid van de GGZ: in soorten en maten.**

**Voorstudie t.b.v. programmeringsstudie “Etniciteit en gezondheid” voor  
ZonMw**

**Prof. dr. Janneke van Mens-Verhulst**

**[www.vanmens.info/verhulst/diversiteit](http://www.vanmens.info/verhulst/diversiteit)**

*Najaar 2008*

*Voorstudie ‘Etniciteit en toegankelijkheid van de GGZ’ (2008) van prof. dr.J. van Mens-Verhulst*

# INHOUDSOPGAVE

<b>I. Meerdere soorten (on)toegankelijkheid</b>	4
<b>1. Feitelijke toegankelijkheid</b>	4
a. Zorggebruik aan de hand van registratiecijfers	4
o Inter- en intra-etnische variatie	
o Relatief onzichtbare groepen	
o Betrouwbaarheid en validiteit	
b. Zorggebruik aan de hand van zelfrapportage	7
o Betrouwbaarheid en validiteit	
c. Door- en uitstroomcijfers	7
d. Normering van zorggebruik	8
o Externe maatstaf	
o Zorgbehoefte als maatstaf	
o De normeringen gecombineerd	
o Benchmarking	
e. Twee eerdere overzichtsstudies	10
<b>2. Ervaren (on)toegankelijkheid</b>	11
<b>II. Patiëntfactoren in relatie tot toegankelijkheid</b>	13
<b>1. Instroom</b>	14
Dwangopname	
<b>2. Toestroom: het hulpzoektraject</b>	15
<b>3. Door en uitstroom</b>	17
Drop-out	
<b>4. Nog niet of nauwelijks onderzochte factoren en groepen</b>	17
a. Vluchtelingen en asielzoekers	
b. Andere categorieën	
c. Twee categorieën allochtonen?	

<b>III. Instellingsfactoren en interculturele toegankelijkheid</b>	20
<b>1 Het primaire proces</b>	20
a. Zorgprogramma's	
b. Intakelijst, checklist en richtlijnen	
<b>2 Deskundigheid van hulpverleners</b>	21
a. Culturele competentie	
b. Interculturele competentieprofielen	
c. Checklist	
<b>3 Organisatie van de instellingen</b>	23
a. Certificatiemodel (HKZ) en interculturele kwaliteit	
b. Managementmodel (INK) voor interculturele kwaliteit	
c. GGZ-thermometer	
d. De deskundigheidsbevordering	
<b>4 Twee extra contexten van kwaliteit</b>	25
a. Participatie van allochtonen	
b. Good practices in outreachend werken	
c. Onderwijs, opleiding en kennisuitwisseling	
d. Beleid van overheid en zorgverzekeraar	
<b>IV. Interactiefactoren ofwel 'aansluiting' patiënt-systeem</b>	30
<b>1. Interculturele communicatie</b>	31
a. Verschil in communicatiestijlen	
<b>2. Andere verschillen om te overbruggen</b>	32
a. Zes factoren van verschil	
b. Verschillen in taalvaardigheid	
c. Verschillen in verklaringsmodellen	
d. Verschillen in verantwoordelijkheid	
<b>3. Strategieën voor het omgaan met verschillen</b>	35
a. Strategieën tussen hulpverleners en cliënten	
b. Matching	
c. Radicalere visies	
<b>V. BIJLAGEN</b>	37
<b>Verantwoording van literatuurselectie</b>	37
<b>Literatuurlijst</b>	38

## I. Meerdere soorten (on)toegankelijkheid

Boomstra en collega's (2003) maken in hun overzichtsstudie onderscheid tussen drie soorten toegankelijkheid. Allereerst de 'feitelijke toegankelijkheid'; dat is het evenredige gebruik door allochtone groepen. Daarnaast is er de 'ervaren toegankelijkheid', die alle factoren omvat waardoor allochtone cliënten het gevoel hebben welkom te zijn – en die vroegtijdige beëindiging van de zorgcontacten kan voorkomen. Tenslotte de 'ontoegankelijkheid als artefact van niet-verantwoorde zorg'; dat is de zorg die kwalitatief tekort schiet omdat zij onvoldoende geïnformeerd is over cultuurspecifieke aspecten van de hulpvraag en de zorg. De eerste twee soorten toegankelijkheid zijn onderwerp van deze paragraaf. De derde soort komt in deel III, over de kwaliteit van instellingen, aan de orde.

### 1. Feitelijke toegankelijkheid

#### a. Zorggebruik aan de hand van registratiecijfers

Gewoonlijk wordt de toegankelijkheid van de zorg uitgedrukt in termen van zorggebruik zoals dat wordt geregistreerd door de zorgaanbieders. Men vergelijkt dan of het zorggebruik van verschillende groepen representatief is voor de bevolkingsopbouw in een bepaald gebied. Op grond daarvan concludeert men of er gelijke zorg aan alle burgers wordt gegeven. In het kader van interculturalisatie van de zorg wordt dan dikwijls een tweedeling tussen 'autochtonen' en 'allochtonen' gemaakt in de verwachting dat de toegankelijkheid van de GGZ voor de tweede groep – en met name de niet-westerse allochtonen – slechter is dan voor de eerste.

In de *Zorgbalans* van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu komen Dotinga en Verkleij (2008) evenwel tot de conclusie dat allochtonen relatief meer gebruik maken van de GGZ en van de verslavingszorg. Want terwijl in 2007 slechts 7% van de totale Nederlandse bevolking allochtoon was, was in de verslavingszorg 25% van de cliënten allochtoon en 50% autochtoon (in 2004). En in de GGZ was in 2006 8,8% afkomstig uit niet-westerse landen (Suriname, Turkije en Marokko) en 56,4 % autochtoon (in 2006), met daarbij nog ruim een derde deel waarvan de herkomst onbekend was.

Toch zijn dergelijke landelijke cijfers en vergelijkingen weinig informatief. Niet alleen kan een eventuele landelijke gelijkheid gemakkelijk regionale ongelijkheid 'verbergen', en omgekeerd. Ook kent de categorie 'allochtoon' intern een grote variatie. Om die reden ligt een vergelijking tussen autochtonen enerzijds en *specifieke* etnische groepen anderzijds meer voor de hand. Daarbij gaat de belangstelling vooral uit naar de migrantengroepen die getalsmatig sterk vertegenwoordigd zijn in onze samenleving. Gegroepeerd naar het land van herkomst waren dat in 2006 volgens de gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Statline. Toegang per 3 en 23 september 2008

rond de 364.000 Turken, 323.000 Marokkanen, 332.000 Surinamers, 45.000 Chinezen, 20.000 Kaapverdianen en 19.500 Ghanezen.

### *Inter- en intra-etnische variatie*

Studies die rekening houden met een dergelijke interetnische variatie brengen dikwijls ook intra-etnische variatie aan het licht: tussen mannen en vrouwen, ouderen en jongeren. Een vroeg voorbeeld hiervan is de studie naar het gebruik van GGZ en maatschappelijke dienstverlening door Amsterdamse migrantenvrouwen in vergelijking met autochtone vrouwen (Ten Have en Bijl, 1999; Ten Have, Rodrigues en Bijl, 1996). Daaruit bleek dat er - anno 1993 - geen verschil was tussen het percentage allochtone vrouwen dat bij de RIAGG was ingeschreven en hun aandeel in de Amsterdamse bevolking (namelijk 18%), maar dat zich binnen de allochtone groep wel aanzienlijke verschillen voordeden. De zorgconsumptie van Surinaamse en Antilliaanse vrouwen was het hoogst, die van de Marokkaanse vrouwen het laagst. Ook bleek na vergelijking van de opnameratio's een onderconsumptie van intra- en semi-intramurale voorzieningen door allochtone vrouwen (namelijk 8,5%), met Turkse vrouwen op de laagste plaats.

Onderzoek in de Rotterdamse regio van Dieperink, van Dijk en Wierdsma (2002) wees uit dat in 1998 eerstegeneratie Marokkaanse mannen en Turkse mannen én vrouwen even vaak gebruik maakten van de GGZ als autochtone Rotterdamers. Maar Surinaamse, Antilliaanse en Kaapverdiaanse Rotterdamers waren ondervertegenwoordigd in de GGZ en oververtegenwoordigd in de drugshulpverlening. Ook allochtone vrouwen, zelfs de jong volwassenen, vertoonden onderconsumptie. Verhoudingsgewijze waren van hen ook weinigen opgenomen in een intramurale voorziening – net zoals eerder in Amsterdam het geval was. Enkele jaren later constateerden Schrier, Theunissen, Kempe en Beekman (2005) met betrekking tot Amsterdam een inhaalslag van migranten en in het bijzonder van vrouwen. Volgens hun bevindingen waren toen namelijk de eerste en tweedegeneratiemigranten uit Marokko, Turkije en Suriname bijna anderhalf maal zo vaak in ambulante behandeling als autochtone Nederlanders. Dat gold echter niet voor mensen uit andere herkomstlanden; die waren juist significant minder vaak in behandeling. Gemiddeld waren de Marokkaanse en Turkse patiënten jonger dan de andere bevolkingsgroepen, maar dat correspondeerde met de leeftijdsopbouw in de Amsterdamse bevolking. Per bevolkingsgroep varieerde de stoornissen waarvoor men werd behandeld. In alle groepen waren vrouwen vaker in ambulante behandeling dan mannen. Hun onderzoek verschaft echter geen inzicht in de consumptie van semi- en intramurale zorg.

Zoals uit bovenstaande voorbeelden blijkt, beperken dergelijke inter- en intra-etnisch gevarieerde studies zich meestal tot een bepaalde regio of stad en tot één of enkele sectoren van zorg. Daardoor, maar ook door hun verschillend gebruik van bronnen en analysetechnieken, blijven het gefragmenteerde stukken kennis, die moeilijk of niet te vergelijken zijn en waaraan dus geen landelijke conclusies kunnen worden verbonden.

### *Relatief onzichtbare groepen.*

Als een allochtone groep over het hele land verspreid woont, geen substantieel deel van de bevolking van een grote gemeente vormt en weinig gebruik maakt van de GGZ, is ze relatief onzichtbaar. Daardoor is er een grote kans dat zij in verhouding tot de samenstelling van de bevolking of tot de top-tien van de GGZ weinig (onderzoeks)aandacht krijgen. Dit lijkt

*Voorstudie 'Etniciteit en toegankelijkheid van de GGZ' (2008) van prof. dr.J. van Mens-Verhulst*

bijvoorbeeld het geval voor groepen als Chinezen (45.000) en Molukkers (42.000), die 'niet-klassiek' zijn in het Nederlands epidemiologisch onderzoek. Over hen bestaan ternauwernood studies, al is daar wat betreft de Chinezen sinds 2006 enige verandering in gekomen (Smits, Seeleman, van Buren en Yuen, 2006; Yip, Simonis en Blaak, 2005).

Een dergelijke onzichtbaarheid geldt ook voor de asielzoekers en vluchtelingen, die in de GGZ meestal in één adem worden genoemd ondanks hun verschil in verblijfsstatus. In 2003 namen zij bijvoorbeeld de 5e tot en met 10 positie in op de GGZ-toptien - met Iran op de 6e, Joegoslavië op de 7e, Irak op de 8e, Bosnië-Herzegovina en Afghanistan op de 9<sup>e</sup> en 10<sup>e</sup> plaats. (Interculturalisatiekrant 1). In datzelfde jaar telde het Centraal Bureau voor de Statistiek in de bevolking 28.000 Iraniërs, 76.000 Joegoslaven, 42.000 Iraakezen, 661 mensen uit Bosnië-Herzegovina, 34.000 Afghanen (en 27.000 Somaliërs).

Jongedijk en Hoekstra (2006) hebben in 2005 een verkennend *quickscan*-onderzoek gedaan onder deze categorie, met literatuuronderzoek, een vragenlijst voor dertig experts en een steekproef bij dertig GGZ-instellingen. Op grond daarvan concluderen ze dat vluchtelingen evenveel gebruik van GGZ-voorzieningen als andere allochtonen en meer dan autochtonen. Voor de totale groep geldt echter dat hun GGZ-gebruik minder is 'dan op grond van klachten verwacht mag worden. Er vindt ook minder doorverwijzing van huisartsen naar de GGZ plaats dan op grond van het aantal psychiatrische diagnoses verwacht mag worden.' (pag. 153).

### *Betrouwbaarheid en validiteit*

De validiteit en betrouwbaarheid van de cijfers voor zorggebruik zijn problematisch. Ten eerste is de betrouwbaarheid van de door de instellingen verstrekte cijfers – het zogenoemde loketonderzoek – twijfelachtig. Doorgaans gebeurt die registratie maar voor 70%, naar het schijnt omdat hulpverleners er niet graag aan meewerken.

Ten tweede is er in die registratie een lacune ontstaan met de invoering van het DIS-registratiesysteem in 2007. Daarin maken het geboorteland van de cliënt en diens ouders namelijk geen deel uit van de wettelijk verplichte Minimale Data Set GGZ zoals vastgesteld door VWS, GGZ Nederland en de andere partijen in de gezondheidszorg (van Dijk, 2008). Aanvankelijk liep de verslavingszorg voorop qua registratie van etnische herkomst, omdat zij al vanaf het begin van de jaren negentig gegevens over allochtone cliënten verzamelde, maar dan wel aan de hand van zelfidentificatie. Volgens de Wet Bescherming Persoonsgegevens is deze methode echter niet (meer) toegestaan (Nitert en Bruijnzeels, 2003). Vanaf 2000 had de hele GGZ-branche zich gecommitteerd aan herkomstregistratie. Deze gegevens werden landelijk vastgelegd in het ZorgInformatieSysteem (Zorgis) maar hieraan kwam een einde toen dit moest worden vervangen omdat het niet geschikt was voor registratie van de Diagnose Behandeling Combinaties.

Sinds die tijd is het probleem van de ontbrekende gegevens weer volop terug op de agenda. Gepoogd wordt het gat voorlopig te repareren door gegevens uit de GGZ-sector te koppelen aan de gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Het zal zeker tot 2010 duren voordat het DIS-systeem kan worden herzien.

Ten derde is de zogenoemde geboortelandmethode waarmee men werkt(e) op zichzelf ontoereikend. Met oog op het herkennen van de zogenoemde derde generatie migranten, preventiemaatregelen en bijvoorbeeld het inschatten van de reactie op medicijnen is een

`diepere' differentiatie gewenst. Dat impliceert onder andere een precisering van Surinaamse Nederlanders naar Hindoestaans, Creools of Javaans; van Turkse Nederlanders in Turks en Koerdisch; en van Marokkaanse Nederlanders in Berbers en Arabisch sprekenden (Stronks, Kulu Glasgow en Klazinga, 2004).

Tenslotte doet zich een vertekening in de cijfers voor doordat zorggebruik zich meer en meer in het buitenland afspeelt (Pacemaker, 2007) – al lijkt dit voor de GGZ een nog wat minder urgent probleem dan voor de lichamelijke gezondheidszorg.

## **b. Zorggebruik aan de hand van zelfrapportage**

Registratiegegevens zijn niet de enige bron voor het meten van zorggebruik. Een andere bron is de zelfrapportage van mensen, veelal aan de hand van een enkele vraag naar de contacten die respondent in de afgelopen periode (half jaar, jaar) of gedurende hun leven met de (geestelijke) gezondheidszorg hebben gehad.

Kamperman (2005; zie ook Kamperman, Komproe en De Jong, 2007) heeft van deze indicator gebruik gemaakt tijdens haar promotie-onderzoek onder een a-selecte maar wel voor sekse en district gestratificeerde steekproef van 648 Turkse, 102 Marokkaanse en 311 Surinaamse Amsterdammers. Van de ondervraagden gaf 26% aan ooit in hun leven gebruik te hebben gemaakt van professionele geestelijke gezondheidszorg.

De Wit en collega's (2006) vonden met een soortgelijke meting dat in alle etnische groepen ongeveer 25% van de mensen met een stemmings- of angststoornis in het voorgaande half jaar contact had gehad met de tweedelijns GGZ. (Dit percentage komt overeen met dat van de niet-etnische specifieke landelijke NEMESIS-studie.) Tevens constateren zij dat Amsterdamse allochtone vrouwen opvallend minder vaak in zorg zijn voor hun psychische klachten dan mannen, zowel in de eerste als de tweede lijn. Ook na correctie voor de leeftijds- en etnische samenstelling van deze groep blijft dat sekseverschil in alle etnische groepen bestaan, behalve in de Turkse groep.

### *Betrouwbaarheid en validiteit*

Bij zelfrapportage bestaat het risico van onderrapportage van de zorgconsumptie.

Respondenten zullen hun zorggebruik immers niet altijd accuraat vermelden, hetzij omdat hun geheugen hen in de steek laat, hetzij omdat ze hun psychische klachten en beroep op de GGZ liever geheim houden.

## **c. Door- en uitstroomcijfers**

Het feit dat iemand ingeschreven staat bij een GGZ-instelling verschaft nog geen informatie over de aard en kwaliteit van die contacten. Om meer zicht te krijgen op de consumptie van allochtone groepen kan men niet volstaan met het nagaan of er een evenredige vertegenwoordiging `aan de poort' is. Naast de instroom moeten dan ook de door- en uitstroom van patiënten in kaart worden gebracht aan de hand van indicatoren als zorgvolume en vroegtijdige beëindiging (drop-out).<sup>2</sup> Daarbij zijn de volgende vragen aan de orde:

- Hoe vaak is er contact?

---

<sup>2</sup> Zie voor een schematische weergave van het in- en uitstroomtraject Sbiti en Bos (2004).

- Over welke periode strekken die contacten zich uit?
- Hoe vaak doet zich vroegtijdige beëindiging voor; en hoe?
- Welke verwijzingen vinden er plaats naar instanties buiten de GGZ?
- Via welke route is men binnen gekomen?
- Zijn er wachtlijsten?

Er circuleren veronderstellingen dat leden van etnische minderheden in vergelijking met autochtone Nederlanders minder contacten met het zorgsysteem hebben en/of gedurende een kortere periode; dat ze lager scoren qua therapietrouw en hoger qua drop-out percentage; en dat ze vaker (ten onrechte) zouden worden verwezen naar, of blijven hangen bij, niet-GGZ instellingen.

Voor de klinische verslavingszorg is dit beeld gedocumenteerd en bevestigd door Tjaden, Spoek, Koeter en Van den Brink (2003) in een casusstudie met 99 autochtonen en 25 allochtonen. Voor andere GGZ-sectoren is dit echter nog niet uitgezocht.

Wel bestaat er een studie van Mulder, Koopmans en Selten (2006) onder 720 patiënten (393 mannen en 327 vrouwen) van de acute psychiatrie in Rotterdam waarin zij 8 'etnische groepen' (waaronder ook één met Nederlandse autochtonen) via logistische regressieanalyse met elkaar vergelijken. Daaruit blijkt dat Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse Rotterdammers (zowel van de eerste als tweede generatie) een grotere kans liepen op een dwangopname.

#### **d. Normering van zorggebruik**

In de normering van zorggebruik spelen meerdere uitgangspunten een rol. Aan de ene kant is er het streven naar een zorgverdeling op basis van rechtvaardigheid: iedereen evenveel. Aan de andere kant leeft het streven naar een doelmatige zorgverdeling: zorg naar behoefte (waarbij de kwetsbare groepen dus voor meer zorg in aanmerking komen). Deze uiteenlopende uitgangspunten zetten aan tot verschillende normeringen – met een externe of interne maatstaf.

##### *Externe maatstaf*

In de meeste van de tot nu toe aangehaalde onderzoeken vormde de zorgconsumptie van 'autochtone' Nederlanders de maatstaf. Nadeel van zo'n externe normering is dat een hogere of lagere consumptie van groepen met een andere etniciteit al bij voorbaat wordt gepathologiseerd als over- of onderconsumptie. Dit versterkt de - onterechte - veronderstelling dat iedere etnische groep in dezelfde mate aan dezelfde stoornissen zou lijden.

Deze benadering honoreert dus wel het uitgangspunt 'rechtvaardige verdeling van zorg, maar niet het uitgangspunt 'gelijke zorg bij gelijke behoefte' en evenmin het streven naar een doelmatige verdeling van zorg. Eventuele groepsverschillen in psychisch lijden blijven bij deze normering buiten beschouwing.

##### *Zorgbehoefte als maatstaf*

Een aanvullende benadering is de zorgbehoefte *binnen* een bepaalde etnische groep als maatstaf te nemen en van onder- of overconsumptie te spreken als het zorggebruik onder of boven die behoefte ligt. Met deze maatstaf brengt men een eventueel doelmatigheidsverlies in



de zorg in beeld. Als de etnische groepen verder worden verbijzonderd naar sekse en levensfase, wint deze normering nog aan bruikbaarheid.

De zorgbehoefte kan zowel subjectief als objectief worden vastgesteld. Subjectief, door de respondent rechtstreeks naar diens zorgbehoefte te vragen. Objectief, door met epidemiologisch onderzoek na te gaan welke psychische aandoeningen zich in deelpopulaties voordoen.

In Nederland is dat geprobeerd voor de totale populatie te doen in de zogenoemde NEMESIS-studie (1996-1999) is. Hieraan konden 287 respondenten (1,9% van de onderzoekspopulatie) echter niet deelnemen omdat zij de Nederlandse taal onvoldoende beheersten. Met name de Turkse en Marokkaanse groep – en daarvan nog weer de kwetsbaarsten (ouderen) – waren ondervertegenwoordigd (De Graaf, ten Have, van Dorselaer, Schoemaker, Beekman en Vollebergh, 2005). Gevolg is dat de interessante analyses die op grond van dit materiaal zijn gemaakt van de (onbeantwoorde) zorgbehoeftes in de autochtone groep ontbreken voor de allochtone groepen omdat zij met te lage aantallen in de studie voorkomen. Volgens informatie van de onderzoeksleider van de tweede NEMESIS-studie (in december 2007 van start gegaan en 7000 respondenten omvattend) zullen ook dit keer de aantallen etnische minderheidsgroepen te laag zijn om aparte analyses te rechtvaardigen van het zorggebruik per etnische groep.

In de Amsterdamse gezondheidsmonitor van 2006 is het wel gelukt het zorggebruik voor aparte etnische bevolkingsgroepen te relateren aan het vóórkomen van stoornissen. Op grond hiervan concluderen De Wit en collega's dat er geen aanwijzingen zijn dat etniciteit een rol speelt in het bereik van de GGZ voor mensen met een stemmings- of angststoornis.

Bij het vaststellen van de zorgbehoefte stuit men overigens op niet-geringe vraagstukken uit de epidemiologische methodologie: met welke procedures zijn specifieke etnische groepen het beste te bereiken en welk instrumentarium is daarvoor geschikt? Hierbij doet zich eveneens het probleem van het diagnostisch instrumentarium voor. Weliswaar zijn er anderstalige versie van het door de World Health Organization ontwikkelde CIDI-interview beschikbaar, maar die zijn van een lagere versie dan de CIDI 3.0 versie 27 die thans wordt gebruikt voor de Nederlandstalige bevolking (schriftelijke mededeling van onderzoeksleider Nemesistudie II). Voor de Amsterdamse gezondheidsmonitor zijn twee meetinstrumenten gebruikt: de CIDI-versie 2.1 voor angst en depressie en de K10 (Kessler psychological distress scale) gebruikt. Bij vergelijking bleek dat de K10 voor angst- en stemmingsstoornissen een bruikbare screener is als de afkappunten maar per etnische groep worden aangepast. (De Wit e.a., 2006)

### *De normeringen gecombineerd*

Tot voor kort voorzag het meeste onderzoek slechts in één normering, doorgaans de externe. Hoe deze twee normeringen kunnen worden verenigd, zagen we al bij Jongedijk en Hoekstra (2006) in hun uitspraken over vluchtelingen en asielzoekers. Ook Gerritsen en collega's (2006) doen dezelfde constatering: het GGZ-gebruik van vluchtelingen en asielzoekers (12,9%) is hoger dan dat van de algemene bevolking (6%) maar wijkt niet wezenlijk af van het GGZ-gebruik van migranten (11%) en is zelfs relatief laag als het wordt afgemeten aan de prevalentie van hun psychische problematiek.

*Voorstudie 'Etniciteit en toegankelijkheid van de GGZ' (2008) van prof. dr.J. van Mens-Verhulst*

Dotinga en Verkleij (2008) gaan op analoge wijze te werk in de *Zorgbalans*, als zij concluderen dat allochtonen weliswaar meer gebruik maken van GGZ en verslavingszorg, 'maar minder dan op grond van hun problematiek kan worden verwacht'.

### *Benchmarking*

Een ander soort normering van toegankelijkheid, en dan op macroniveau, is zogenoemde benchmarking ten opzichte van buurlanden en landen van herkomst (Pacemaker, 2007). Daarbij zoekt men de maatstaf over de eigen nationale grenzen heen. Eén optie is dat men de Nederlandse cijfers vergelijkt met bijvoorbeeld andere West-Europese immigratielanden als Duitsland of het Verenigd Koninkrijk. Een andere, dat men de cijfers in het land van herkomst (bijvoorbeeld Turkije, Marokko, Kaapverdische eilanden) raadpleegt. In beide gevallen kleven forse haken en ogen in termen van vergelijkbaarheid: qua registratiesysteem, GGZ-aanbod en wijdere context. Naar ons weten zijn dergelijk studies nog niet in of over Nederland gepubliceerd.

### **e. Twee eerdere overzichtsstudies**

Tussen 2000 en 2008 zijn in Nederland twee studies gepubliceerd die een plausibel overzicht bieden op toegankelijkheid van de GGZ voor etnische groepen. De eerste studie was van Struijs en Wennink (2000) in opdracht van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg en in samenwerking met het Trimbosinstituut. De auteurs openen met een paragraaf 'Aarzelingen bij publicatie' waarin de onderzoeksproblemen als volgt worden samengevat:

- gebrekkige registratie,
- gegevens niet uniform verzameld,
- verouderde data en/of data over te kleine deelpopulaties,
- verhoudingsgewijs veel loketonderzoek en (te) weinig epidemiologische gegevens.

Zij besluiten met een gedifferentieerd beeld te schetsen – gedifferentieerd per GGZ-sector en per etnische groep. Daarbij tekenen ze aan dat de toegankelijkheid per regio sterk lijkt te verschillen en dat er ook tussen de grote steden en de rest van Nederland nogal een verschil lijkt te bestaan. Het grootste probleem schuilt naar hun inschatting niet zozeer in een gebrekkige instroom in de GGZ, maar in de door- en uitstroom.

De tweede studie dateert van 2003 en is gedaan door Boomstra, Wennink en Uiterloo. Deze studie spitst zich toe op het toegankelijkheidsvraagstuk en is gebaseerd op een door het Trimbosinstituut uitgevoerd onderzoek, aangevuld met algemene literatuur. Hiermee haken de schrijvers in op het door GGZ Nederland in gang gezette *Actieplan Interculturalisatie*. Ook zij worstelen met de methodologische onvolkomenheden:

'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)

Desondanks vinden de auteurs de conclusie gerechtvaardigd, dat de GGZ-instellingen en verslavingszorg in 2003 nog relatief ontoegankelijk zijn voor etnische minderheden. Het

*Voorstudie 'Etniciteit en toegankelijkheid van de GGZ' (2008) van prof. dr.J. van Mens-Verhulst*

bereik van die groepen is namelijk nog steeds laag. En bij een relatief groot aantal etnische minderheden is een eventueel contact slechts eenmalig en het drop-out percentage hoog. Onderzoeken onder specifieke doelgroepen, zoals asielzoekers, Turkse getroffen van de aardbeving in Turkije en allochtone verslaafden, bevestigen volgens hen dit beeld. Hier voegen zij nog aan toe dat landelijke epidemiologische gegevens weliswaar ontbreken, maar dat de onderconsumptie van de GGZ door etnische minderheden hoogst waarschijnlijk niet te verklaren is uit een lagere incidentie en prevalentie van psychische problematiek onder etnische minderheden.

## 2. Ervaren (on)toegankelijkheid

Ook als objectieve cijfers zouden uitwijzen dat er geen verschil in feitelijke toegankelijkheid is voor etnische groepen – en de mannen en vrouwen, ouderen en jongeren daarbinnen – kan het onderwerp toegankelijkheid niet van de beleids- en onderzoeksagenda worden afgevoerd. Dan is er namelijk nog de door (potentiële) patiënten *ervaren* (on)toegankelijkheid.

Of en waarom allochtone cliënten en patiënten van de GGZ zich welkom voelen, is vaker het onderwerp van speculatie dan van studie. Maar in zeven studies vonden we wel relevante informatie, al zijn de eerste twee daarvan wel zeer kleinschalig.

Kal (2004), bijvoorbeeld, deed een verkennend onderzoek onder 3 islamitische (ex)cliënten met psychiatrische problematiek, 4 familieleden van moslimcliënten en 8 sleutelpersonen uit de islamitische gemeenschap. Op grond van haar interviews concludeert ze dat allochtone cliënten de hulpverlening meestal niet bereiken en dat de hulpverlening, in geval ze die wel bereiken, lang niet altijd aansluit. 'De een mist een goed gesprek, de ander wil gewoon goed geholpen worden. Voor iedereen geldt dat *respect* voor de eigen achtergrond cruciaal is.' (p. 27). Wie de citaten van cliënten en familieleden leest, komt daarin overigens weinig etnisch specifieke elementen tegen; dit is anders bij de citaten van de sleutelpersonen.

Kok en Boomstra (2004) noteerden in het kader van hun onderzoek naar de geschiktheid van de GGZ-thermometer - eveneens verkennend van aard - dat de respondenten (n=16) de instelling over het algemeen toegankelijk vonden, al achtten drie van hen de wachttijd te lang. Hun respondenten waardeerden vooral het feit dat zij vriendelijk ontvangen en bejegend werden. De onderzoekers noemen het opvallend dat hun cliënt-respondenten geen uitspraken deden over zaken als de bereikbaarheid van de instelling of het contact met de receptionist maar vooral over de hulpverlener waar men in behandeling komt.

Messing (2003) heeft in dit verband haar licht opgestoken bij 17 medewerk(st)ers van zelforganisaties voor migranten en vluchtelingen, in Amsterdam, Utrecht, Den Haag en Rotterdam. Dat resulteert in een beeld van ontoegankelijkheid aan de deur – door gebrek aan herkenning, bureaucratische processen (met wachtlijsten en verwijlijnen) en afstandelijkheid (ook als 'onmenselijk' gekwalificeerd). Daarnaast levert het een beeld op van een intake die mank gaat aan – opnieuw - lange wachttijden en te weinig tijd voor het intakegesprek ('teveel met de klok werken'), het toesturen van Nederlandstalige vragenlijsten aan cliënten die de Nederlandse taal niet beheersen, (te) weinig aandacht voor het migratieverleden en ervaringen met racisme, schending van de privacybehoefte en onvermogen de klachtenpresentatie te begrijpen. Ook een beeld van een behandeling gekenmerkt door medicalisering, 'actieloze' gesprekken en een starre logistiek en tijdshantering. En tenslotte het beeld van een ontbrekende nazorg.

Drogendijk en collega's (2004) hielden 46 interviews over de al of niet genoten psychosociale nazorg onder Turkse getroffen door de vuurwerkramp Enschede. Zij benaderden daarvoor

een selecte steekproef, met variatiedekking qua sekse, generaties en leeftijd. Zij vonden dat de eerste generatie migranten en huwelijksmigranten de wegen naar de Nederlandse instellingen niet of slecht kenden. Dat gold in het bijzonder voor de vrouwen. Door hun geringe kennis van de Nederlandse taal, onwennigheid in het publieke domein en (de daarmee gepaard gaande) afhankelijkheid van man en kinderen vormen zij een zeer kwetsbare groep.

Opmerkelijk is dat de geïnterviewden het gebrek aan aansluiting met de hulpverlening niet toeschreven aan cultuurverschillen.

Knipscheer en Kleber (2004) hebben een onderzoek geleid naar de interculturele werkwijze bij kortdurende behandeling van Altrecht. Van de 58 allochtone cliënten gaf 91% desgevraagd aan dat men zich welkom voelde en dat de medewerkers vriendelijk waren. Daarbij ging het om cliënten uit tenminste 7 verschillende landen, die qua sekse en leeftijd representatief waren voor de patiëntenpopulatie en waarvan een derde niet of nauwelijks Nederlands sprak. Wel beklagde een derde van hen zich over de lange wachttijden. Een van de conclusies is, dat (het doel van) de behandeling sterk toegesneden dient te zijn op de leef- en denkwereld van de cliënten, met expliciete aandacht voor het systeem en de socio-economische en sociale context. Deze conclusie is later onderstreept door de statistische analyse die dezelfde auteurs maakten van gegevens verkregen uit semigestructureerde interviews met 101 Surinaamse, 51 Marokkaanse, 63 Turkse en 59 autochtoon (!) Nederlandse patiënten uit 10 GGZ-instellingen. (Knipscheer en Kleber, 2005). Uit hun onderzoek blijkt dus dat deze aspecten van ervaren toegankelijkheid niet alleen belangrijk zijn voor allochtone, maar ook voor autochtone Nederlanders.

Ten slotte kunnen we nog een indruk van de ervaren toegankelijkheid ontleen aan het rapport over mogelijk participatie van allochtonen in de patiëntenbeweging (de Graaff, 2004). Daarin staat welke knelpunten de zestien organisaties die zich duidelijk pioniers op het gebied van interculturalisatie hadden betoond, signaleerden (overigens niet alleen met betrekking tot de GGZ). Als voornaamste problemen kwamen naar voren:

1. Communicatieproblemen en de [andere, *auteurs*] beleving van zorg en van de bejegening.
2. Gebrekkige toegang tot zorg door financiële, bureaucratische, communicatieve en informatieve drempels.
3. Het feit dat allochtonen hun onvrede daarover niet direct uiten, minder assertief zijn dan veel Nederlanders.
4. Het dilemma dat niemand kan vragen wat hij/zij nog niet kent.
5. Het niet-aansluiten van de 'Hollandse aanpak' met zijn sterke gerichtheid op het individu en het verbale

## II. Patiëntfactoren in relatie tot toegankelijkheid

Uitgangspunt is dat de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg geen losstaand kenmerk is van de sector of de organisaties, maar varieert met de kenmerken van de patiënten, in casu hun behoeften, gedrag en disposities.

Uit het oogpunt van interculturele toegankelijkheid zijn er dan twee vragen aan de orde. Ten eerste, of er aan het algemene profiel van toegankelijkheidsfactoren interculturele aspecten zijn verbonden. Ten tweede of er voor allochtone patiënten andere en/of extra factoren dienen te worden geïncludeerd. Denk bijvoorbeeld aan verblijfsduur of aandacht voor discriminatie.

De antwoorden op deze vragen zijn lange tijd gegeven op basis van overtuigingen. Hierin stonden de aanhangers van de universalistische en de culturrelativistische stroming bijna diametraal tegenover elkaar. De eerste stroming benadrukt het universele karakter van psychologische fenomenen en processen, met als gevolg dat allochtone patiënten extreem worden 'genormaliseerd'; er mag als het ware geen verschil met autochtone patiënten zijn. De tweede stroming plaatst de verschillen tussen culturen c.q. etnische groepen op de voorgrond, waardoor de allochtone patiënten als het ware worden 'geëxotiseerd': hun anders-zijn staat voorop en lijkt onomstotelijk.

In de beeldvorming over (potentiële) allochtone patiënten domineert de opvatting dat zij afwijkend en minder bedeed zouden zijn in vergelijking met de autochtone bevolking en dat hun zorggebruik vooral bepaald zou worden door cultuurspecifieke factoren. Uit het beschikbare empirisch onderzoek komt echter een genuanceerder beeld naar voren. De belangrijkste bronnen van informatie in deze zijn de proefschriften van Knipscheer (2000) en Kamperman (2005), en de artikelen die in samenhang hiermee zijn verschenen (Kamperman, Komproe en De Jong, 2001; 2007; Knipscheer en Kleber, 2005a, 2005b). Zij verschaffen inzicht in behoeftefactoren en dispositionele factoren die het zorggebruik rechtstreeks of via het hulpzoektraject beïnvloeden.

Knipscheer heeft zijn onderzoek verricht onder in totaal 969 Ghanese, Marokkaanse, Turkse, Surinaamse (Creolen en Hindoestanen) en 'autochtone' respondenten, waarvan ongeveer een derde tot de patiëntenpopulatie van 10 ambulante GGZ-instellingen hoorde en tweederde direct afkomstig was uit de bevolking. Daarbij heeft hij gewerkt met standaardvragenlijsten en semigestructureerde interviews. Kamperman heeft haar onderzoek gedaan onder 648 Turkse, 102 Marokkaanse en 311 Surinaamse Amsterdammers, waarvan 26% ten minste eens in hun leven gebruik bleek te hebben gemaakt van GGZ-hulp. Ook zij werkte met interviews inclusief standaardvragenlijsten.

In beide studies konden dankzij de grote aantallen respondenten statistische analyses worden toegepast. Maar ondanks hun zorgvuldige werkwijze moeten beide onderzoekers nog voorbehoud maken bij de validiteit van hun conclusies en dat niet alleen omdat ze gebruik hebben gemaakt van een cross-sectionele aanpak. Knipscheer is ook niet volledig zeker van de betrouwbaarheid en validiteit van zijn instrumenten. Kamperman heeft twijfels heeft bij de representativiteit van haar Surinaamse en Marokkaanse onderzoeksgroep (voor de Amsterdamse bevolking). Hiermee is nog eens onderstreept hoeveel inspanning gezondheidsonderzoek onder allochtone groepen vergt.

In onderstaande vatten we hun resultaten samen in de subparagrafen instroom, toestroom en doorstroom, hier en daar aangevuld met het veel kleinschaliger onderzoek van Drogendijk

e.a., 2004), Rabbae, Smits en Franx (2008) en Tjaden e.a. (2003). Het merendeel van deze gegevens is dus al in 2003 of eerder verzameld

## 1. Instream

Kamperman en haar collega's hebben het gebruik van geestelijke gezondheids- en verslavingszorg geanalyseerd met behulp van structural equation modeling (SEM). Daaruit bleken er drie – geobjectiveerde - behoeftefactoren rechtstreeks van invloed op het zorggebruik, namelijk *psychiatrische morbiditeit, somatische morbiditeit en fysiek welzijn*. Volgens diezelfde analysemethode waren *seks, opleiding, leeftijd, relationele status, Nederlandse vaardigheden en cultureel traditionalisme* significante dispositionele factoren voor zorggebruik. Anders gezegd, een hoger (zelfgerapporteerde) zorggebruik werd voorspeld door:

- vrouw-zijn, vooral als dat samenging met een gescheiden of verweeduwd staat; mannen waren terughoudend in het raadplegen van gezondheidsprofessionals;
- een hogere opleiding;
- oudere leeftijd, al kon hier sprake zijn van een artefact door het verschil in samenstelling van migrantengroepen;
- afwezigheid van een partner;
- meer 'Nederlandse vaardigheden';
- een lagere score op de schaal van cultureel traditionalisme.

De laatste twee factoren maken deel uit van Lowlands Acculturation Scale ofwel LAS. Hierin is acculturatie geoperationaliseerd als een multidimensionaal fenomeen. 'Nederlandse vaardigheden' omvatten met name beheersing van de Nederlandse taal en kennis van de Nederlandse samenleving en instellingen. 'Cultureel traditionalisme' gaat over zaken als het in ere houden van culturele en religieuze tradities en feestdagen.

Het zorggebruik werd volgens de SEM-analyse niet beïnvloed door vestigingsduur (in casu de leeftijd waarop men naar Nederland was gekomen) of verlieservaringen en sociale integratie (twee andere factoren van de LAS). Algemeen welbevinden, sociale steun uit het (culturele) netwerk, copingstijl (actief of vermijding) en inkomstenbron hadden alleen een indirecte invloed.

Afzonderlijke berekeningen voor allochtone groepen van verschillende herkomst wezen vervolgens uit dat haar structureel model voor zorggebruik wel voldoende paste bij de Turkse en Marokkaanse maar niet bij de Surinaamse steekproef, omdat in het laatste geval de onderlinge relaties tussen de factoren niet significant waren. Werden die etnisch-specifieke berekeningen alleen toegespitst op zorggebruik, dan bleek de directe invloed van de factoren leeftijd, status van de relatie of het niveau van Nederlandse vaardigheden weg te vallen. Voor de Turkse groep viel ook lichamelijke morbiditeit als causale factor weg; voor de Marokkaanse groep bovendien psychiatrische morbiditeit, cultureel traditionalisme en seks. Hieruit blijkt dat niet alle factoren van Kamperman's model (even) relevant zijn voor iedere allochtone groep; met andere woorden dat de combinatie van factoren varieert met etnische herkomst.

### a. Dwangopname

Ook in geval van dwangopname leek niet-westerse herkomst de factor die de grotere kans van Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders op dwangopname (zie 2.1.3) zou verklaren. Deze factor viel echter weg toen *ernst van symptomen, gevaar voor anderen*,

*Voorstudie 'Etniciteit en toegankelijkheid van de GGZ' (2008) van prof. dr.J. van Mens-Verhulst*

gebrek aan motivatie voor behandeling en een laag niveau van sociaal functioneren als controlevariabelen werden ingevoerd.

De twee verklaringen die de onderzoekers hiervoor aandragen – en die elkaar niet uitsluiten – verwijzen naar de interactie tussen niet-westerse patiënten en professionals en naar de competentie van de professionals. De eerste verklaring luidt dat ‘allochtone’ patiënten zich klinisch ‘anders’ zouden presenteren (bijvoorbeeld agressiever) waardoor de staf hen eerder voor gedwongen opname in aanmerking vindt komen. De tweede zoekt de oorzaak in een etnische bias aan de kant van de hulpverleners (Mulder e.a., 2006).

## 2.Toestroom: het hulpzoektraject

Op het verloop van het hulpzoektraject bleken de patiëntfactoren *opleiding, leeftijd, religie, attributiestijl, de behoefte zelf de problemen op te lossen, de bekendheid met de GGZ en de attitude ten opzichte van hulpverlening* van invloed te zijn. (Knipscheer, 2000; Knipscheer en Kleber, 2005a).

- Een lagere opleiding ging vaker gepaard met een negatieve attitude ten opzichte van de hulpverlening en een grotere behoefte aan medicatie.
- Een hogere leeftijd vergrootte de kans dat men hulp zocht via de reguliere gezondheidszorg.
- Religieuze steun kon een beroep op de reguliere GGZ overbodig maken of vertragen. (Dit is met name in de Ghanese groep gevonden.)
- Een externe attributiestijl<sup>3</sup> maakte de aansluiting bij de reguliere GGZ moeizamer; deze stijl deed zich vaker voor onder mediterrane migranten dan onder autochtone Nederlanders.
- De intentie zélf de problemen op te lossen stond het aankloppen bij de GGZ in de weg. Ook de *Handleiding voor oudere allochtonen* (2002) maakt hier melding van. Volgens diezelfde bron verwachten oudere allochtonen bovendien veel van de informele zorg uit eigen kring.
- De bekendheid met de GGZ was aanzienlijk onder migranten, vooral de Surinaamse en Ghanese migranten. Maar vooral lager opgeleide respondenten en recent gemigreerden hadden behoefte aan meer informatie over het bestaan en de functie van GGZ-voorzieningen. Het zijn met name eerste generatie- en huwelijksmigrantten – en dan vooral de vrouwen – die zich én bescheiden opstellen én de weg niet kennen (Drogendijk e.a., 2004).

De informatiebehoefte is recentelijk gespecificeerd voor Turkse en Marokkaanse GGZ-cliënten met een depressie in een kleinschalige onderzoek (n=9) van Rabbae, Smits en Franx (2008). Niet alleen bleek men weinig basiskennis te hebben over de oorzaken, gevolgen en symptomen van depressie en wilde men er wel meer over weten. Ook over de GGZ(-toegang) en de behandelopties bleek men vaak onwetend te zijn of verkeerde voorstellingen te hebben. Naast deze behoefte aan algemene informatie leefde er ook een cultuurspecifieke behoefte, namelijk naar informatie over de aansluiting van de hulp bij Koranvoorschriften, de rol van de familie en van traditionele genezers en de behoefte aan geheimhouding en seksespecifieke zorg” (p. 91).

---

3 Bij een externe attributiestijl kent men veel gewicht toe aan externe gebeurtenissen zoals relatie-en familieconflicten, arbeidsomstandigheden en ingrijpende gebeurtenissen.

- De houding tegenover de GGZ was overwegend positief, al was dat onder de Marokkaanse en Turkse migranten wat minder. Ongeveer een derde van de respondenten vond hulp vragen zeer moeilijk – vanwege de angst niet serieus genomen te worden, de schaamte over problemen te praten en het idee dat een psychiater alleen gekken behandelt. Deze angst voor gezichtsverlies speelde volgens Drogendijk en collega's (2004) ook bij de Turkse mannen die door de Enschederamp waren getroffen,.

Het niet-zoeken van GGZ-hulp werd voor wat betreft mediterrane migranten voorspeld door drie (hierboven al genoemde) patiëntfactoren, namelijk onbekendheid met en wantrouwen jegens de GGZ, naast de behoefte zelf de problemen op te lossen. Gender, leeftijd, opleiding, culturele achtergrond of inkomstenbron (het hebben van betaald werk) hadden voor deze groep in dit opzicht geen voorspellende waarde (Knipscheer en Kleber 2005b). Zoals we nog zullen zien, suggereren de resultaten van de kwalitatieve analyses van Drogendijk e.a. (2004) dat de factor sekse/gender wel een voorspellende waarde heeft voor het hulpzoektraject.

Uit kwalitatieve analyses van de interviews die Drogendijk en collega's (2004) met 46 Turkse getroffen en van de vuurwerkramp Enschede hebben gehouden, komen meerdere redenen naar voren waarom men geen psychische hulp vroeg. Ten eerste bleek men niet zozeer hulp te hebben gezocht vanwege eigen lijden maar vooral omdat er problemen ontstonden in de relatie met anderen (met name dierbaren). Bijvoorbeeld woede jegens gezinsleden. Bovendien wachtte men lang met hulpzoeken omdat men voorrang gaf aan de zorg voor anderen – ouders, gezin – voor wie men zich verantwoordelijk voelde; een mechanisme dat zich ook voordeed bij Turkse vrouwen die de zorg voor kinderen en huishouden hadden. Dit fenomeen was al eerder geconstateerd door Kurt, Boomstra, Wennink en Kleber (2001) en Hooghiemstra (2003) en zou volgens de onderzoekers een uitvloeisel kunnen zijn van een collectivistische cultuur.

In het hulpzoektraject bleek de huisarts de eerste vraagbaak te zijn. Het raadplegen van cultuureigen en spirituele hulpverleners kwam relatief even weinig voor als in de autochtone bevolking, namelijk rond de 9 % (Knipscheer en Kleber, 2005b). De mate van medisch shoppen week evenmin af van wat onder de autochtone populatie gebruikelijk is (Knipscheer, 2000).

Ook in het onderzoek onder Turkse getroffen en van de vuurwerkramp Enschede is geen somatisering geconstateerd en maakte men weinig gebruik van professionele zorg uit de eigen gemeenschap (Drogendijk e.a., 2004).

Samengevat, zijn de voor het hulpzoektraject relevante factoren - opleiding, leeftijd, religie, attributiestijl, de behoefte zelf de problemen op te lossen, bekendheid met de GGZ en de attitude ten opzichte van hulpverlening - geen van alle exclusief voorbehouden aan allochtone groepen. Het zijn algemene factoren die kunnen helpen juist de intra-etnische variatie in beeld te brengen. Wel blijken deze factoren in frequentie en achterliggende redenen te kunnen variëren met etnische herkomst en in die zin cultuurgevoelig te zijn. Neem bijvoorbeeld de behoefte aan informatie waarvan de invulling enkele cultuurspecifieke aspecten bevatte, zoals de vragen over de rol van Koranvoorschriften en traditionele genezers, de behoefte aan geheimhouding, de rol van de familie en seksespecifieke zorg met een specifieke etnische, in dit geval Islamitische, context verbonden. Er zijn echter voldoende aanwijzingen dat ook in andere etniciteiten, waaronder de Nederlandse, vragen leven over de rol van religie,



alternatieve hulpverlening, geheimhouding, de rol van familie en seksespecificiteit van de zorg.

### **3. Door- en uitstroom**

Uit de analyses van Knipscheer (2000) en Knipscheer en Kleber (2005a, 2005b) blijkt dat de behoeftes van allochtone respondenten ten aanzien van het hulpverleningsproces variëren met hun herkomst, verblijfsduur en opleiding.

Wat betreft de behandelingsaanpak bestond er zowel behoefte aan psychologische behandeling met gesprekken waaronder inzichtgerichte therapie (vooral bij de Turkse groep) als behoefte aan concrete adviezen (vooral bij de Marokkaanse groep). Voorkeur voor een groepsgerichte behandeling bestond bij Hindoestaanse Surinamers en Ghanezen. Een medicijnwens leefde vooral onder de laag opgeleiden.

De behoefte aan etnische matching varieerde eveneens met de herkomst: ze was het sterkst aanwezig bij de Surinaamse groep (ongeveer 70%, waarbij volgens de onderzoekers een vertekening kan zijn opgetreden door de wervingsprocedure) en het minst bij de Marokkaanse groep (20%), met de Turkse groep in het midden (rond 50%).

De hulpverlener moest vooral deskundig zijn, begrip en invoelingsvermogen hebben. Cruciaal was diens culturele empathie, in de zin van het kennis hebben van en openstaan voor de leef- en denkwereld van cliënten, ook of juist als zij uit andere culturen afkomstig zijn.

Van de drie genoemde factoren zijn er dus twee cultuurspecifiek, namelijk herkomst en verblijfsduur. Eigenlijk zijn deze te beschouwen als proxyvariabelen voor vaardigheid in de Nederlandse taal, bekendheid met de GGZ en cultureel traditionalisme. Opleiding is in dit verband een algemene voorspellende factor.

#### **a. Drop-out**

Met betrekking tot de verslavingszorg is door Tjaden en collega's (2003) geanalyseerd welke patiëntkenmerken drop-out voorspelden. Hiervoor pasten zij logistische regressieanalyse toe op de gegevens van 78 autochtone en 18 allochtone cliënten. Allereerst bleken allochtone cliënten, eenmaal in zorg, hun therapie niet vaker vroegtijdig te beëindigen dan autochtone cliënten. Met behulp van multipele logistische regressie werd de voorspellende waarde van de sociodemografische variabelen, de ernst van de verslaving, persoonlijkheidsvariabelen, waarden en normen, werkalliantie en satisfactie geanalyseerd. Alleen *ernst van lichamelijke klachten* (gemeten met de European Addiction Severity Scale) en *problemen met familie en sociale relaties* bleken significante voorspellers van drop-out te zijn voor beide groepen cliënten. Bij de autochtone cliënten was de ernst van hun alcoholproblemen nog een derde voorspeller.

### **4. Nog niet of nauwelijks onderzochte factoren en groepen**

Van de factoren die in verband met zorggebruik en hulpzoeken van allochtonen circuleren, is er een aantal nog niet onderzocht – niet voor de 'klassiek' Nederlandse migranten en niet voor vluchtelingen en asielzoekers.

Aan de ene kant gaat het dan om algemene factoren als (gebrek aan) zelfvertrouwen, (externe) locus of control, uitdrukkingsrepertoire (idioms of distress) en seksuele voorkeur. Aan de

andere kant om cultuurspecifieke factoren als ervaring met discriminatie, de relatie tot tijd en achtergronden van migratie.

### **a. Vluchtelingen en asielzoekers**

Slechts één onderzoek geeft naar mijn weten enig inzicht in de persoonlijke factoren die het GGZ-gebruik van vluchtelingen en asielzoekers bepalen. Het betreft een studie onder 178 volwassen vluchtelingen en 232 asielzoekers uit Afghanistan, Iran en Somalië - overigens met een lage responsratio en een onderrepresentatie van mannen. Uit deze studies blijkt dat het GGZ-gebruik eigenlijk alleen wordt voorspeld door de wisselwerking tussen legale status en land van herkomst (Gerritsen e.a., 2006). Dat wil zeggen dat de asielzoekers uit Somalië en Iran een lager GGZ-gebruik hebben dan de vluchtelingen uit die landen, maar dat dit bij de Afghanen precies andersom ligt.

Vrouw-zijn en oudere leeftijd gaven geen verhoogde kans op bezoek aan de GGZ (maar wel aan de huisarts en medische specialisten). Over de invloed van opleiding, verblijfsduur en gezondheidstoestand doen de auteurs geen verdere mededelingen. Omdat deze factoren wel zijn gemeten, wijst dit stilzwijgen er vermoedelijk op dat ze geen significant aantoonbare invloed op het GGZ-gebruik uitoefenden.

### **b. Andere categorieën**

In de loop der tijd is aparte aandacht gevraagd voor de specifieke hulpbehoeftes van:

- Vrouwelijke migranten, van wie de hulpbehoefte en het hulpzoekgedrag zou variëren met de copingstijlen die ze in het omgaan met hun migrantenpositie hanteren (Thomaes, Kaasenbrood en Krumeich, 1997);
- Oudere allochtonen, onder wie veel alleenstaande vrouwen zijn (GGZ Nederland, 2002);
- Chinese ouderen die behoefte hebben aan informatie over de GGZ maar van gebruik worden weerhouden door het stigma dat op psychische aandoeningen rust (Smits, Seeleman, van Buren en Yuen, 2006);
- Vluchtelingen en asielzoekers.
- Jongeren (m/v) met homoseksuele gevoelens (Pierik m.m.v. Meintser, 2008)

### **c. Twee categorieën allochtonen?**

Interessant is de suggestie van Kamperman (2005) 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 niveaus van de hulpverlening. Hogere niveau's, zoals de ambulante en zeker de intramurale GGZ, zouden dan minder verschillen te zien geven dan de eerste lijn.

### III. Instellingsfactoren en interculturele toegankelijkheid

Toegankelijkheid is te beschouwen als het product van patiënten en instellingen. Daarmee is echter niet gezegd dat de partijen een evenwaardig aandeel hebben in het productieproces, laat staan dat zij over gelijkwaardige hulpbronnen zouden beschikken. Het overwicht ligt duidelijk aan de kant van de instellingen.

In deze paragraaf gaan we dieper in op welke instellingskenmerken zijn onderzocht en meetbaar gemaakt met oog op een optimale toegankelijkheid voor allochtone patiënten.

Overeenkomstig het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (Struijs en Wennink, 2000) is er sinds 2000 veel energie gestoken in het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen en in het bijzonder in de interculturalisatie van de kwaliteitszorg. Er zijn aandachtsgebieden gedefinieerd, criteria geformuleerd en soms geoperationaliseerd tot indicatoren. Hierbij gaat het om bedrijfsprocessen op verschillend niveau: naast het primaire proces van zorgverlening ook de direct of indirect faciliterende processen als personeelsbeleid en deskundigheidsbevordering, organisatie en management.

#### 1. Het primaire proces

In paragraaf 1.2 kwam naar voren hoe allochtone cliënten bureaucratische, communicatieve en informatieve drempels (kunnen) ervaren in de toegankelijkheid van de GGZ-hulp. Er wordt onder andere gesproken over een gebrek aan herkenning, lange wachttijden, een te afgemeten omgaan met de tijd, te weinig aandacht voor het migratieverleden en ervaringen met racisme, Nederlandstalige vragenlijsten als men de Nederlandse taal niet machtig is, schending van de privacybehoefte, onvermogen de klachtenpresentatie te begrijpen, medicalisering en ontbrekende nazorg (de Graaff 2004; Messing, 2003). Hieronder is te lezen met welke kwaliteitsinstrumenten instellingen dit primaire proces intercultureler – en eventueel ook seksespecifieker – kunnen maken.

##### a. Zorgprogramma's

Pannekeet (2005) heeft een *Kwaliteitskader voor het inbrengen en borgen* van de interculturele component in algemene zorgprogramma's voor volwassenen opgesteld. Het bestaat uit een reeks aanbevelingen die tevens als indicatoren zijn te gebruiken. De aanbevelingen vloeien voort uit een eerder door haar geschreven *Handreiking Interculturele Zorgprogrammering* die op 19 verschillende zorgprogramma's van een vijftal instellingen is beproefd. De aanbevelingen zijn gerubriceerd in drie hoofdstukken, waarvan de eerste twee betrekking hebben op het primaire proces:

1. De voordeur, met de rubrieken: algemene voorlichting, 'zorgvuldige verwijzing en ketenzorg', 'communicatie en relatievorming', 'probleemexploratie en diagnostiek', 'indicatiestelling, adviesgesprek en 'richtlijnen betreffende cultuureigen genezers en juridische procedures'.
2. Stoornisgericht programma's, met de rubrieken 'visie en onderbouwing', doelgroep, 'hulpvraag en behandeldoelen' en aanbod.

Haar derde hoofdstuk betreft organisatie en ontwikkeling, met de rubrieken 'personeel en organisatie' en 'ontwikkeling en onderzoek'. Als zodanig is dit hoofdstuk relevant voor drie van de gebieden van het HKZ-model dat hieronder nog aan de orde komt.

Voor zover bekend, heeft dit kwaliteitskader geen vervolg gekregen in verder onderzoek.

## **b. Intakelijst, checklist en richtlijnen**

Bekker en Frederikse (2005) hebben vanuit een *diversiteitsbewust* perspectief een intakelijst en conceptrichtlijnen ontwikkeld voor de behandeling van allochtone vrouwen en mannen. Dat wil zeggen dat ze in hun onderzoek niet alleen etniciteit maar ook sekse/gender hebben betrokken – als twee kernaspecten van maatschappelijk positietoewijzing én persoonlijke identiteit. Hiervoor hebben ze 24 hulpverleners (57%) van de ambulante volwassenenzorg van De Meren geraadpleegd, via vragenlijsten, interviews en een minisymposium.

In de praktijk wordt hun intakelijst op verschillende locaties gebruikt. Hun richtlijnen vervullen een functie in de bredere discussie die hierover loopt.

Ook Noordenbos en Pauli (2006) kwamen met een instrument dat screende op sensitiviteit voor zowel cultuur als sekse. In het tweede deel van hun instrument sommen zij 57 gewenste kenmerken van het behandel aanbod op. Daarbij hebben ze het primaire proces opgesplitst in informatieverstrekking, intake, diagnose, inspraakmogelijkheden, inhoud en doelen van de behandeling, voorschrijven van medicatie, gebruik van alternatieve behandeling, therapietrouw, nazorg, evaluatie en follow-up. Veel van de door hen benoemde kenmerken hebben een hoog meetbaarheidsgehalte. Wij hebben echter niet kunnen vaststellen dat het instrument ergens op een of andere manier al voor onderzoek is gebruikt.

In 2007 verscheen bovendien een *Sekse- en cultuurspecifieke aanvulling op de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie* van de hand van Noordenbos (2007), in het kader van haar onderzoek naar de meerwaarde van sekse- en cultuurspecifieke factoren in de behandeling van depressie. Daarin komen de hulpverleningsrelatie, voorlichting en psychoeducatie, behandelingsdoelen, inhoudelijke thema's, medicatie, interventies, evaluatie, drop-out en nazorg aan de orde.

Recent is er ook een *Multicultureel Addendum Angststoornissen* tot stand gekomen, onder leiding van De Jong (2008). Voor beide documenten geldt dat ze vooral kwaliteiten en criteria benoemen maar nog niet zijn uitgedefinieerd tot het niveau van indicatoren.

Vooralsnog ontbreekt onderzoek waaruit blijkt of de Diagnose Behandel Combinaties die recent in de GGZ zijn ingevoerd de (on)toegankelijkheid van de GGZ voor allochtone groepen beïnvloeden.

## **2. Deskundigheid van hulpverleners**

Om de interculturele kwaliteiten van het primaire proces te realiseren, moeten hulpverleners (m/v) en de teams waarvan zij deel uitmaken aan specifieke eisen voldoen. Dikwijls worden die kwaliteiten samengevat onder de noemer 'culturele competentie' of 'interculturele competentie'. De specificatie van die competentie is niet alleen van belang voor de personeelsselectie en het bijscholingsbeleid van instellingen, maar ook voor de

*Voorstudie 'Etniciteit en toegankelijkheid van de GGZ' (2008) van prof. dr.J. van Mens-Verhulst*

(bij)scholingskeuze van hulpverleners (m/v) en - in het verlengde hiervan - de curriculumontwikkeling van hulpverleningsopleidingen.

In Nederland hebben met name Knipscheer en Kleber (2004), Kramer (2004) en Noordenbos en Pauli (2006) zich met (inter)culturele competentie beziggehouden. Daarbij hebben ze voortgebouwd op werk wat al in de Verenigde Staten was verricht.

### **a. Culturele competentie**

Knipscheer en Kleber (2004, 2005c) hebben zich gebaseerd op Sue en collega's (1998) en de 'Guidelines for providers of psychological services to ethnic, linguistic, and culturally diverse populations' van de American Psychological Association. Dat leverde drie domeinen van kennis, attitude en vaardigheden op:

1. Bewustzijn van eigen culturele waarden en vooroordelen
2. Bewustzijn van de kijk op de wereld van de cliënt
3. Op cultuur toegesneden interventiestrategieën.

In totaal waren voor deze domeinen 31 criteria geformuleerd. Vervolgens hebben Knipscheer en Kleber de lijst criteria omgezet in evenzovele concrete do's en don'ts. Daarbij baseerden ze zich op hun onderzoek onder 30 hulpverleners en 58 cliënten van één Utrechtse afdeling Psychotherapie en Psychiatrie, waarbij ze gebruik maakten van semigestructureerde interviews, gestandaardiseerde vragenlijsten, dossieronderzoek en observaties. Zij eindigen met de kernhypothese dat 'de behandeling van allochtone cliënten succesvol verloopt wanneer de therapeut over de noodzakelijke interculturele competentie beschikt'. Er zijn op grond van deze studie echter (nog) geen indicatoren vastgesteld. Onbekend is of deze studie op andere locaties is herhaald of dat er anderszins vervolgstudies zijn gedaan.

### **b. Interculturele competentieprofielen**

Ook Kramer (2004) is vanuit het model van Sue en collega's (1998) vertrokken, maar heeft dit voor het derde domein aangevuld met noties van Falicov (1995). Bovendien heeft hij nog een vijftal Nederlandse experts geraadpleegd. Met het concept dat daarvan het resultaat was, heeft hij drie interculturele competentieprofielen opgesteld: voor psychiaters, psychologen en verpleegkundigen. Dat is gebeurd in samenwerking met de beroepsverenigingen; per beroepsgroep zijn daarvoor twee werkgroepbijeenkomsten georganiseerd. Hierbij is de format aangehouden van de vereniging kenniscentra beroepsopleidingen bedrijfsleven (Colo), dat wil zeggen dat de profielen uitgaan van kerntaken.

Met deze competentieprofielen, ontwikkeld in het kader van het *Actieplan Interculturalisatie* van GGZ Nederland, beoogde men handvatten aan te reiken voor opleidingen en personeelsbeleid. Inderdaad blijken de profielen in 2007 door ten minste drie instellingen (Bravo Europoort, Mentrum en De Meren) te worden gebruikt, overigens op uiteenlopende manieren. Over die ervaringen is (nog) niet gepubliceerd. Wel is er een beschrijving beschikbaar van het implementatieproces bij de Gelderse Roos Rivierenland en bij de Stichting Postdoctorale Beroepsopleidingen GGZ Amsterdam (Kramer, 2007), die als

pilotstudies zijn te beschouwen. Het is echter nog te vroeg om van empirische evidentie te spreken.

### **c. Checklist**

Voor Noordenbos en Pauli (2006) was interculturele competentie niet genoeg. Zij hebben daar expliciet seksespecifieke aspecten aan toegevoegd. In het eerste deel van hun screeningsinstrument hebben ze 18 kenmerken van behandelaars en behandelteam benoemd. Ook zij hanteren daarbij een rubricering in kennis, vaardigheden en 'houding en bejegening'. Onduidelijk is of deze checklist zijn weg heeft gevonden naar de praktijk en/of onderzoek.

## **3. Organisatie van de instellingen**

Vanuit het *Actieplan Interculturalisatie GGZ* van GGZ Nederland (2001 tot 2004) zijn belangrijke impulsen gekomen voor het interculturalisatieproces van de aangesloten instellingen. In dat kader is veel geïnvesteerd in de meetinstrumenten voor kwaliteitsbewaking. Veel van deze producten waren gericht op het organisatie- en management niveau van de GGZ-instellingen en sloten aan bij het vigerende kwaliteitsinstrumentarium. Het primaire proces was daarvan slechts een bescheiden onderdeel, en soms zelfs dat niet.

### **a. Certificatiemodel (HKZ) en interculturele kwaliteit**

In 2004 verscheen het rapport *Interculturele kwaliteit in de GGZ* (Boomstra en Hoogsteder, 2004) dat een intercultureel referentiekader voor de GGZ inclusief de verslavingszorg behelsde. Dit kader is tot stand gekomen op basis van literatuurstudie en een consensusbijeenkomst met het netwerk van contactpersonen interculturalisatie van GGZ Nederland. Het sluit aan op de normen van het model *Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector* uit 2002 dat voor de certificatie van instellingen bedoeld was. Het kader impliceert zeven aandachtsgebieden (waarvan de eerste en de derde hiervoor al uitvoeriger aan bod kwamen in III.1 respectievelijk III.2):

1. het primaire proces  
(preventie, aanmelding, intake, planning en uitvoering van de zorg);
2. beleid en organisatie; samenwerking;
3. personeel: beleid; deskundigheid;
4. onderzoek en ontwikkeling;
5. fysieke omgeving en materiaal;
6. diensten door derden;
7. documentbeheer.

In totaal zijn op deze gebieden 25 relevante en toetsbare kwaliteitscriteria ge(her)formuleerd om allochtone patiënten een kwalitatief goede zorg te garanderen.

Met dit kader werd het voor directies in principe mogelijk het interculturalisatiebeleid te integreren in het kwaliteitsbeleid van hun instellingen. Daarnaast kon het kader volgens de onderzoekers worden gebruikt voor interinstitutionele toetsing, voor vergelijking tussen instellingen, en ook voor beroepsopleidingen. Verdere normering zou in een benchmarktraject

*Voorstudie 'Etniciteit en toegankelijkheid van de GGZ' (2008) van prof. dr.J. van Mens-Verhulst*

kunnen plaatsvinden. Voor zover bekend, is dit intercultureel referentiekader echter voor geen van deze functies ingezet.

Onderwijl gaat de ontwikkeling van het HKZ-model voor de GGZ gestaag voort, zoals uit de mededelingen op [www.hkz.nl](http://www.hkz.nl) valt op te maken. Onduidelijk was echter welke rol daarin was en is weggelegd voor het interculturele referentiekader. Navraag bij de Stichting HKZ leverde het volgende antwoord op:

‘In het conceptschema wordt nadrukkelijk een verband gelegd met kwaliteitsdocumenten die ontwikkeld zijn in samenwerking met GGZ Nederland, waaronder ook die met betrekking tot interculturalisatie. Ook is er in ieder geval in het schema sprake van een norm betreffende het omgaan met interculturele gebruiken. Dit nieuwe schema zal naar verwachting in december 2008 goedgekeurd worden.’ (HKZ, 2008)

## **b. Managementmodel (INK) voor interculturele kwaliteit**

In 2001 was met een quick scan vastgesteld wat de mate van interculturalisatie was van alle lidinstellingen van GGZ Nederland. Qua aandachts- en resultaatgebieden sloot deze scan aan op het managementmodel van het *Instituut Nederlandse Kwaliteit*. De scan bracht geen primair proces in kaart, maar wel leiderschap, beleid en strategie, personeelsmanagement, middelenmanagement en management van processen. Daarbij maakte men onderscheid tussen de waardering van cliënten, van het personeel, de samenleving en de eindresultaten. De criteria voor excellente interculturele bedrijfsvoering waren ontleend aan de literatuur en aan sleutelfiguren op het terrein van interculturalisatie. Met behulp van vragenlijsten is er toen als het ware een nulmeting tot stand gekomen. Naderhand is de validiteit van de criteria getoetst en grotendeels bevestigd in een kwalitatief vervolgonderzoek naar succes- en faalfactoren van interculturalisatie. (Wennink, Boomstra en Meeuwissen, 2001; Boomstra, Wennink en Uiterloo, 2003).

Drie jaar later zijn de criteria in een zorgvuldige haalbaarheidsstudie geoperationaliseerd tot gemakkelijk meetbare indicatoren. In een drietal rondes zijn ze bovendien teruggebracht tot 8 indicatorgebieden (Wennink, Huwae en Boomstra, 2004).

Anno 2008 zijn er echter geen rapportages te vinden waaruit blijkt dat dit instrument verder nog is gebruikt in beleid of onderzoek.

## **c. GGZ-thermometer**

Om de waardering van patiënten te meten, bestaat er een GGZ-thermometer (Kertzman, Kok en van Wijngaarden, 2003). De vraag was echter of die ook geschikt en toepasbaar was voor allochtone patiënten.

Een eerste grootschalig kwantitatief evaluatieonderzoek naar jeugd- en volwassenen-thermometers mislukte; in beide gevallen omdat de herkomst van patiënten in 39,5% respectievelijk 53% van de gevallen niet of onvoldoende was geregistreerd.

Daarnaast is een kleinschalig kwalitatief onderzoek gedaan onder 16 GGZ-cliënten van beide seksen, verschillende herkomst en qua leeftijd uiteenlopend van 24 tot 80 jaar. Anders dan gebruikelijk gebeurde dat met een mondeling afgenomen vragenlijst. Op die lijst kwamen niet alleen de vragen van de thermometer voor maar nog tien extra ‘interculturele’ vragen: aangaande de informatie die door de instellingen over de zorg was verstrekt, de mogelijkheid



tot inspraak, de kwaliteit van de hulpverlener en de toegankelijkheid van de instelling. (Kok en Boomstra 2004). De onderzoekers trekken uiteindelijk geen conclusies over de toepasbaarheid van de GGZ-thermometer, maar wel over de noodzaak die persoonlijk af te nemen, 'omdat er geregeld een toelichting op de vragen nodig was en/of omdat niet alle respondenten Nederlands kunnen lezen of schrijven'. (p. 25). Als alternatieve oplossingen dragen zij de inzet van tolken en de vertaling van de lijsten aan.

Inmiddels wordt gewerkt aan een gestandaardiseerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg, in het bijzonder de kwaliteit, bejegening en mate van innovatie van de instelling die cliënten hebben ervaren. Deze Consumer Quality (C.Q.-) Index be vraagt cliënten niet alleen op hun ervaringen met de ontvangen zorg, maar ook op het belang dat ze aan die aspecten hechten. De resultaten kunnen keuze-informatie verschaffen voor [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl), maar ook verantwoordings- en sturingsinformatie voor aanbieders en inkoopinformatie voor zorgverzekeraars. Voor de GGZ en verslavingszorg wordt de index afgestemd op de reeds bestaande basisset prestatie-indicatoren. Of en hoe intercultureel robuust deze index zal zijn (<http://www.ggzconsult.com>), moet worden afgewacht.

#### **d. Deskundigheidsbevordering**

De deskundigheidsbevordering waarvan zowel in het HKZ- als het INK-model sprake is, is al in 2002 apart onderwerp van studie geweest (Hoogsteder en Verhoeven, 2002). Dat was dus nog voordat er (inter)culturele competenties waren geformuleerd.

Een quick scan onder de 144 instellingen van GGZ Nederland leverde toen een respons van 72% op. Daaruit bleek dat de deskundigheidsbevordering voor 86% betrekking had op het primaire proces, met een hoge deelname onder hulpverleners, ondersteunende medewerkers en personeelsfunctionarissen. Van de hulpverleners scoorden de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen het hoogst qua participatie (67%). Maar ook maatschappelijk werkers, GGZ-psychologen, psychotherapeuten en psychiaters waren goed vertegenwoordigd, met percentages rond de 50%. De meeste deskundigheidsbevordering vond plaats via scholing waarbij interne scholing (67%) duidelijk de voorkeur genoot boven regionale (33%) en landelijke (32%) scholing. Voor zover bekend, heeft deze quick scan geen follow-up gekregen. Recentere cijfers ontbreken.

#### **4. Twee extra contexten van kwaliteit**

Ook los van het *Actieplan Interculturalisatie* van GGZ-Nederland is er aan kwaliteitskaders gewerkt. In 2005 publiceerden De Jong en van Ommeren een model voor kwaliteitsbeoordeling en –bewaking, speciaal met oog op interculturalisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Dat model gaat uit van vier contexten, opgevat als vier concentrische cirkels. Voor elke cirkel dragen de auteurs kwaliteitsaspecten en indicatoren aan, beschrijven ze de passende methodologieën (kwantitatief en kwalitatief) en stipuleren ze om welke concrete gegevens het gaat.

De eerste context – betreffende de relatie van de allochtone patiënt met de hulpverlener en het team – wordt in deel IV nader uitgewerkt en de tweede – over de organisatiecontext – was al aan de orde in paragraaf III.3.

*Voorstudie 'Etniciteit en toegankelijkheid van de GGZ' (2008) van prof. dr.J. van Mens-Verhulst*

De derde en vierde context vestigen de aandacht op twee gebieden van instellingskwaliteit die dikwijls buiten beschouwing blijven, hoewel ze wel degelijk de toegankelijkheid (feitelijk en ervaren) raken. Het gaat om:

- de relatie tussen de GGZ-instelling en de etnische gemeenschappen. Hierna is dat toegespitst op de rol die de familie wordt gegund in de GGZ, de participatiemogelijkheden voor allochtonen en good practices in het outreachend werken;
- de relatie tussen de GGZ-instelling, andere faciliteiten en de bredere samenleving. Dit gebied is in het volgende ingevuld met de punten onderwijs en opleiding, en beleid van de overheid en zorgverzekeraars – twee factoren die Kortman al in 2003 articuleerde. Het punt van de ketenzorg is al aangestipt in het kader van de zorgprogramma's (III.1.a).

Onze speurtocht naar onderzoek op deze gebieden heeft vooral hiaten zichtbaar gemaakt. Zo bleek bijvoorbeeld dat allochtone patiënten buiten beschouwing blijven in de recente studie van Bovenkamp en Trappenburg (2008) over de relatie met familieleden van GGZ-patiënten.

### **a. Participatie van allochtonen**

Ook wat betreft de participatie van 'allochtone' cliënten in patiëntenraden of besturen ontbreekt basale informatie. Een klein stukje is te vinden bij Klijs (2004) die zich verdiept heeft in de vluchtelingenparticipatie in Noord-Brabant. Anders dan de instellingen en experts verwachtten, bleken de 28 geraadpleegde vluchtelingen alleszins bereid tot participatie. Als belemmeringen voor participatie noemden zij de onbekendheid met de GGZ, het taboe op geestelijke gezondheidszorg, de taalbarrière en de cultuurverschillen.

Over de relatie tussen allochtonen en patiëntenorganisaties heeft De Graaff in 2004 een rapport uitgebracht. Daaruit bleek dat Pandora - dat is de landelijke organisatie voor patiënten met psychiatrische problemen - veel vragen van allochtone patiënten ontving en dat die vragen zowel van cultuurspecifieke als van universele aard waren. De cultuurspecifieke vragen betroffen vaak het gebruik van medicijnen en rechtsproblemen. De universele vragen gingen over de toegang tot goede zorg, de nazorg na opname en de bejegening voor, tijdens en na opname. Maar binnen die algemene vraagstelling was de keuze van oplossingen dan toch cultuurbepaald en genderspecifiek. Het waren overigens niet alleen allochtone patiënten waar Pandora contact mee had, maar ook familieleden.

Tellingen van het aantal allochtonen in de gelederen werkzaam op het bureau en in het bestuur maken duidelijk dat 'de stem' van allochtonen nog niet vanzelfsprekend is geïncorporeerd.

Uit de kringen van groepsgewijze geraadpleegde Antilliaanse/Arubaanse, Surinaamse, Molukse, Chinese, Turkse, Marokkaanse en Zuid-Europese allochtonen kwam de bijna unanieme uitspraak dat patiëntenorganisaties een Westerse uitvinding zijn, die qua vorm en werkwijze niet echt aansluit bij de behoeften van allochtonen. De onderzoekster bepleit uiteindelijk een onderscheid tussen

'het proces van interculturalisatie van de patiëntenorganisatie en het product belangenbehartiging, d.w.z. het ter harte nemen van nu bestaande achterstanden en

dilemma's in de zorgverlening aan allochtonen. Beide zijn maatschappelijk noodzakelijk, maar het zou niet goed zijn als de huidige allochtone patiënten(vertegenwoordigers) al hun energie steken in het op gang brengen en in gang houden van het interculturalisatieproces van witte patiëntenorganisaties. Ze zouden ook energie moeten kunnen steken in het aanpakken van actuele achterstanden en dilemma's in de zorgverlening aan henzelf en hun lotgenoten.' (p.78)

De functie die patiëntenorganisatie (kunnen) hebben voor de interculturele toegankelijkheid van de GGZ is niet onderzocht.

## **b. Good practices in outreachend werken**

Over de relatie tussen de GGZ en de etnische gemeenschappen als zodanig is ons geen onderzoek bekend. Wel blijken er juist op het gebied van outreachend werken, voorlichting en samenwerking met andere (hulpverlenings)instanties – waaronder zelforganisaties, buurthuizen, moskeeën en scholen - allerlei inventieve initiatieven te bestaan en ook goede praktijken te zijn ontwikkeld om niet-westerse etnische groepen te bereiken. Van sommige zijn uitvoerige beschrijvingen beschikbaar.

Mikado publiceert zelfs een serie op dit gebied. Met het oog op toegankelijkheid zijn de nummers 1, 3, 4, 5, 6, 9, en 10 relevant, over respectievelijk

- bruggen slaan tussen reguliere en informele zorg (van Wieringen en Thomas, 2003),
- een GGZ-consulente voor Kaapverdianen in Rijnmond (Smulders, 2003),
- laagdrempelige psycho-educatie voor Turken en Marokkanen (Can en Üzer, 2004),
- het intercultureel mobiel team van Parnassia (Theije en Huijbregts, 2004),
- het intercultureel spreekuur bij de GGZ Groep Europoort (Hoffer, 2004),
- het Amsterdams Patiënten/Consumenten Platform, interculturalisatiebeleid en de GGZ (Tonk, 2004) en
- cultuurspecifieke GGZ-voorlichting en psycho-educatie in samenwerking met doelgroepen (Tonk, 2006).

Vanuit het Trimbosinstituut zijn huiskamerbijeenkomsten voor oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen ontwikkeld (de Vries en Smits, 2005) en in Rotterdam is geëxperimenteerd met een cultuurspecifieke Beschermende Woonvorm voor Marokkaanse mannen (Hoffer, 2004).

Andere initiatieven zijn alleen bekend uit persberichten. Vooral het vaktijdschrift *Cultuur, Migratie en Gezondheid* en de website van Mikado fungeren hierin als belangrijke informatiekanalen. Meestal zijn de projecten stads- of regiogebonden, zoals 'Aan de Grenzen' in Den Haag, en 'Maak de zorg beter-avonden' en 'GGZ kiest kleur' in Amsterdam. Naast folders hebben ook DVD's hun intrede gedaan als voorlichtingsmateriaal.

Specifiek voor de jongeren met multiculturele achtergrond is er voorlichting online, op [www.hulpmix.nl](http://www.hulpmix.nl), en - etnisch specifieker – bijvoorbeeld op [www.marokko.nl](http://www.marokko.nl).

### **c. Onderwijs, opleidingen en kennisuitwisseling**

Al in 2001 is er een screeningslijst inzake *Sekse en cultuur in het onderwijs* verschenen voor hogescholen, sector maatschappelijk werk en Dienstverlening (van der Vlugt). Ook zijn er interculturele competentieprofielen voor de GGZ beschikbaar (Kramer, 2004). Daarmee is ook geëxperimenteerd (Kramer, 2007). Toch vormt interculturalisatie geen regulier onderdeel van de hulpverleningsopleidingen. Een rapport als van Ingleby en Andriessen (2000) over het gebrek aan aandacht voor culturele diversiteit in de opleidingen van de Faculteit der Sociale Wetenschappen in Utrecht heeft ook al geen structureel vervolg gekregen. En aan de andere universiteiten verloopt de omgang met interculturalisatie niet beter. In de programma's van de post-academische opleidingen vormen interculturalisatie of diversiteitsfactoren evenmin verplichte kost. Deze verwaarlozing vertaalt zich in een structureel gebrek aan interculturele competentie bij nieuw aantredende hulpverleners (Mens-Verhulst en Bekker, 2005); een gebrek dat de toegankelijkheid van de GGZ vermoedelijk niet ten goede komt.

Uitwisseling en overdracht van interculturele kennis gebeurt voor een groot deel via conferenties, studiedagen en expert meetings en de verslagen die daarvan vaak worden uitgegeven. Denk onder andere 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), voortkomend uit het gelijknamige project dat zich richt op betere preventie en begeleiding van psychosociale problemen en suïcidepogingen bij allochtone jongeren. Veel hiervan is op internet te vinden en daarvan te downloaden. Ook kunnen hulpverleners voor nuttige informatie terecht op websites als [www.mikadonet.nl](http://www.mikadonet.nl), [www.psychiatrienet.nl](http://www.psychiatrienet.nl) (onder transculturele psychiatrie) of [www.movisie.nl](http://www.movisie.nl). Het actueel houden van de websites lijkt in sommige gevallen echter een probleem te zijn. Wat de bijdrage is van al deze activiteiten en initiatieven aan de interculturele kwaliteit van de instellingen en aan de in-, door- en uitstroom van cliënten is moeilijk vast te stellen. Tot op heden is dat ook niet geprobeerd.

### **d. Beleid van overheden en zorgverzekeraars**

In de laatste jaren hebben verschuivingen plaats gevonden in de financiering van de GGZ; in het bijzonder van de opvang van vluchtelingen en asielzoekers (Jongedijk, 2006). Ook de financiering van de cliëntondersteuning GGZ is aan het veranderen, onder meer door de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning. Welke consequenties dit gewijzigde *overheidsbeleid* heeft (gehad) voor de toegankelijkheid van de GGZ voor allochtone groepen, is nog onbekend.

Wel is voor iedereen waarneembaar geweest hoe er door de nieuwe wetgeving ruimte ontstond voor *etnisch ondernemerschap* in de GGZ. Hieruit zijn initiatieven voortgekomen als Noagg en Illuminatus. Noagg (vanaf januari 2005) richtte zich specifiek op mensen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond die lijden aan verschillende vormen van psychische problemen – uitgezonderd mensen met psychotische stoornissen of verslavingsproblematiek en mensen die in crisis verkeren. Er werd hen een aanbod in eigen taal gegarandeerd. Toen Noagg na anderhalf jaar failliet dreigde te gaan, is het overgenomen door de Parnassiagroep, Bavo Europaart en Altrecht ([www.noagg.nl](http://www.noagg.nl)).

*Voorstudie 'Etniciteit en toegankelijkheid van de GGZ' (2008) van prof. dr.J. van Mens-Verhulst*

Illuminatus afficheert zich als een initiatief van psychologen en psychiaters met expertise in de transculturele psychiatrie en vraaggestuurde zorgverlening. Ook hier mag de cliënt rekenen op therapieën in eigen taal ([www.onat.web-log.nl](http://www.onat.web-log.nl)). Eén van de speerpunten is het doen van onderzoek.

Welke rol de *verzekeraars* op zich gaan nemen in het bewaken van de toegankelijkheid van de GGZ voor allochtone patiënten is nog in nevelen gehuld. Gaan zij bijvoorbeeld na welke consequenties de invoering van de Diagnose Behandel Combinaties heeft voor die toegankelijkheid?

Cultuurblindheid van opleidingen, georganiseerde uitwisseling van interculturele kennis tussen professionals, de veranderingen van het overheidsbeleid inzake financiering van de zorg en van de vluchtelingenopvang en de toenemen de invloed van bverzekeraars zijn allemaal factoren die de toegankelijkheid van de GGZ voor allochtonen vermoedelijk beïnvloeden. Maar onderzocht zijn die invloeden dus niet.

## IV. Interactiefactoren ofwel aansluiting tussen patiënt en systeem

Uit het oogpunt van toegankelijkheid is de vraag opportuun of en hoe de patiëntbehoefte en het GGZ-systeem op elkaar aansluiten. In dit verband worden ook de termen hulpverleningsrelatie of werkrelatie gebruikt. Wij prefereren echter de term 'interactie' om daarmee te benadrukken dat het de interface tussen twee systemen betreft.

Kwantitatief is de interactie te typeren aan de hand van volume, dat wil zeggen frequentie en duur van de contacten. Daarvan hebben we al in § I.1.a aangegeven dat er alleen cijfers te vinden waren voor de verslavingszorg en dat er op dat punt nader onderzoek gewenst is in andere sectoren van de GGZ.

Kwalitatief gaat het om processen van communicatie, besluitvorming (onderhandeling) en inhoudelijke probleemoplossing. Communicatietechnisch vindt er, los van de inhoud, ook wederzijdse positionering plaats – die kan variëren in zeggenschap c.q. verantwoordelijkheid, en in afstand (ofwel macht/hiërarchie en intimiteit).

Volgens de dominante, westerse opvattingen over hulpverlening zijn hulpverlener en patiënt in de communicatie en besluitvorming gelijkwaardig, dragen patiënten zelf de verantwoordelijkheid voor het oplossen van hun problemen en dient er een professioneel gepaste afstand te bestaan. In artikelen over interculturele hulpverlening wordt regelmatig betoogd dat deze opvattingen zouden botsen met de opvattingen van niet-westerse patiënten. In § IV.2 rapporteren we over de met onderzoek gestaafde verschillen.

Voor de totstandkoming van een adequate en effectieve uitwisseling tussen systemen moet aan beide kanten een motief of behoefte leven om contact te zoeken en moet men wederzijds de verwachting en het vertrouwen hebben iets voor elkaar te kunnen betekenen. Bovendien is er een uitdrukkingmiddel (taal) nodig om elkaar te verstaan.

Anders dan bij autochtone patiënten is in geval van allochtone patiënten regelmatig niet aan deze voorwaarden voldaan. Op die momenten wordt het zorgsysteem geconfronteerd met de grenzen van haar vanzelfsprekendheden. Hierop volgt dikwijls als reflex dat men de betreffende patiënten indeelt in de categorie 'moeilijk' of on(be)handelbaar. Op de keper beschouwt, kan dat predicaat echter met evenveel recht aan het systeem worden toegekend.

Hindernissen die vaak worden gesignaleerd, zijn de verschillen in communicatiestijlen, taalvaardigheid, verklarende modellen en opvattingen over verantwoordelijkheid in het proces. Wat dat betreft lijkt het in de GGZ en de lichamelijke gezondheidszorg om dezelfde factoren te gaan. Uit de laatste tak van de gezondheidszorg is echter meer onderzoek beschikbaar dan uit de eerste.

Ervan uitgaande dat interculturalisatie een wederzijdse aangelegenheid is, zou men verwachten dat in het onderzoek naar toegankelijkheid een royale plaats is ingeruimd voor de communicatie, informatie-uitwisseling, contactlegging, besluitvorming en gezamenlijke probleemoplossing. Dat blijkt echter maar beperkt het geval. Vergeleken bij de aandacht die, zoals we in de voorgaande paragrafen zagen, uitgaat naar de kenmerken van de deelnemende partijen (patiënten, hulpverleners en GGZ-instellingen), is de aandacht voor de uitwisselingsprocessen beperkt, zowel in theorie als onderzoek.

In onderstaande presenteren we het beschikbare onderzoek naar de aansluiting tussen allochtone patiënten en het Nederlandse GGZ-systeem in twee rubrieken. In de eerste plaats het onderzoek naar interculturele communicatie, in de tweede plaats het onderzoek naar andere te overbruggen verschillen.

## 1. Interculturele Communicatie

Al lange tijd zijn in de hulpverlening trainingen in interculturele communicatie populair. Denk bijvoorbeeld aan Eppink's *Cultuurverschillen en communicatie. Problemen bij hulpverlening aan migranten in Nederland*, dat dateert van 1982. Ook zijn er de nodige (praktijk)theorieën in omloop over communicatiestijlen, stappen en omgangsregels (bijvoorbeeld van Hoffman, 2002 of Pinto, 1994. Maar naar de effectiviteit van de trainingsmodellen is nog geen gedegen onderzoek verricht – zeker niet voor de psychische hulpverlening.

Wel weten we uit onderzoek van Knipscheer en Kleber (2004) dat hulpverleners onder andere metaforengebruik en doorvragen specifieke ingrediënten vinden van een succesvolle interculturele behandeling. Dit is bevestigd door de hulpverleners in het onderzoek naar informatiebehoeften van Turkse en Marokkaanse cliënten met depressie. Zij waarschuwden dat abstracte taalvormen niet goed worden begrepen door cliënten (Rabbae e.a., 2008).

### a. Verschil in communicatiestijlen

Het voornaamste communicatieprobleem is het verschil in communicatiestijlen: de indirecte wijze waarop Turkse en Marokkaanse Nederlanders gewend zijn over taboeonderwerpen te communiceren, kan botsen met de directe communicatiestijl van Nederlandse hulpverleners (Rabbae e.a., 2008). Tegelijkertijd hoort het niet bij de (communicatie)stijl van diezelfde cliënten om te klagen over de behandeling. Dat zou ongeleefd zijn. Hooguit doen ze hun beklag bij een telefonische hulplijn. Al eerder was dit probleem aangestipt vanuit de patiëntenorganisaties (de Graaff, 2004).

Onderzoek naar interculturele communicatie is volgens Meeuwesen en Harmsen (2007) schaars; ook in de medische wereld en zelfs internationaal. Hun uitgebreide observaties van de video-opnames van 986 consultgesprekken van 23 Rotterdamse huisartsen met 375 niet-westerse en 611 westerse patiënten lijken echter ook relevant te zijn voor de GGZ. In ieder geval stemmen ze overeen met de bevindingen van Rabbae en collega's.

Op basis van de arts-patiënt-interacties zijn vier gesprekstypen onderscheiden: een traditioneel (gezags)patroon, een samenwerkingspatroon, een conflictueus patroon en een klaagpatroon. Vergelijking leerde dat in de Nederlandse groep alle patronen ongeveer even vaak voorkwamen. In de allochtone groep(en) daarentegen waren vooral de eerste twee patronen aanwezig en ontbrak het conflictpatroon. Met andere woorden: waar Nederlandse patiënten bij een meningsverschil de nodige 'stennis' maken (conflictueus en klaagpatroon), zijn de allochtone patiënten uiterst coöperatief of vallen ze juist stil. Tot een beter begrip komt het op die manier echter niet.

Opmerkelijk is dat hun interventie was gebaseerd op *wederzijdse* verantwoordelijkheid van arts en patiënt. Beide partijen kregen namelijk een interventie aangeboden om hun

interculturele competentie te verhogen; in de vorm van een training respectievelijk een video-instructie.

## **2. Andere verschillen om te overbruggen**

Het meeste onderzoek naar verschillen tussen hulpverleners en cliënten kan worden opgevat als onderzoek naar voorwaarden om contact tussen patiënt en zorgsysteem tot stand te brengen en te laten voortduren. Daarin wordt empirische vastgesteld welke van de verschillen die men belemmerend acht voor het hulpverleningscontact zich manifesteren en hóe.

### **a. Zes factoren van verschil**

Al in 1991 heeft Jessurun met een uitsprakenlijst onderzoek gedaan naar verschillen in visies op de hulpverleningsinteractie tussen hulpverleners (n=121) en cliënten (n=61). De 'Hollandse' hulpverleners waren van verschillende disciplines en werkzaam in de 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn van psychosociale hulpverlening of bijvoorbeeld in de reclassering. Als cliënten includeerde zij mannen en vrouwen die zich als Creools identificeerden. Na factoranalyse bleken drie clusters van verschil betrouwbaar, namelijk communicatie, locus of control en inzicht. Niettemin heeft ze ook voor discriminatie, zelfverantwoordelijkheid en relatie met de tijd (de minder betrouwbare factoren) getest of er significante verschillen bestonden tussen de groepen hulpverleners en cliënten. Dat bleek voor alle zes de factoren het geval te zijn. Vergeleken bij de Hollandse hulpverleners waren de Creoolse cliënten er meer van overtuigd, dat communicatieverschillen een rol speelden en minder de mening toegedaan dat je lot veeleer door jezelf wordt bepaald dan door de omstandigheden. Ze vonden inzicht belangrijker, kenden een kleinere rol toe aan discriminatie, geloofden sterker dat het succes van de behandeling alleen door de cliënt wordt bepaald, en hechtten minder waarde aan structuur in de therapie. Ten slotte was hun wij-gevoel sterker dan van de Hollandse hulpverleners.

Veronderstelling was dat dergelijke verschillen tussen cliënten en hulpverlener tot disfunctionele interactiepatronen kunnen leiden. Om een dergelijke invloed vast te stellen, is echter een andere onderzoekszet nodig, met een dataverzameling per hulpverleningspaar (zoals de video-opnames die Meeuwesen en Harmsen gebruikten) in plaats van een meting onder twee aparte groepen en met een meting van de (dis)functionaliteit van de interactie.

### **b. Verschillen in taalvaardigheid**

Enerzijds worden de verschillen in taalvaardigheid gethematiseerd als een kenmerk van de patiënt. Dat is in § II.1 al zichtbaar geworden als 'Nederlandse vaardigheden' gemeten met behulp van de Lowlands Acculturation Scale. Want inderdaad bleken die de toegankelijkheid van de GGZ te beïnvloeden (Kamperman, 2005). Ook de *Handreiking voor oudere allochtonen* (2002), gebaseerd op 24 interviews en literatuurstudie, gaat in op de geringe taalvaardigheid, maar dan niet alleen wat betreft de Nederlandse taal. Want patiënten kunnen ook problemen hebben in hun eigen taal en analfabeet zijn – en dat geldt zowel voor autochtone als allochtone patiënten.

*Voorstudie 'Etniciteit en toegankelijkheid van de GGZ' (2008) van prof. dr.J. van Mens-Verhulst*



Anderzijds zijn de verschillen in taalvaardigheid gethematiseerd als barrières om hulp te vragen of een intakeformulier in te vullen (Messing, 2003). Deze barrières bleken zich vooral voor te doen bij mediterrane migranten van de eerste generatie (Knipscheer, 2000), allochtone verslaafden (Broers en Eland, 2000) en recent geïmmigreerden onder de Turkse getroffen en in Enschede (Drogendijk e.a., 2004), maar bijvoorbeeld niet zozeer bij Engels sprekende Ghanezen (Knipscheer, 2000). Richten we de blik op het GGZ-systeem, dan zouden we in plaats van over barrières ook kunnen spreken over een kennelijk gebrek aan adequate voorlichtingsfolders, intakeformulieren en tolken.

De therapeut-tolk-combinatie brengt geheel eigen communicatievraagstukken met zich mee. Dat blijkt uit het promotieonderzoek dat Bot (2005) heeft gedaan naar gesprekstonen in psychotherapeutische gesprekken met getraumatiseerde asielzoekers, met behulp van concept-mapping en analyse van zes op video opgenomen gesprekken. Welke rol (opvatting) voor tolk en hulpverlener is weggelegd, hangt af van de opvatting die men over taal heeft: monologisch of dialogisch. De keuze is tussen een vertaalmachinemodel en een interactief model. Het laatste model is gebaseerd op de gedachte dat de betekenis van woorden tenminste ten dele bepaald wordt door de context – in casu de interactie tussen drie in plaats van twee mensen. Uit het onderzoek wordt duidelijk dat hulpverleners er met de aanwezigheid van een tolk een taak bij krijgen, namelijk allereerst het management van het gesprek (volgens een van de twee modellen) en bovendien het hanteren van een eventueel verschil tussen de drie aanwezigen in opvattingen over de rol van de tolk.

### **c. Verschillen in verklaringsmodellen**

Of en hoe verschillen in verklaringsmodellen of interpretatiekaders invloed hebben op toegankelijkheid, krijgt onder andere aandacht met het begrip 'attributiestijl' als kenmerk van patiënten. Daarvan heeft Knipscheer (2000) vastgesteld dat een externaliserende stijl de toegang tot de GGZ moeizamer maakt. Ook Kamperman (2005, p. 195) laat zich in die zin uit, als ze aangeeft dat cliënten met sociale en interactionele verklaringsmodellen beter naar het maatschappelijk werk kunnen worden doorverwezen omdat ze weinig baat zullen hebben bij GGZ-hulpverlening.

Rond het zogenaamd magisch religieuze verklaringsmodel hebben Knipscheer en Kleber (2004) in hun onderzoek naar *Een interculturele entree in Altrecht* een discrepantie tussen hulpverleners en cliënten gevonden. Volgens de hulpverleners zouden cliënten dat hanteren, maar cliënten zelf maakten daar geen melding van, getuige hun dossiers. Hierbij tekenen de onderzoekers overigens aan dat dossiers in deze misschien niet karakteristiek zijn voor het cliëntperspectief.

Recent is een artikel van Oliemeulen (2008) verschenen waarin zij verslag doet van haar onderzoek onder chronisch psychotische patiënten van autochtoon-Nederlandse (n= 20), Hindoestaans-Surinaamse (n= 17) en Turkse (n=16) afkomst, met hun familieleden (n=30) en met behandelaars (n is niet vermeld). Vertrouwend op de theorieën van Kleinmann en collega's (1978), heeft ze verklaringsmodellen gereconstrueerd uit interviewdata betreffende de oorzaak van ziekte, beloop en hulpzoekgedrag. Bij nadere bestudering bleken deze patiënten hun problemen echter breder te beschrijven dan (alleen) in termen van een psychiatrische stoornis; namelijk ook in termen van levensomstandigheden en gebeurtenissen. Daarnaast lukte het (meestal) niet specifieke verklarende modellen te construeren over de

betekenis van psychoses of schizofrenie – wat voor haar aanleiding was tot enkele kanttekeningen bij het begrip ‘verklarend model’.

Na constructie van 5 typebeschrijvingen van patiënten en vier van behandelaars ontstond een beeld hoever de verhalen van patiënten en behandelaars van elkaar af kunnen staan; en dat de grootste kloof waarschijnlijk te vinden is tussen de moeilijk patiënten (zogenoemde Calimero’s en Assepoesters) en de verpleegkundigen (veelal van het type Bestuurders of Leraren)– die hen juist dikwijls in behandeling hebben. Interessant is ook haar observatie dat de patiënten losse fragmenten strategisch inzetten: als ze met een behandelaar te maken hadden de biologische fragmenten en tegenover familie de sociale en bovennatuurlijke fragmenten.

Niettemin concludeert Oliemeulen dat het begrip verklarend model in de praktijk heel complex en lastig bruikbaar is; dat overeenstemming over oorzaak en aard van de behandeling geen garantie biedt voor goede aansluiting; en dat er zelfs sprake kan zijn van een goede aansluiting tussen hulpverlenenden en cliënt terwijl hun verklarende modellen ver van elkaar af lijken te staan.

Ze besluit met op te merken dat het in deze belangrijk is de prioriteiten van de patiënt te erkennen en waarschijnlijk nog belangrijker de aanvulling van Kleinmann uit 1981 ter harte te nemen: dat het praten over verklarende modellen van patiënt en behandelaar een middel is om tot aansluiting te komen.

#### **d. Verschillen in verantwoordelijkheid**

Op het gebied van verantwoordelijkheid voor het verdwijnen van klachten zijn er in de loop van de tijd in Nederland drie onderzoeken gedaan die elkaars resultaten bevestigen.

Creoolse cliënten vonden vaker dan de Hollandse hulpverleners dat hun lot werd bepaald door externe omstandigheden én dat ze zelf verantwoordelijk waren voor het succes van hun behandeling (Jessurun, 1991). Allochtone cliënten zoeken echter niet alleen de oorzaak van hun problemen vaker buiten zichzelf, maar ook de oplossing ervan. Dat houdt verband met hun externe attributiestijl. Maar een cliënt maakte meer kans op voortzetting van de behandeling als z/hij zich aan het referentiekader van de hulpverlener aanpaste, zo bleek uit onderzoek naar cultuurverschillen in interacties tussen hulpverleners en vluchtelingen (Boomstra en Kramer in Boomstra e.a., 2003).

Allochtone cliënten voelden zich machteloos vanwege de sociaaleconomische malaise en communicatieproblemen in de interactie, concludeerden Knipscheer en Kleber (2004). Ze signaleerden echter dat ook hulpverleners zich machteloos voelden: door de veeleisendheid en passiviteit van hun allochtone cliënten en de onbepreekbaarheid en onveranderbaarheid van bepaalde gedragsaspecten. Ongeveer de helft van de 30 hulpverleners in hun onderzoek (20 vrouwen, 10 mannen; 23 autochtonen en 7 allochtonen) naar de interculturele entree gaf aan mee te gaan met het verklaringsmodel van de cliënt.

Geconcludeerd mag worden dat in de ‘verschilonderzoeken’ die sinds Jessurun (1991) hebben plaatsgevonden, het meestal maar om één factor ging: de taal, verklaringsmodellen, opvattingen over verantwoordelijkheid of sociale en culturele kenmerken. De vraag naar de samenhang tussen disfunctionele interactiepatronen en toegankelijkheid, bijvoorbeeld in de vorm van een geringere frequentie van contacten en/of drop-outpercentages, is nog helemaal niet onderzocht.

### 3. Strategieën voor het omgaan met verschillen

Onderzoek naar culturele verschillen tussen patiënt en zorgsysteem blijken een ander licht te werpen op de kenmerken van 'moeilijke' patiënten. Vanuit dit - interactionele - perspectief dringt zich de vraag op naar de strategieën die hulpverleners en patiënten hanteren om hiermee om te gaan.

#### a. Strategieën tussen hulpverleners en cliënten

In principe kunnen beide zowel hulpverleners als hulpvragers (M/v) gebruik maken van een segregatie-, assimilatie-, acculturatie, afwisselings- of integratiestrategie. Maar sommige combinaties van strategieën zijn op voorhand al als vruchtbaarder te taxeren dan andere; wederzijdse segregatie zal de toegankelijkheid bijvoorbeeld niet verhogen (Coleman, 1997; 1998). Er is ons echter geen systematisch empirisch onderzoek naar de voor- en nadelen van de verschillende strategieën bekend.

#### b. Matching

Er is ook een organisatiestrategie waarmee men disfunctionele verschillen probeert te omzeilen, namelijk het matchen op overeenkomsten in culturele en sociale similariteit. Vaak betekent dit niet alleen een matching op etnische herkomst maar ook op sekse. Aanvankelijk heerste de overtuiging dat zo'n similariteit de toegankelijkheid zou bevorderen omdat het sneller vertrouwen bij de cliënt zou genereren en meer wederzijds begrip garanderen. In een aantal gevallen zou het ook taal- en cultuurbarrières voorkomen. Maar onder andere de promotieonderzoeken van Knipscheer (2000) en Kamperman (2005) hebben uitgewezen dat matching geen must is voor Surinaamse en Marokkaanse respondenten. Voor zover etnische matching de voorkeur had, was dat vooral vanwege voordelen van dezelfde taal in de communicatie en behandeling.

Similariteit kan zelfs als benauwend worden ervaren, omdat de hulpverlening daarmee op voorhand cultureel en sociaal lijkt te worden ingeperkt. Tegen etnische matching pleit soms: niet thuis voelen in 'eigen cultuur', angst voor roddels of sociale controle.

Uit buitenlands onderzoek onder Afrikaanse, Aziatische, Europese, Latijnse en autochtone Amerikaanse studenten is bekend dat cliënten uit minderheidsgroepen hun voorkeur voor een etnisch gelijkende therapeut minder belangrijk vinden dan een therapeut met a) overeenkomstige attitudes en waarden, b) een beter opleiding, c) van oudere leeftijd, d) een soortgelijke persoonlijkheid, een vergelijkbare sociaaleconomische status, f) dezelfde sekse. (Atkinson, Wampold, Lowe, Matthews & Ahn, 1998).

Ethnische matching lijkt betere resultaten op te leveren als de cliënten zelf minder zijn geaccultureerd. Daarnaast zijn er cliënten die juist uitdrukkelijk een therapeut willen die uit de dominante cultuur afkomstig is (Sue, Fujino, Hu, Takeuchi & Zane, 1991).

### c. Radicalere visies

In de loop der tijd zijn er ook radicalere visies op de hulpverleningsinteracties en de aansluitingsproblemen ontwikkeld, onder andere vanuit de vrouwenhulpverlening. Daarin wordt het westerse autonomiebegrip bekritiseerd – als niet aansluitend op de wij-cultuur van veel allochtone patiënten. Maar vooral wordt gewezen op de machtsverschillen zoals die te vinden zijn in historische verhoudingen, huidige discriminatie en geïnternaliseerde machtsverhoudingen. De geïnternaliseerde dominantie, zowel ten gevolge van etnische als sekseverhoudingen, zou een adequaat functioneren van hulpverleners (m/v) in de weg staan. (Fienieg, 1995)

Ook het Manifest over interculturele GGZ voor de XXIe eeuw (Van Dijk, Boedjarath, De Jong, May en Wesenbeek, 2000) problematiseert de witte cultuur van de GGZ. Daarin wordt de vervreemding geweten aan eigenschappen en achterstanden van de allochtone cliënt. Men beseft niet dat de vervreemding tussen hulpvrager en hulpverlener een gezamenlijk probleem is. Ook ontbreekt de erkenning dat men van beide kanten moet werken aan het overwinnen van achterstelling, discriminatie en institutioneel racisme.

Genoemde uitgangspunten heeft Kortman (2003) samengevat als een *paradigmawisseling* met als kern 'een dialoog met de Ander, op basis van culturele gelijkwaardigheid' en het terugdringen van ethnocentrisme.

In een semigestructureerd interview heeft hij deze visie voorgelegd aan tien gezaghebbende psychiaters, psychologen en antropologen op het gebied van geestelijke gezondheidsproblematiek van allochtonen in Nederland. Hun reacties getuigden zowel van instemming als terughoudendheid ten opzicht van de bepleite dialoog. Uit zijn onderzoek kwam als communis opinio dat het nut van een dialoog in de praktijk van de hulpverlening afhankelijk is van zowel onderwerp als situatie. Soms is het nodig grenzen te stellen, bijvoorbeeld ten aanzien van opvattingen over homoseksualiteit of aan patiënten met ernstige psychotische stoornissen. In dat opzicht vonden de respondenten het manifest 'naïef' en 'politiek correct', terwijl het onvoldoende rekening zou houden met de verschillen tussen hulpvrager en hulpverlener qua deskundigheid, rol en verantwoordelijkheid. Verder empirisch onderzoek vanuit of naar aanleiding van dit radicale perspectief hier te lande is ons niet bekend.

## V. BIJLAGEN

### Verantwoording van de literatuurselectie

Deze studie 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 geraadpleegd. In de eerste plaats Mikado (kenniscentrum voor interculturele GGZ) en TransAct (landelijk expertisecentrum voor seksespecifieke hulpverlening en bestrijding seksueel geweld, 1995-2006), inmiddels opgegaan in Movisie. In de tweede plaats het Trimbosinstituut. Hier doet men onderzoek op het gebied van GGZ en verslaving. Aan etnische diversiteit blijkt men echter geen expliciete aandacht te besteden, vanwege onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal bij allochtone doelgroepen (Pacemaker, 2007). 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)* en het *Tijdschrift voor Psychiatrie*, themanummers van het *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* en *Gedrag en Gezondheid*, en de recent geopende website van het Europese Migrant Health Project ([www.mighealth.net](http://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 en tevens voldoende ecologische validiteit hadden voor de Nederlandse situatie.

## Literatuur 'Etniciteit en toegankelijkheid van de GGZ'

Voorstudie t.b.v. Programmeringsstudie "Etniciteit en Gezondheid" voor ZonMw.

- Aan de grenzen II (2005). *Teruggetrokken allochtone jongeren met problemen*. Den Haag: Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn.
- 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.
- Bekker, M.H.J. & Frederiks, E. (2005). *Psychotherapeuten over diversiteitsbewuste werkwijzen en knelpunten bij intake, diagnostiek en behandeling van allochtone vrouwen en mannen*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- 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 (3), p.200-218.
- Boomstra, R. & Hoogsteder, M (2004). *Interculturele kwaliteit in de ggz*. Utrecht: GGZ-Nederland.
- Boomstra, R. & Hoogsteder, M. (2004). *Interculturele kwaliteit in de GGZ. Een kwestie van helder beleid en consequente uitvoering*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Boomstra, R. (2003). *Haalbaarheidsstudie "Interculturele beleidsmonitor"*. Utrecht: Trimbosinstituut. [www.ggzkennisnet.nl](http://www.ggzkennisnet.nl). Toegang 27-08-2008.
- 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. & M. Cense (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), p. 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), p. 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.
- Coleman, H.L.K. (1997). Conflict in multicultural counselling competency: source and resolution. *Journal of Multicultural Counseling and Development* 25, p. 195-200.
- Coleman, H.L.K. (1998). General and multicultural counseling competency: Apples and oranges? *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 26 (3): p. 145-157.
- Dieperink, C., Dijke, R van & Wierdsma, A. (2002). *GGZ voor allochtonen. Ontwikkelingen in het zorggebruik in de regio Rotterdam, 1990 -1998*.
- Dijk, R. van (2008), *GGZ Nederland zoekende over registratie geboorteland*. [www.mikadonet.nl](http://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), p. 134-144.
- Dorgelo, A. Sbiti, A., Kamperman, A. (2007). Good practices in de GGZ. Een handreiking voor succesvolle implementatie van interculturele good practices. *CMG* 3, p. 154-160.

Voorstudie 'Etniciteit en toegankelijkheid van de GGZ' (2008) van prof. dr.J. van Mens-Verhulst

- 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 en van de vuurwerkramp Enschede omtrent de psychosociale nazorg*. Instituut voor Psychotrauma AMC/De Meren.
- Eppink, A. (1982). *Cultuurverschillen en communicatie. Problemen bij hulpverlening aan migranten in Nederland*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Falicov, C.J. (1995). Training to think culturally, a multidimensional comparative framework. *Family Process* .
- Fienieg, B. (1998). *Denkwerk in uitvoering. Een zoektocht naar uitgangspunten voor zorg- en hulpverlening aan zwarte, migranten- en vluchtelingen vrouwen*. Utrecht: TransAct
- Foets, M. (2004). Halfjaarlijks overzicht van internationale publicaties over Nederlandse en Belgische studies. In *CMG 01 08*, p. 44.
- 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), p. 394-399.
- GGD Rotterdam, Trimbos en NIGZ (2004). *Preventieve interventies gericht op psychische en psychosomatische klachten bij allochtone groepen*. Rotterdam: GGD. Te downloaden van [www.lsp-preventie.nl](http://www.lsp-preventie.nl) of [www.ggd.rotterdam.nl](http://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.
- 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.
- 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.
- 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. (2004). Een cultuurspecifieke Beschermd Woonvorm in de praktijk. *CMG 1(2)*, p. 14-26.
- Hoffer, C. (2004). *Een andere invalshoek. Het intercultureel spreekuur bij de GGZ Groep Europort*. 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 deeltijdbehandeling 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.
- 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). *Muslims en psychiatrie in Nederland. Verslag van een verkennend onderzoek*. 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.M. & 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*, p. 163-174.
- 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.
- Kleinmann, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine* 12, p. 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, p. 373-376.
- Kleinman, A. (2005). *Culture and Psychiatric Diagnosis and treatment: What are the necessary therapeutic skills?* Utrecht: Trimbos.
- 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. & Kleber, R.J. (2005a). Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 47 (11), p. 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, p. 372-382.



- Knipscheer, J.W. en Kleber, R. (2005c), Psychotherapie met allochtonen echt anders? *MGV* 60: p. 717-724.
- 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. (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.
- Lee, S. A. & Farrell, M. (2006). Is cultural competence a backdoor to racism? *Anthropology News* 47 (3), p. 9-10.
- Messing, J. (2003). *De andere stem. Interculturalisatie van de GGZ vanuit het perspectief van migranten en vluchtelingen*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Meeuwesen, L. en Harmsen, J.A.M. (2007). Valkuilen in de multiculturele huisartspraktijk: het 'stille' gesprek. *Modern Medicine* p. 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.
- 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, p. 386-91.
- Nitert, 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* 04, p. 66-77.
- Oude Avenhuis, A. (2004). Wisselende perspectieven. Een goede behandeling is én seksespecifiek én intercultureel. *CMG* 1(2), p. 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 perspectief door de drie-stappenmethode voor het doeltreffend overbruggen van verschillen*. Houten: BSL.
- Trimbosinstituut (2004). *Preventieve interventies gericht op psychische en psychosomatische klachten bij allochtone groepen*. Verslag van de expertmeeting op 29 september 2004 en een overzicht van de interventies. Utrecht: Trimbos.
- 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. *CMG5-2*, p. 86-95.
- Roche, M.J. la & Maxia, A. (2003). Ten considerations in addressing cultural differences in psychotherapy. *Professional psychology: reserach and practice* 34 (2), p. 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.
- Schalken, F. & Sbiti, A. (2006). *Nabijheid door afstand en intimiteit . Do's en don'ts bij online hulp aan allochtone jongeren*. 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), p. 771-777
- Seddik, H. (2005). *Transculturele (systeem)therapie. Ervaringen uit Frankrijk met psychotherapie met families gebaseerd op etno-psychoanalyse*. Rotterdam: Mikado.
- 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.
- Stel, J. van der (2006). *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 gezondheidzorg* 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, p. 533-540..
- Theije, J. de & Huijbregts, J. *Oemoemenoe? Het intercultureel Mobiel Team van Parnassia aan het werk*. Rotteram: Mikado.
- Thomaes, K., Kaasenbrood, A. & Krumeich, A. (1997). Turkse vrouwen en de kunst van het hulp zoeken. *MGV 52*, p 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) *Hier voelt het veilig. Groepstherapie voor getraumatiseerde vluchtelingenvrouwen bij Altrecht, Divisie Stad Utrecht*.
- 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.
- 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*, p. 86-93.

- 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), p. 66-76.
- Watters, C. (2001). Emerging paradigms in the mental health care of refugees. *SSM 52*, p. 1709-1718.
- Watters, C. (2002). Migration and mental health care in Europe: a report of a preliminary mapping exercise. *Journal of Ethnic and Migration Studies 28*, 153-172.
- 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. en 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](http://www.hkz.nl), toegang op 12-8-2008
- [Www.ggzconsult.com](http://www.ggzconsult.com), toegang op 7 -9-2008
- [Www.noagg.nl](http://www.noagg.nl), toegang op 12 -8-2008.
- [Www.onat.web-log.nl](http://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. *MGV 60*, p. 725-734.
- Zane, N e.a. (2005). Beyond ethnic match: effects of client-therapist cognitive match in problem perception, coping orientation, and therapy goals on treatment outcomes. *Journal of community psychology 33*(5), p. 569-585.