

Tendrapportage GGZ 2009

Drop-out onder allochtone GGZ-cliënten

Themarapportage



20
09

Tendrapportage GGZ 2009

Drop-out onder allochtone GGZ-cliënten

Zicht op de onderliggende factoren en
aanbevelingen om drop-out te verminderen

Themarapportage in het kader van de Tendrapportage GGZ,
deelterrein 3: Kwaliteit en Effectiviteit

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Projectleiding

Dr. H. van 't Land

Projectuitvoering

Drs. I.B. Hilderink

Dr. H. van 't Land

Dr. C. Smits

Eindredactie

Dr. H. van 't Land

Met dank aan

Mr. M.O. Samuels

Productiebegeleiding

L. Groeneveld

Opmaak en druk

Ladenius Communicatie BV, Houten

ISBN 978-90-5253-652-1

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl, onder vermelding van artikelnummer **AF0922**.

U krijgt een factuur voor de betaling.

© 2009, Trimbos-instituut, Utrecht.

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

Inhoudsopgave

	Voorwoord	5
1	Inleiding	7
1.1	Aanleiding	7
1.2	Doelstelling en onderzoeksvragen	8
1.3	Definities	8
1.4	Onderzoeksmethode	9
1.5	Opbouw rapport	12
2	Allochtonen: aantallen, psychische gezondheid en zorggebruik	13
2.1	Bevolkingsamenstelling en verwachte bevolkingsgroei	13
2.2	Psychische gezondheid	14
2.3	Trends in zorggebruik	17
3	Resultaten literatuursearch	21
3.1	Inleiding	21
3.2	Algemene factoren drop-out	21
3.3	Factoren die een rol spelen bij drop-out onder allochtone GGZ-cliënten	24
4	Resultaten semi-gestructureerde interviews	37
4.1	Inleiding	37
4.2	Overzicht	37
4.3	Verwachtingen ten aanzien van de GGZ	38
4.4	Klachtpresentatie en ziekte-inzicht	40
4.5	Taal- en communicatieproblemen	43
4.6	Werkrelatie en aanbod	45
4.7	Multiproblematiek	47
4.8	Cultuurspecifieke waarden, zoals Schaamte	48
4.9	Aanbevelingen van hulpverleners	54
5	Beschouwing en aanbevelingen	59
5.1	Beschouwing	59
5.2	Aanbevelingen	64
	Referenties	67
Bijlage 1	Beschrijving databronnen	71
Bijlage 2	Gespreksrichtlijn	73

Voorwoord

In 2007 verzocht het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het Trimbos-instituut een periodieke, landelijke rapportage op te stellen over de voor het overheidsbeleid relevante ontwikkelingen op het gebied van de geestelijke gezondheid en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze *Tendrapportage GGZ* moet zicht bieden op de actuele stand van zaken en recente ontwikkelingen en trends, maar ook op achtergronden van de gesignaleerde ontwikkelingen. De Tendrapportage GGZ vervult daarmee een driedelige functie (signaleren, analyseren en evalueren) en richt zich op de volgende drie deelterreinen:

1. Organisatie, structuur en financiering
2. Toegang en zorggebruik
3. Kwaliteit en effectiviteit

Deze deelterreinen bestrijken de rapportages respectievelijk de voorwaarden, het proces en de uitkomsten van het GGZ-systeem. Ook sluiten de deelterreinen aan bij de drie kerntaken van de overheid met betrekking tot de zorg (duurzaamheid, toegankelijkheid, kwaliteit) en bij de belangrijkste beleidsdoelstellingen zoals die zijn verwoord in de Beleidsvisie GGZ van het Ministerie van VWS (2006). In een tweejaarlijkse cyclus worden over elk van deze deelterreinen overzichtsrapportages geschreven. In de tussenliggende jaren verschijnen verdiepende *themapportages* rond specifieke subthema's binnen de drie deelterreinen.

Kwaliteit en effectiviteit

Het voor u liggende themarapport heeft betrekking op deelterrein 3 'Kwaliteit en effectiviteit'. Kwaliteit van zorg is een speerpunt van het beleid van het Ministerie van VWS. Het streven van de overheid is veilige zorg op kwalitatief hoog niveau, klantgericht, met voldoende keuzemogelijkheden en met duidelijke rechten en plichten voor iedereen. Er is sprake van kwalitatief goede zorg als de zorg zoveel mogelijk is toegesneden op de individuele behoeften van de cliënt (cliëntgericht), effectief en veilig is. Daarnaast dient de GGZ toegankelijk te zijn voor alle groeperingen in de Nederlandse samenleving.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De Nederlandse samenleving wordt in toenemende mate geconfronteerd met vraagstukken omtrent de geestelijke gezondheidszorg aan migranten. In de jaren negentig raakte daarom het begrip 'interculturalisatie' in zwang. Interculturalisatie wordt door de Raad voor de Gezondheidszorg omschreven als: *'een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg met het doel allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen'*.⁹

In de afgelopen jaren is veel aandacht besteed aan interculturalisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Verschillende activiteiten en initiatieven werden ontwikkeld om de instroom van allochtone cliënten te bevorderen dan wel vroegtijdige uitstroom tegen te gaan. Voorbeelden hiervan zijn: voorlichting en psycho-educatie, spreekuren buiten de instelling, inzet van intermediairs, aangepast aanbod, gebruik van tolken en aanpassingen aan de accommodatie.¹⁰ De investeringen in de GGZ hebben geresulteerd in een verbeterde toegankelijkheid van de GGZ voor verschillende groepen migranten. Vooral Turkse en Marokkaanse Nederlanders slagen er steeds beter in de weg naar de GGZ te vinden.¹

Ondanks deze ontwikkelingen stelt de Raad voor de Volksgezondheid in 2000 dat *'de indruk bestaat dat de aanpassing van de geestelijke gezondheidszorg aan de etnisch-culturele diversiteit van zorgvragers in het algemeen traag verloopt of soms zelfs stagneert'*.⁹ Er zou sprake zijn van een zekere 'interculturele verlegenheid': *'de GGZ weet vaak niet wat te doen met zijn allochtone cliënten'*.¹¹ In de praktijk zou nog steeds een mismatch worden ervaren tussen de hulpvraag van allochtone cliënten en het hulpaanbod en een relatief hoog drop-out percentage onder allochtone cliënten zou hiervan het gevolg kunnen zijn.^{3;8;11-14}

Over de exacte omvang van de drop-out problematiek bij allochtone cliënten is nog weinig bekend. Wel zijn er verschillende onderzoeken uitgevoerd die zich richten op het verklaren van drop-out onder allochtone GGZ-cliënten; de meeste onderzoeken richten zich op de verwachtingen die allochtone cliënten hebben ten aanzien van de zorg die zij krijgen in de GGZ, de communicatie tussen de hulpverlener en de allochtone cliënt en de culturele competenties van de hulpverlener.^{3;14-17}

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Doelstellingen

Dit themarapport heeft de volgende doelstellingen:

- Inventarisatie van landelijke feiten en cijfers over drop-out onder allochtone GGZ-cliënten;
- Inventarisatie van factoren die ten grondslag liggen aan drop-out (algemeen en specifiek bij allochtone GGZ-cliënten);
- Formuleren van aanbevelingen hoe drop-out onder allochtone GGZ-cliënten verminderd kan worden.

Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen zijn:

1. Wat is er cijfermatig op landelijk niveau bekend over drop-out onder allochtone GGZ-cliënten?
2. Welke factoren liggen aan drop-out onder allochtone GGZ-cliënten ten grondslag?
3. Hoe kan drop-out onder allochtone GGZ-cliënten verminderd worden?

Resultaten in dit rapport worden, voor zover mogelijk, apart gepresenteerd voor Nederlandse cliënten met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse achtergrond.

1.3 Definities

Allochtoon

Het begrip 'allochtoon' wordt door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) gedefinieerd als: 'een persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren'. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen personen die zelf in het buitenland zijn geboren (de eerste generatie) en personen die in Nederland zijn geboren (de tweede generatie). De groep die onder deze definitie valt is erg breed. In de statistieken wordt derhalve onderscheid gemaakt in *westerse* en *niet-westerse* allochtonen. Laatstgenoemden zijn afkomstig uit Turkije, Afrika, Latijns-Amerika en Azië, met uitzondering van Indonesië en Japan (op grond van hun sociaal-economische en culturele positie worden allochtonen afkomstig uit deze twee landen tot de westerse allochtonen gerekend). Bij het vormgeven van beleid richt de overheid zich met name op vier doelgroepen niet-westerse allochtonen: Turken, Marokkanen, Antillianen/Arubanen en Surinamers. Iemand behoort tot één van deze doelgroepen als hijzelf, of tenminste één van zijn ouders in één van de doelgroeplanden geboren is, waarbij het geboorteland van de betrokkene zélf bepalend is voor het onderscheid tussen de eerste en tweede generatie.

Drop-out

Voor het begrip 'drop-out' wordt in de literatuur de volgende definitie gehanteerd: *Eenzijdige, voortijdige beëindiging van de behandeling of opname door de cliënt, terwijl de therapeut van mening is dat het behandeldoel nog niet bereikt is en voortzetting van de behandeling nog wel resultaten op zou kunnen leveren.*^{18;19} De Weert- van Oene²⁰ maakt in dit kader onderscheid naar de volgende subtypen:

- *No show* (wegblijver)
- *Onmiddellijke vertrekkende* (beëindiging contact na één behandelcontact)
- *Snelle drop-out* (beëindiging contact na circa één maand)
- *Late drop-out* (beëindiging contact na een behandelduur van 2 tot 6 maanden)

Onderzoek naar drop-out richt zich veelal op de laatste twee categorieën (snelle en late drop-out).

1.4 Onderzoeksmethode

Om antwoord te geven op bovenstaande onderzoeksvragen, zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:

1. Screenen van landelijke registratiebronnen en landelijke bevolkingsonderzoeken;
2. Uitvoeren literatuursearch;
3. Afnemen semi-gestructureerde interviews.

1.4.1 Screenen van databronnen

Om informatie te verwerven over de omvang van drop-out onder allochtone GGZ-cliënten, zijn verschillende landelijke databronnen gescreend. Deze databronnen zijn onder te verdelen in twee typen: 1) landelijke registratiebestanden en 2) landelijke cliënt- en bevolkingsonderzoeken.

De volgende registratiebronnen zijn voor dit onderzoek geraadpleegd:

Registratiebestanden:

- Zorgis (GGZ Nederland)
- Psychiatrische Casusregisters
- DBC-Informatiesysteem (DIS)
- Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording

De volgende cliënt- of bevolkingsonderzoeken zijn voor dit onderzoek geraadpleegd:

Cliënt-/ bevolkingsonderzoek:

- NEMESIS-1 (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*)
- NESDA (*Nederlandse Studie naar Depressie en Angst*)
- POLS (*Permanent Onderzoek Leefsituatie*)

In Tabel 1.1 wordt een samenvatting gegeven van de resultaten. Uit de tabel valt af te lezen dat geen van de beschikbare landelijke registratiebestanden en bevolkinsonderzoeken bruikbare informatie bevat over drop-out onder allochtone GGZ-cliënten. Een belangrijk knelpunt is dat de etniciteit vaak niet bekend is, enerzijds omdat in registratiebestanden de variabele 'eticiteit' veelal ontbreekt en dus niet kan worden ingevuld, anderzijds omdat in cliënt- en/of bevolkinsonderzoeken de variabele 'eticiteit' vaak niet ingevuld wordt. In Bijlage I wordt hiervan per bron een beschrijving gegeven. Ook onderzoek van het Trimbos-instituut, naar drop-out onder allochtone GGZ-cliënten van GGZ-instelling Altrecht, laat zien dat het niet mogelijk is om betrouwbare uitspraken te doen over de omvang van drop-out onder allochtone GGZ-cliënten.⁴ Ook in dit onderzoek wordt gewezen op onvolledige zorgregistratie: van een ruime meerderheid van de cliënten was de etniciteit niet geregistreerd.⁴

Tabel 1.1 Gescreende landelijke registratie- en databronnen

Databron	Cijfers over drop-out?
Zorgis	-
Psychiatrische Casusregisters (PCR)	-
DBC Informatie Systeem (DIS)	-
NESDA	-
NEMESIS-1	-
POLS	-
Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV)	-

1.4.2 Uitvoeren literatuursearch

Een literatuursearch vond plaats binnen de Trimbos-uitgaven, in Picarta, bij Pharos, Mikado, het NIVEL, bij het Verwey Jonkerinstituut en op de websites www.ggzbeleid.nl, www.ggz nederland.nl, www.vws.nl en www.google-wetenschap.nl. Gezocht is naar artikelen, publicaties en onderzoek over drop-out in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg aan de hand van de volgende zoektermen: allochtonen, migranten, etnische minderheden, drop-out/dropout, beëindiging behandeling, GGZ, interculturele GGZ, multiculturele zorg. Via de sneeuwbal methode^a werd verder naar relevante bronnen gezocht. De literatuursearch had betrekking op de periode 1997-januari 2009. De gevonden artikelen en rapporten hadden betrekking op de volgende drie onderwerpen:

a Bij de sneeuwbal methode wordt gebruik gemaakt van een top down zoektechniek. Gestart wordt op een algemeen niveau, bijvoorbeeld een handboek of meta-review, om te kijken wat er over een onderwerp bekend is. Vervolgens wordt dieper op een onderwerp ingegaan door referenties te raadplegen die in de literatuurverwijzingen van een handboek of meta-review worden genoemd. Van deze boeken worden wederom de literatuurverwijzingen geraadpleegd etc.

- 1 Interculturalisatie van de GGZ;
- 2 Achtergronden van drop-out in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg;
- 3 Drop-out onder allochtonen in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg;

1.4.3 Afnemen semi-gestructureerde interviews

Naast het screenen van databronnen en het uitvoeren van een literatuursearch, werden semi-gestructureerde interviews afgenomen bij hulpverleners om zicht te krijgen op factoren die ten grondslag liggen aan de drop-out onder allochtone GGZ-cliënten. Allochtone drop-outs namen zelf geen deel aan dit onderzoek wegens ethische/juridische redenen.^b De interviews met de hulpverleners dienden handvatten op te leveren hoe drop-out onder allochtone GGZ-cliënten verminderd kan worden.

In totaal werden 25 hulpverleners uitgenodigd voor een interview. Gestreefd werd naar een zo groot mogelijke diversiteit binnen de respondentgroep, zowel wat betreft discipline (psychiater, psycholoog of sociaal psychiatrisch verpleegkundige) als leeftijd, sekse, culturele herkomst en type GGZ-organisatie. Selectiecriteria waren: ruime ervaring met hulpverlening aan niet-westerse allochtone GGZ-cliënten, ervaring met drop-out onder niet-westerse allochtone GGZ-cliënten. Aangezien niet-westerse allochtonen vooral in de westelijke provincies van Nederland wonen en 60 procent van de niet-westerse allochtonen in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag woont (www.ruimtemonitor.nl), werd het onderzoek in deze drie steden uitgevoerd. Contact werd gelegd met vijf GGZ-instellingen in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag. Uiteindelijk waren 22 hulpverleners bereid om deel te nemen aan het onderzoek. De interviews vonden plaats bij de volgende vijf GGZ-instellingen (Tabel 1.2):

- GGZ Buitenamstel (Amsterdam)
- Arkin (Amsterdam)
- Psy-Q (Amsterdam)
- Psy-Q (Den Haag)
- Bavo Europoort (Rotterdam)

Tabel 1.2 Aantal interviews per interviewlocatie

	Amsterdam GGZ Buiten-amstel	Amsterdam Arkin	Amsterdam Psy-Q	Den Haag Psy-Q	Rotterdam Bavo Euro-poort
Aantal interviews	4	5	2	7	4

^b Volgens de Wet Bescherming Persoonsgegevens (Wbp) is het GGZ-instellingen niet zomaar toegestaan om persoonsgegevens van cliënten aan derden te geven. Dit zou een grote inbreuk vormen op de persoonlijke levenssfeer van de betrokkene.

De respondenten waren afkomstig uit de volgende beroepsgroepen:

- Psychiaters (n=4);
- Psychologen (n=10);
- Sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (n=8).

Het merendeel van de respondenten was vrouw (n=18). De leeftijd van de respondenten varieerde van 27 tot 60 jaar. De gemiddelde leeftijd bedroeg 42 jaar. Twee hulpverleners hadden een Turkse en drie hulpverleners een Marokkaanse achtergrond. De overige hulpverleners hadden een autochtone Nederlandse achtergrond. Gemiddeld hadden de respondenten 16 jaar ervaring met het bieden van hulp aan allochtone cliënten.

De interviews vonden plaats in de periode van 5 november 2008 tot en met 16 januari 2009. Een interview duurde gemiddeld één uur en vond plaats op de werkplek van de respondent. Een gespreksrichtlijn diende als leidraad tijdens het interview (zie Bijlage 2). De interviews werden digitaal opgenomen. De respondent gaf expliciet toestemming hiervoor. Anonimiteit werd gegarandeerd in de zin dat uitspraken die in dit themarapport letterlijk worden weergegeven – voor zover van belang voor de onderbouwing en illustratie van de bevindingen – niet te herleiden zijn tot individuele respondenten.

Voor de data-analyse werden alle interviews in grote lijnen uitgewerkt. Vervolgens werden de teksten systematisch gestructureerd, door middel van het toekennen van labels aan de tekst. Na ordening ontstond een labelschema, oftewel een overzicht van genoemde factoren en aanbevelingen. Het resultaten van deze bewerking zijn terug te vinden in de grafieken 4.1 en 4.2.

1.5 Opbouw rapport

Dit rapport bestaat – inclusief deze inleiding - uit vijf hoofdstukken. In hoofdstuk 2 wordt een overzicht gegeven van de aantallen, de psychische gezondheid en het zorggebruik van allochtonen in Nederland. In hoofdstuk 3 volgen de resultaten van de literatuursearch. De resultaten van de semi-gestructureerde interviews staan centraal in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 volgt een beschouwing en worden aanbevelingen geformuleerd.

2 Alloctonen: aantallen, psychische gezondheid en zorggebruik

In dit hoofdstuk wordt een beknopte samenvatting gegeven van de bevolkingssamenstelling van de Nederlandse bevolking, de verwachte bevolkingsgroei, de psychische gezondheid en trends in zorggebruik onder alloctonen en autochtone Nederlanders met psychische problemen.

2.1 Bevolkingssamenstelling en verwachte bevolkingsgroei

De samenstelling van de Nederlandse bevolking is in een relatief korte periode zowel in etnisch als cultureel opzicht divers geworden. Telde Nederland in 1980 bijna 12,5 miljoen autochtone en ruim 1,6 allochtone inwoners, in 2008 waren er bijna 13,2 miljoen autoctonen en 3,2 miljoen alloctonen woonachtig in Nederland. Het aantal *niet-westerse* alloctonen in Nederland nam in dezelfde periode toe van 476.000 tot 1,7 miljoen. Deze tellingen zijn gebaseerd op cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). In Tabel 2.1 wordt de ontwikkeling van de Nederlandse bevolking tussen 1980 en 2008 weergegeven.

Tabel 2.1 Ontwikkeling samenstelling van de Nederlandse bevolking, 1980-2008 (x 1.000)

Bevolkingsgroep	1980	1990	2000	2008
Totale bevolking	14.091	14.892	15.864	16.404
Autoctonen	12.474	12.805	13.089	13.188
Alloctonen totaal	1.617	2.087	2.775	3.216
Westers	1.141	1.221	1.366	1.450
Niet-westers	476	866	1.408	1.766

Bron: CBS, 2008

Tabel 2.2 geeft een overzicht van de *verwachte bevolkingsgroei* van autochtone Nederlanders en alloctonen afkomstig uit Turkije, Marokko, Suriname, de Nederlandse Antillen en Aruba. De schattingen zijn gebaseerd op cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en lopen van 2008 tot en met 2050. De belangrijkste bevindingen:

- Verwacht wordt dat het aantal alloctonen uit Turkije, Marokko, Suriname, de Nederlandse Antillen en Aruba zal toenemen van 1,1 miljoen in 2008 naar 1,5 miljoen in 2050, terwijl het aantal autochtone Nederlanders zal afnemen van 13,2 miljoen in 2008 naar 12 miljoen in 2050.

- De sterkste groei binnen de vier grootste migrantengroepen komt op het conto van Antillianen en Arubanen (van 131.000 in 2008 naar 257.000 in 2050), gevolgd door de Marokkanen (van 335.000 in 2008 naar 452.000 in 2050) en Turken (van 373.000 in 2008 naar 463.000 in 2050).

Tabel 2.2 Verwachte bevolkingsgroei van autochtonen en allochtonen, 2008-2050 (x 1.000)

Bevolkingsgroep	2008	2015	2020	2030	2040	2050
Autochtonen	13.188	13.141	13.103	12.970	12.571	12.000
Turken	373	399	414	439	456	463
Marokkanen	335	376	398	426	443	452
Surinamers	336	349	357	367	367	360
Antillianen en Arubanen	131	149	163	195	226	257

Bron: CBS, 2008

2.2 Psychische gezondheid

Hoewel er in Nederland nauwelijks representatieve bevolkingsonderzoeken uitgevoerd zijn naar het vóórkomen van psychische stoornissen onder allochtonen en het beschikbare bevolkingsonderzoek de nodige beperkingen (zoals lage respons, selectieve steekproef) heeft, lijken sommige etnische groepen extra kwetsbaar te zijn voor het ontwikkelen van psychische stoornissen.²¹ Op basis van NEMESIS-1 kan voorzichtig geconcludeerd worden dat (zie Tabel 2.3):²¹

- Surinaamse en Marokkaanse respondenten een verhoogd risico lijken te hebben op het ontwikkelen van *enigerlei psychische stoornis* op jaarbasis, terwijl Turkse respondenten juist een verlaagd risico hierop lijken te hebben. Waardoor deze verschillen in risico voor het ontwikkelen van enigerlei psychische stoornis worden veroorzaakt, is niet duidelijk.
- Marokkaanse respondenten een significant hogere kans lijken te hebben om op jaarbasis een *stemmingsstoornis* te ontwikkelen. Gecorrigeerd voor socio-demografische variabelen – dat wil dus zeggen dat uit de gegevens de invloed van deze variabelen wordt weggenomen – is deze kans bij de Marokkaanse groep niet meer significant verhoogd, hoewel de associatie nog wel hoog is. Wederom is niet duidelijk waarom Marokkaanse respondenten een verhoogde kans lijken te hebben om een stemmingsstoornis te ontwikkelen.
- Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse respondenten een verhoogd risico lijken te hebben om een *angststoornis* te ontwikkelen op jaarbasis, terwijl Turken een verlaagd risico hierop lijken te hebben. Alleen bij Surinaamse respondenten is dit risico significant, en wel in beide modellen (model*: gecorrigeerd voor sekse en leeftijd; model**:

gecorrigeerd voor sekse, leeftijd, opleidingsniveau, werkstatus, urbanisatiegraad). Niet duidelijk is welke redenen hieraan ten grondslag liggen.

- Turkse en Marokkaanse respondenten op jaarbasis een wat verlaagd risico lijken te hebben op een *middelenstoornis*. Het bereiken van significantie wordt echter bemoeilijkt doordat de etnische groepen klein in omvang zijn.²¹

In Tabel 2.3 staan Odds Ratio's vermeld. Deze maat geeft aan of allochtone groepen meer of juist minder kans hebben op een psychische stoornis in vergelijking met autochtone Nederlanders (referentiegroep). Als een OR groter is dan 1, dan betekent dit dat een allochtone groep een grotere kans heeft op het ontwikkelen van een psychische stoornis. Als een OR kleiner is dan 1, dan betekent dit dat een allochtone groep een kleinere kans heeft op een psychische stoornis. Voorwaarde is wel dat het bijbehorende 95 procent betrouwbaarheidsinterval niet de waarde 1 bevat; alleen dan is het verschil tussen de twee ORs significant. Significante ORs zijn vet gedrukt. Voorbeeld: Surinaamse respondenten hebben een significant hogere kans om een angststoornis te ontwikkelen (OR=1,69) dan autochtone Nederlandse respondenten (referentiegroep; OR=1).

Tabel 2.3 Het vóórkomen van stemmings-, angst- en middelenstoornissen, naar etnische afkomst op jaarbasis, in odd's ratio's (OR), gecorrigeerd voor sekse en leeftijd (middelste kolom), sekse, leeftijd, opleiding, werkstatus en urbanisatiegraad (rechter kolom)

	%	OR*	OR**
	stemmingsstoornis		
Nederland	7,8	1	1
Suriname	8,7	1,02	0,92
Antillen	11,1	1,37	1,13
Turkije	4,4	0,56	0,41
Marokko	19,2	2,88	2,08
	angststoornis		
Nederland	12,8	1	1
Suriname	21,7	1,77	1,69
Antillen	19,4	1,56	1,35
Turkije	6,7	0,50	0,36
Marokko	19,2	1,68	1,23

	%	OR*	OR**
	middelenstoornis		
Nederland	7,4	1	1
Suriname	7,6	1,03	0,98
Antillen	11,1	1,24	1,30
Turkije	8,9	0,67	0,62
Marokko	7,7	0,59	0,53
	enigerlei stoornis		
Nederland	22,6	1	1
Suriname	31,5	1,47	1,40
Antillen	27,8	1,17	1,06
Turkije	11,1	0,34	0,25
Marokko	34,6	1,50	1,15

* gecorrigeerd voor sekse en leeftijd

** gecorrigeerd voor sekse en leeftijd, opleidingsniveau, werkstatus en urbanisatiegraad

Vetgedrukte OR: significant verschil ($p < 0,05$) ten opzichte van de groep autochtone respondenten.

Bron: Nemesi²¹

Resultaten van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 laten zien dat Surinamers, Antillianen en Marokkanen vaker aan schizofrenie lijden dan autochtonen. Onder Marokkaanse vrouwen en Turken zou schizofrenie niet vaker vastgesteld worden. Dit percentage was vergelijkbaar met dat van autochtonen. Misbruik van drugs en selectieve migratie onder Surinamers lijken niet afdoende als verklaring. Resultaten van Veling et al. (2006) naar de incidentie van schizofrenie en psychosen onder verschillende migrantengroepen in Den Haag laten zien dat het risico op schizofrenie verhoogd is voor eerste- en tweede generatie migranten uit Marokko en Suriname.²² De studie liet daarnaast zien dat het risico verhoogd is voor tweede generatie migranten en voor Marokkaanse mannen, en relatief laag is voor Turkse migranten.²² In publicaties wordt vooral gewezen op de rol van de dichtheid van de allochtonenbevolking in woonwijken en discriminatie als verklaring voor het verhoogde vóórkomen van schizofrenie onder bepaalde allochtone groepen.

Het meest recente onderzoek naar het vóórkomen van angst- en stemmingsstoornissen bij allochtonen in Nederland werd uitgevoerd door de GGZ Amsterdam.^{23;24} Uit deze studie blijkt dat (zie Tabel 2.4):

- Het vóórkomen van zowel stemmingsstoornissen als angststoornissen het hoogst is in de Turkse groep. Dit geldt zowel voor de afgelopen maand, als het afgelopen jaar, als ooit in het leven.
- De maandprevalentie van angst- en stemmingsstoornissen in de Marokkaanse groep hoger is dan in de Nederlandse groep.
- Er geen aanwijzingen zijn dat stemmingsstoornissen en angststoornissen meer voorkomen onder de Surinaams/ Antilliaanse groep dan onder de Nederlandse groep.

Tabel 2.4 Het vóórkomen van stemmingsstoornissen (depressieve stoornis en dysthymie), angststoornissen (agorafobie, paniekstoornissen, sociale fobie en gegeneraliseerde angststoornis) en stemmings- en /of angststoornissen (n=812)

	Stemmingsstoornissen			Angststoornissen			Stemmings- en /of Angststoornissen		
	<i>Life-time*</i>	<i>Jaar**</i>	<i>Maand***</i>	<i>life-time</i>	<i>jaar</i>	<i>maand</i>	<i>life-time</i>	<i>jaar</i>	<i>maand</i>
Totaal	22.5	10.3	4.7	11.1	7.0	3.0	26.4	14.5	6.8
<i>Etniciteit</i>									
Nederlands	24.8	10.3	4.4	11.5	6.8	2.5	28.8	14.8	6.6
Turks	31.1	22.4	14.9	14.9	9.6	7.7	35.3	25.7	18.7
Marokkaans	15.2	9.8	6.6	9.3	8.3	7.6	18.7	13.3	9.8
Surin/Antill	11.5	5.7	1.1	7.4	4.8	1.1	13.4	9.6	1.2

* *Lifetime prevalentie = het vóórkomen van stoornis ooit in het leven*

** *Jaarprevalentie = vóórkomen van de stoornis in afgelopen jaar*

*** *Maandprevalentie = vóórkomen van de stoornis in afgelopen maand*

Bron: De Wit et al., 2006

2.3 Trends in zorggebruik

Centraal doel van de overheid is om de geestelijke gezondheidszorg toegankelijk te maken voor alle groeperingen in de Nederlandse samenleving. Uitgangspunt hierbij is dat de overheid verantwoordelijk is voor het scheppen van goede, betaalbare en toegankelijke zorg op maat voor alle mensen met psychische klachten, ongeacht etniciteit, leeftijd, opleidingsniveau of sekse. Uit onderzoek blijkt dat de investeringen van beleidsmakers en hulpverleners in de interculturalisatie van de GGZ geresulteerd hebben in een verbeterde toegankelijkheid van de GGZ voor verschillende groepen allochtonen. Uit het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS; CBS) blijkt dat steeds meer allochtonen ambulante zorg ontvangen als ze last hebben van psychische aandoeningen;²⁵ het Riagg-bezoek door niet-westerse allochtonen is in volume en kosten de laatste jaren sterk toegenomen.²⁵ Ook uit gegevens van het Psychiatrisch Casusregister Rijnmond^c blijkt dat er tussen 1990 en 2004 een toename van het aantal allochtonen in de GGZ heeft plaatsgevonden.¹ In Tabel 2.5 worden op basis van gegevens van de Psychiatrische Casusregisters ontwikkelingen in het GGZ-gebruik in de regio Rijnmond gepresenteerd,

c In Nederland zijn vanaf de jaren negentig vier psychiatrische casusregisters operationeel: Noord-Nederland, Zuid-Limburg, Midden-Nederland en Rijnmond. PCR Rijnmond heeft als enige casusregister de toegankelijkheid van de GGZ onder allochtonen in kaart gebracht. De resultaten hebben betrekking op het gebruik van GGZvoorzieningen (uitgezonderd instellingen voor verslavingszorg) door autochtonen en eerste generatie volwassen allochtonen.

in de periode 1990-2004, uitgesplitst naar etniciteit. De belangrijkste bevindingen:

- De omvangrijkste groepen GGZ-cliënten zijn Turken, autochtoon Nederlandse cliënten en Marokkanen. In 2004 is het aantal Turkse GGZ-cliënten per 1.000 inwoners in de regio Rijnmond zelfs hoger dan het aantal autochtoon Nederlandse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse GGZ-cliënten. Waarom een groter beroep op de GGZ gedaan wordt is niet duidelijk.¹ Mogelijk zijn GGZ-instellingen toegankelijker geworden, zijn allochtonen vrijmoediger geworden in het zoeken van zorg of hebben ze een verhoogde kans op psychische problematiek. Waarschijnlijk gaat het om een samenspel van factoren, zoals een grotere capaciteit in de hulpverlening, maar ook een grotere behoefte aan hulp en minder taboes op hulpvragen.¹
- In de periode 1990-2004 groeide het GGZ-gebruik per 1.000 inwoners in de regio Rijnmond met 109,3 procent (zie Tabel 2.5). De sterkste groei is zichtbaar bij de groepen GGZ-cliënten die relatief het kleinst in omvang zijn binnen de GGZ: Kaapverdianen, Antillianen, Surinamers. De minst sterke groei vond plaats bij cliënten afkomstig uit Marokko en Turkije en bij autochtone cliënten. Op basis van de hier gepresenteerd cijfers is niet te zeggen welke verklaringen hieraan ten grondslag liggen.¹ Hoewel Surinamers en Antillianen in de GGZ nog steeds ondervertegenwoordigd zijn, zijn beide groepen in de drugshulpverlening juist oververtegenwoordigd.¹ Surinaamse en Antilliaanse mannen maken relatief veel gebruik van de intensieve, klinische drugshulpverlening. Het lijkt er dus op dat beide groepen slechts in het uiterste geval contact zoeken met de GGZ, hoewel het aantal dus wel aan het toenemen is.¹ Enerzijds zou dit kunnen duiden op veranderingen in het hulpzoekgedrag bij deze groepen. Ook kan een rol spelen dat de huisarts de noodzaak van doorverwijzing naar de GGZ minder vaak ziet bij deze groepen, bijvoorbeeld als gevolg van de manier waarop symptomen gepresenteerd worden. Tot slot zouden beide groepen minder om zorg vragen voor psychische problemen aan de huisarts.¹ Het vergroten van de toegankelijkheid van de GGZ voor deze groepen blijft dus een punt van aandacht.¹

Tabel 2.5 Ontwikkeling GGZ-gebruik Regio Rotterdam 1990-2004: volwassen (20 t/m 64 jaar) patiënten per 1.000 inwoners, naar etnische herkomst

	1990	1994	1998	2002	2004	Groei 1990-2004 (%)
Nederland	30,1	35,5	38,0	48,1	64,4	114,0
Turkije	33,6	37,7	38,8	48,4	66,7	98,5
Marokko	31,1	33,6	38,2	45,1	60,9	95,8
Suriname	18,6	22,1	25,9	32,6	46,7	151,1
Nederlandse Antillen	12,0	17,7	17,8	21,9	36,4	203,3
Kaap Verdië	8,3	10,8	15,9	24,1	29,0	249,3
Overig	12,6	13,7	14,1	23,7	33,4	165,1
Totaal	28,1	32,5	34,7	43,6	58,8	109,3

Bron: Psychiatrisch Casusregister Rijnmond

Allochtone vrouwen emanciperen de laatste jaren sterk wat betreft zorggebruik bij psychische problemen (zie verder Dieperink et al., 2007); hun zorggebruik nam sterker toe dan onder allochtone mannen (niet in tabel),¹ al is het zorggebruik van allochtone vrouwen, met uitzondering van jongere Turkse vrouwen, nog altijd lager dan dat van Nederlandse vrouwen.

Door Fassaert en collega's (2009) werd *zelf ervaren behoefte* aan geestelijke gezondheidszorg onder niet-westerse allochtonen onderzocht.²⁶ De resultaten laten zien dat de ervaren behoefte aan geestelijke gezondheidszorg hoger was onder Turkse migranten. Turkse migranten rapporteerden eveneens vaker dan autochtone Nederlanders onvervulde behoeften aan zorg. Fassaert en collega's stellen dat deze verschillen onder andere verklaard worden door een hogere prevalentie stemmings- en angststoornissen onder Turken. Rekening houdend met deze etnische verschillen in prevalentie, waren er aanwijzingen dat de ervaren behoefte aan geestelijke gezondheidszorg onder Marokkaanse migrantenlager zou zijn dan die van autochtone Nederlanders.²⁶

3 Resultaten literatuursearch

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de literatuursearch gepresenteerd. De resultaten vallen in twee gedeelten uiteen:

1. Algemene factoren van invloed op drop-out in de GGZ en verslavingszorg (3.2)
2. Factoren van invloed op drop-out onder allochtone GGZ-cliënten (3.3)

3.2 Algemene factoren drop-out

Onderzoek laat zien dat cliënten die voortijdig een behandeling afbreken, verschillen in de behoeften en verwachtingen over een psychotherapeutische behandeling, vergeleken met cliënten die de behandeling niet afbreken.¹⁹ Zo blijkt uit onderzoek dat drop-outs een significant sterkere behoefte hebben aan medicamenteuze behandeling en geïnstitutionaliseerd contact^d, vergeleken met cliënten die de behandeling niet afbreken.^{e 19} Verder zouden zij significant minder behoefte hebben aan probleemverheldering, probleeminzicht en het leren van sociale vaardigheden.¹⁹ Ook werd gevonden dat drop-outs over het algemeen jonger zijn, vergeleken met patiënten die de behandeling niet afbreken.¹⁹ Ook in andere studies wordt dit verband gevonden.^{20;27}

Ander onderzoek laat zien dat vooral onvrede over de behandeling of onvrede over de hulpverlener en de opvatting dat behandeling niet langer nodig zou zijn een rol spelen.^{f 27} In dit onderzoek werd ook gevonden dat vooral jongeren, werklozen en alleenstaanden een grotere kans hebben op drop-out (Tabel 3.1):²⁷

- Cliënten jonger dan 30 jaar bleken 1,8 keer meer kans te hebben om de behandeling voortijdig af te breken dan cliënten ouder dan 30 jaar;
- Cliënten zonder werk bleken 2,3 keer meer kans te hebben om voortijdig de behandeling af te breken dan cliënten mét werk;

d Geïnstitutionaliseerd contact verwijst naar contact tijdens het verblijf in een instelling.

e In het onderzoek participeerden 117 cliënten die zich tussen januari en augustus 2002 aanmeldden bij een Nederlandse GGZ-instelling, en bij wie een ambulante behandeling geïndiceerd werd.¹⁹ Allochtonen met onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal werden uitgesloten van deelname.

f In de studie participeerden alle aanbieders van geestelijke gezondheidszorg in een Deense gemeente. Alle nieuwe cliënten van 18 tot 29 jaar, die voor het eerst in aanraking kwamen met de geestelijke gezondheidszorg, werden benaderd voor deelname aan de studie. Cliënten die instemden met deelname werden gedurende één jaar gevolgd.²⁷ In totaal omvatte de studie 131 deelnemers. Van deze groep beëindigde 26 procent binnen een jaar voortijdig de behandeling.²⁷ De studie vermeldt geen informatie over de psychische klachten en symptomen van de deelnemers. Door het relatief klein aantal deelnemers (n totaal=131, n drop-out=25), moeten deze resultaten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

- Alleenstaande cliënten bleken 2 keer meer kans te hebben om de behandeling voortijdig af te breken dan cliënten met een partner.

Tabel 3.1 Patiëntkenmerken als voorspellers van drop-out, in odds ratio's (OR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen

	Relatief risico (Odds Ratio's)*	95% CI**
Leeftijd (<30)	1.8	(0.9-3.7)
Werkloosheid	2.3	(1.1-4.8)
Alleenstaand	2.0	(1.0-4.0)

* Zie voor uitleg over Odds Ratio's het tekstblok op pagina 18.

** 95% CI = betrouwbaarheidsinterval van 95%

Bron: Tehrani et al, 1996

3.2.1 Factoren drop-out verslavingszorg

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van factoren die ten grondslag liggen aan drop-out en therapietrouw in de verslavingszorg.^g In 2000 is onderzoek gedaan naar factoren van *non-compliance* in de klinische verslavingszorg.^{20 h} In dit onderzoek werden drop-out factoren ingedeeld in twee categorieën:²⁰

- Niet beïnvloedbare factoren ('fixed'), zoals leeftijd, opleiding, sekse en ernst van de problematiek;
- Beïnvloedbare factoren, zoals motivatie voor een behandeling en *self-efficacy* (het vermogen een gesteld doel te bereiken).

Sekse, opleiding en leeftijd zouden vooral vroege drop-out voorspellen (beëindiging contact na ongeveer één maand); vroege drop-outs zouden vaker man, lager opgeleid en jong zijn. Verminderde motivatie zou vooral bij late drop-out (beëindiging contact na ongeveer 2 tot 6 maanden) een rol spelen.²⁰ In ander onderzoek wordt specifiek onderscheid gemaakt tussen twee typen factoren die een rol spelen bij drop-out in de verslavingszorg: 1) cliëntfactoren en 2) instellingsfactoren (inclusief therapeut- en behandelingskenmerken):²⁸

g De Weert- van Oene, 2000; Veeninga en Hafkenscheid, 2004; Tehrani et al., 1996; Tjaden et al., 2004; Pulford et al., 2008

h De Weert- van Oene (2000) voerde in de periode september 1994 - september 1996 een studie uit onder 279 cliënten (132 drug- en 147 alcoholgebruikers) van Novadic, een instelling voor verslavingszorg. De resultaten tonen aan dat een derde (35 procent) van alle cliënten de behandeling binnen 30 dagen (vroege drop-out) beëindigde en 32 procent tussen 30 en 90 dagen (late drop-out).

1. Cliëntfactoren:

Socio-demografie

- Hoe jonger de cliënt, hoe groter de kans op drop-out.^{19;20;27}
- Hoe lager de sociaal-economische status, hoe groter de kans op drop-out.^{19;20;27}

Ernst en complexiteit:

- Naarmate de ernst van de verslaving toeneemt, neemt de kans op drop-out evenredig toe.²⁸ Dus mensen met een ernstige vorm van verslaving, hebben een grotere kans om voortijdig de behandeling af te breken, dan mensen met een minder ernstige vorm van verslaving.
- Naarmate de psychopathologische problematiek van een cliënt complexer is (psychiatrische en somatische co-morbiditeit), neemt de kans op drop-out evenredig toe.²⁸

2. Instellingsfactoren:

- Voortijdige uitval zou groter zijn bij langdurende dan bij kortdurende zorg.^{19;28}
- Cliëntgerichtheid, programmacohesie, steun en structuur, continuïteit van zorg, kortere wachtlijsten en intensieve opvang aan het begin van de behandeling zouden therapietrouw bevorderen.^{19;28}
- Gebrek aan interesse van de therapeut voor de cliënt, meegaand en inschikkelijk gedrag van de therapeut, introvert gedrag van de therapeut, een negatieve houding van de therapeut tegenover het gebruik van medicatie en gebrek aan ervaring, zouden drop-out negatief beïnvloeden.^{19;28}

Andere aspecten, zoals de mate waarin verwachtingen van de patiënt over de behandeling overeenstemmen met verwachtingen hulpverlener, zouden verder een rol spelen bij drop-out:²⁸

- Hoe beter de werkrelatie, hoe kleiner de kans op drop-out; naarmate er meer overeenstemming is in de aard van de behandeling tussen cliënt en hulpverlener, zal er een betere werkrelatie zijn.

Volgens de onderzoekers spelen de ernst van de verslaving en co-morbiditeit vooral in de beginfase van een behandeling een rol.²⁸ Om vroege drop-out te voorkomen wordt aangeraden om vooral hieraan aandacht te schenken. Ook zou in deze fase stilgestaan moeten worden bij de voorkeur en verwachtingen van de cliënt ten aanzien van de behandeling, teneinde een mismatch te voorkomen tussen de verwachtingen van de cliënt en hulpverlener en om een goede werkrelatie op te bouwen. Om late drop-out te voorkomen wordt aangeraden om het coherentiegevoelⁱ en de zelfeffectiviteit^j van de cliënt te vergroten.²⁸

i Het coherentiegevoel verwijst naar de mate waarin een individu situaties als begrijpelijk, hanteerbaar en zinvol ervaart.

j Zelfeffectiviteit verwijst naar de ervaring van het individu dat hij controle kan uitoefenen op het eigen leven.

3.3 Factoren die een rol spelen bij drop-out onder allochtone GGZ-cliënten

In deze paragraaf worden de resultaten van een literatuursearch besproken die specifiek betrekking hebben op factoren die van invloed zijn op drop-out onder allochtone GGZ-cliënten. De resultaten worden aan de hand van de volgende indeling besproken:

1. Instroom GGZ (3.3.1);
2. Verwachtingen (3.3.2);
3. Invloed culturele waarden (3.3.3);
4. Etnische matching (3.3.4);
5. Machtsafstand tussen cliënt en hulpverlener (3.3.5);
6. Taal en wijze van communiceren (3.3.6).

3.3.1 Instroom GGZ

Voorlichting huisarts

De huisarts is hét aanspreekpunt als mensen last hebben van psychische problemen.²⁹⁻³¹ Resultaten van NEMESIS-1 laten zien dat van de Nederlanders met een psychische stoornis die hiervoor professionele hulp zochten, 80 procent zich tot de eerstelijnszorg wendt (meestal de huisarts).^{29k} Ook onderzoek van Knipscheer en Kleber (2005) naar gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en zorgwaardering van allochtone cliënten laat zien dat de huisarts in driekwart van de gevallen het eerste hulpcontact is.¹³² Resultaten van de Amsterdamse gezondheidsmonitor (2006) laten zien dat autochtonen, Turken en Marokkanen in Amsterdam vaker een beroep doen op de eerstelijnszorg dan op de tweedelijnszorg bij psychische problemen (zie Tabel 3.2).²³ Uit Tabel 3.2 volgt dat iets minder dan de helft van de mensen met een psychische stoornis in contact komt met de eerstelijnszorg (voornamelijk eerstelijnszorg), waarbij psychische klachten aan bod komen in het consult. Ongeveer een kwart van de mensen met een psychische stoornis heeft contact met de tweedelijnszorg. Bij Turkse cliënten is dit percentage iets lager (21,1 procent).²³

k Hierbij moet worden opgemerkt dat de NEMESIS-cijfers verzameld werden in 1996. Destijds was een verwijfsbrief van de huisarts een vereiste voor een behandeling in de GGZ.

l Steekproeven werden genomen uit de Surinaamse (n=101), Marokkaanse (n=51), Turkse (n=63) en autochtoon Nederlandse (n=59) GGZ-populatie. De gegevens werden verzameld aan de hand van meervoudige methodologie (semi-gestructureerde interviews en standaard vragenlijsten).³²

Tabel 3.2 Zorggebruik van Amsterdammers bij wie in het afgelopen halfjaar een DSM-diagnose angststoornissen en/of stemmingsstoornissen werd vastgesteld, naar etniciteit (n=111)

	Eerstelijnszorg* voor psychische klachten		Tweedelijnszorg** voor psychische klachten		Totale zorg*** voor psychische klachten	
	n	%	n	%	n	%
<i>Etniciteit</i>						
Nederlands (n=34)	14	42,2	9	26,5	17	51,5
Turks (n=57)	22	40,0	12	21,1	24	42,9
Marokkaans (n=20)	7	38,9	5	25,0	9	47,4
Totaal (n=111)	43	40,6	26	23,4	50	46,3

*1^e lijnszorg: huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts, 1^e lijnspsycholoog, maatschappelijk werk en sociaal-psychiatrische verpleegkundige (bij huisarts, medisch specialist en bedrijfsarts zijn psychische klachten in het consult besproken).

**2^e lijnszorg: GGZ, CAD en vrijgevestigde psycholoog.

***Totale zorg voor psychische klachten: 1^e en 2^e lijnszorg

Totaal contact met zorg: fysiotherapeut, alternatieve genezer, zelfhulpgroep, ziekenhuis, thuiszorg, huisarts, medische specialist, bedrijfsarts. Bij de huisarts, medische specialist en bedrijfsarts zijn de psychische klachten niet besproken.

N= aantal mensen in deze demografische subcategorie met een stoornis in de afgelopen 6 maanden.

Bron: Amsterdamse Gezondheidsmonitor, 2006

Hoewel de huisarts voor allochtone cliënten het belangrijkste aanspreekpunt is bij psychische problemen, blijkt uit verschillende studies dat het contact tussen allochtonen en hun huisarts niet altijd probleemloos verloopt.^{8;33-35} Onderzoek naar de inhoud en duur van het huisartsconsult laat zien dat Turken en Marokkanen minder vaak voorlichting krijgen over psychische problemen en het hulpaanbod dan Nederlanders.³³ Huisartsen zouden bovendien minder vaak een therapeutisch gesprek voeren met Marokkanen.³³ Vergeleken met autochtone cliënten zou dit in een gemiddeld kortere duur van de consulten van allochtone cliënten resulteren (zie Tabel 3.3).³³ Deze trend is ook zichtbaar bij de herhaalcontacten, hoewel de verschillen daar niet significant zijn (zie Tabel 3.3).³³ Bij dit onderzoek moeten een paar kanttekeningen geplaatst worden. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen werd gedurende drie maanden door 161 huisartsen in 103 praktijken alle patiëntcontacten geregistreerd. Doordat de contactregistratie werd uitgevoerd door de huisarts, zouden minder eenduidige onderdelen van het contact (bijvoorbeeld het geven van voorlichting) door artsen verschillend ingevuld kunnen zijn. Deze verschillen zouden een vertekend beeld kunnen opleveren.

Tabel 3.3 Gemiddelde contactduur huisartsconsult naar etniciteit (in minuten)*

	Eerste contacten				Herhaalcontacten			
	Nederl.	Turk.	Marokk.	Surin.	Nederl.	Turk.	Marokk.	Surin.
Contactduur	7,6	6,3**	6,5**	7,8	7,9	7,0	6,8	7,7

* De cijfers zijn tot stand gekomen na correctie voor door de arts gestelde diagnose, patiënt- en regio-kenmerken

** Significant verschil met Nederlanders, $p < 0,05$

Bron: Weide en Foets, 1998

Vooraf communicatie blijkt een knelpunt te zijn tussen huisarts en allochtone cliënten.³⁶ Huisartsen geven zelf ook aan meer communicatieproblemen te ervaren bij allochtone cliënten.³⁶ Dit zou vooral het geval zijn bij Turkse en Marokkaanse en minder bij Surinaamse cliënten.³⁶ Naast taalproblemen, lijken ook culturele verschillen en (voor)oordelen een rol te spelen, waardoor artsen minder met allochtonen zouden praten, hen minder uitleg en voorlichting zouden geven en zich vooral zouden beperken tot het stellen van klachtgerichte, medische vragen in plaats van inzicht te krijgen in de opvattingen van de cliënt zelf omtrent de psychische klacht.³³ Ook in een ander onderzoek wordt gewezen op het soms moeizame contact tussen de allochtone cliënt en de huisarts,^{8;34} het merendeel van de ondervraagde Surinaamse, Turkse en Marokkaanse ambulante GGZ-cliënten zegt zich onbegrepen en niet serieus genomen te voelen door de huisarts; er zou sprake zijn van gebrek aan overleg, onvoldoende voorlichting over de GGZ en weinig aansluiting op de eigen wensen en verwachtingen.^{8;34} De huisarts zou allochtone cliënten minder goed voorlichten over de GGZ, met als gevolg dat er vaker sprake zou zijn van een mismatch tussen de verwachtingen van de allochtone cliënt ten aanzien van het zorgaanbod in de GGZ en het daadwerkelijke zorgaanbod.^{8;34;37} In onderzoek wordt gewezen op het belang van het geven van betere voorlichting door huisartsen aan allochtone cliënten over het aanbod in de Nederlandse GGZ.³⁴ Maar ook de informatievoorziening van GGZ-instellingen zelf zou tekort schieten;³⁸ vaak ontbreekt het aan vertaald voorlichtingsmateriaal en bevat het materiaal vaak ingewikkelde terminologie.³⁸

Referentiekader

Onderzoek laat verder zien dat er bij veel allochtonen sprake is van een ander referentiekader als het gaat om het beleven, presenteren en interpreteren van psychische klachten en een andere wijze van protoprofessionalisering.^{mn11;15;16;39} Een geringe westerse protoprofessionalisering en een geringe bekendheid met de GGZ zouden er toe leiden dat allochtonen minder gauw zelf op het idee komen om hulp van de GGZ in te roepen bij psychische problemen.¹⁶ Ook zou het verwachtingspatroon van allochtonen ten aanzien van de GGZ hierdoor minder goed aansluiten op de wijze waarop de GGZ georganiseerd is.¹⁶ Ook andere studies maken duidelijk dat allochtonen minder bekend zijn met de organisatie, de procedures, de verklaringsmodellen en de klachten waarvoor ze binnen de GGZ behandeld worden.^{11;14;15} Verder bestaan er vooroordelen rondom de GGZ en verschillen culturen wat betreft de interpretaties van oorzaken van psychische problemen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat het eerste contact dat allochtonen hebben met de GGZ vaak moeizaam verloopt,^{8;15;16;37;40} hetgeen vanzelfsprekend gevolgen heeft voor het al dan niet doorverwijzen, de kwaliteit van de hulpverlening, de cliënttevredenheid en de behandelresultaten.

3.3.2 Verwachtingen van allochtone cliënten

Multiproblematiek

Hoewel er veel overeenkomsten bestaan tussen de hulpvraag van autochtone en allochtone cliënten, blijkt de problematiek van allochtone cliënten zich vaak op meerdere niveaus af te spelen.³⁸ Zo zouden allochtone cliënten meer behoefte hebben aan praktische hulp bij sociaal-maatschappelijke problemen dan autochtone GGZ-cliënten.^{34;41} Dat is ook niet verwonderlijk, aangezien allochtonen in Nederland zich verhoudingsgewijs vaker in een kwetsbare sociaal-economische situatie bevinden; verhoudingsgewijs hebben minder allochtonen een betaalde baan, zijn ze relatief vaker laag opgeleid, hebben sommige allochtone groepen verhoudingsgewijs een slechtere lichamelijke gezondheid en is hun woonsituatie relatief slechter vergeleken met autochtone Nederlanders.^{34;41} Deze stressoren hebben een negatieve invloed op de psychische gezondheid.³⁴ GGZ-hulpverleners geven op hun beurt aan geconfronteerd te worden met deze sociaal-economische stressoren van allochtone GGZ-cliënten.⁴¹ Allochtone GGZ-cliënten zouden verwachten dat de GGZ-hulpverlening op deze praktische problemen een antwoord heeft. Wanneer dat onvoldoende het geval is, zouden allochtone cliënten een mismatch ervaren tussen

-
- m In 2003 voerde het Verweij-Jonker instituut onderzoek naar de interculturele kwaliteit van de GGZ. Het onderzoek omvatte een literatuurstudie, vraaggesprekken met hulpverleners en vraaggesprekken met sleutelfiguren van landelijke organisaties gespecialiseerd in hulpverlening aan vluchtelingen.
 - n Onder 'protoprofessionalisering' wordt het proces verstaan waarbij mensen leren welke ideeën in kringen van westerse deskundigen bestaan over psychische en gezondheidsproblemen. Westerse protoprofessionalisering neemt toe met kennisname van die ideeën, bijvoorbeeld door opleiding of nabijheid van professionals.¹⁶ Artsen, maatschappelijk werkers, psychologen publiceren bijvoorbeeld in kranten of tijdschriften, schrijven boeken voor een algemeen publiek, of ze verschijnen op radio en televisie. Op die manier wordt een vereenvoudigde en gecensureerde versie van professionele kennis over psychische aandoeningen doorgegeven aan het grote publiek. Maar daarmee worden mensen niet zelf deskundig, wel worden ze professionals in de dop: zogenaamde proto-professionals.

hulpvraag en –aanbod.¹¹ Deze mismatch kan resulteren in teleurstelling en drop-out.⁴⁰
⁸ De volgende twee citaten illustreren dit:

“Bij autochtonen speelt er de intrapsychische problematiek, bij allochtonen vaak sociaal-maatschappelijke problematiek. Als je in een verslavingskliniek heel erg het accent legt op het therapeutische karakter, dus meer de intrapsychische problematiek, dan sla je de plank mis bij allochtonen. Die herkennen zich er niet in: ‘Allemaal goed en wel, maar wat gaan we dan doen om te zorgen dat ik weer aan het werk kom?’” (hulpverlener) (Broers & Eland, 2000)⁴⁰

“Als die praktische problemen niet zo snel verholpen zijn of blijkt dat ze ook zelf nog het een en ander moeten doen, kan dat ook weer tot drop-out leiden.” (hulpverlener) (Broers & Eland, 2000)⁴⁰

In het kader van het Actieplan Interculturalisatie werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar visies, wensen en verwachtingen van allochtonen en vluchtelingen ten aanzien van de interculturalisatie van de GGZ. In de aanbevelingen van deze studie wordt specifiek gewezen op de noodzaak om op procesmatig niveau veranderingen door te voeren om beter in te spelen op de behoefte van allochtone cliënten aan praktische hulp; gesteld wordt dat er nauwere samenwerking zou moeten plaatsvinden tussen de GGZ en het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW), omdat de GGZ op dit moment onvoldoende antwoord heeft op en stilstaat bij de maatschappelijke problemen van allochtonen.³⁸ Deze aanbeveling wordt breed gedeeld.^{38;34}

Medicatie

Verder blijkt uit onderzoek dat het al dan niet voorschrijven van medicatie een belangrijke voorspeller is van drop-out onder allochtone GGZ-cliënten.¹⁹ In verschillende studies is aangetoond dat allochtone GGZ-cliënten een grotere behoefte hebben aan medicamenteuze behandeling dan autochtone cliënten.^{6;8;11;42} In 2000 deed Van 't Land onderzoek naar de cross-culturele verschillen in aspecten die van invloed zijn op gevoelens van (on)tevredenheid over de huisarts. Interviews met Marokkaanse en Nederlandse respondenten maken duidelijk dat Marokkanen, in tegenstelling tot Nederlanders, het belangrijk vinden dat een arts veel medicatie voorschrijft, onmiddellijk een recept uitschrijft, veel tijd uittrekt voor een consult en direct een verwijzing geeft naar de specialist (zie Tabel 3.4).⁴²

Tabel 3.4 Aspecten die bepalend zijn voor (on)tevredenheid over de huisarts

Levensdomein	De gemiddelde Nederlander vindt het belangrijk...	De gemiddelde Marokkaan vindt het belangrijk...
1. dat zijn huisarts...	<ol style="list-style-type: none"> 1. bepaalt of de klachten veroorzaakt worden door stress; 2. vraagt naar behandelvoorkeuren van de cliënt; 3. iemand is met wie je kunt praten over persoonlijke zaken; 4. persoonlijke aandacht geeft; 5. vraagt naar de oorzaken van klachten. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. veel medicatie voorschrijft; 2. direct een recept uitschrijft; 3. veel tijd uittrekt voor een consult; 4. direct een verwijzing naar de specialist geeft.

Bron: Van 't Land, 2000

3.3.3 Invloed culturele waarden

In diverse onderzoeken is aangetoond dat niet-westerse allochtone (en dan vooral Turkse en Marokkaanse) GGZ-cliënten meer moeite hebben met het voeren van groeps-gesprekken.^{40;43} Volgens onderzoekers liggen angst, schaamte^o en wantrouwen hieraan ten grondslag; vooral Turkse en Marokkaanse cliënten zouden roddel of veroordeling binnen de Turkse of Marokkaanse gemeenschap vrezen.⁴³ Ook zou er binnen de Turkse en Marokkaanse gemeenschap schaamte heersen om problemen met “buitenstaanders” te bespreken.⁴³ Gevoelens van schaamte en angst voor gezichtsverlies zijn kenmerkend voor collectivistische culturen en samenlevingen.^p Verreweg de meeste mensen in de wereld leven in samenlevingen waarin het groepsbelang prevaleert boven het individuele belang.⁴⁴ Individuen in collectivistische samenlevingen zijn vanaf hun geboorte opgenomen in sterke, hechte groepen, die hen levenslang bescherming bieden in ruil voor onvoorwaardelijke loyaliteit.⁴⁴ Een kleiner deel van de mensheid leeft in samenlevingen waarin de belangen van het individu uitgaan boven die van de groep. Dit zijn individualistische samenlevingen: de onderlinge banden van individuen in deze samenlevingen zijn los, iedereen wordt geacht uitsluitend voor zichzelf en naaste familie te zorgen.⁴⁴ In Tabel 3.5 worden de belangrijkste verschillen tussen collectivistische en individualistische samenlevingen op een rij gezet.

-
- o Schaamte is een belangrijke waarde in niet-westerse collectivistische culturen: als iemand van de groep de regels van de samenleving heeft overtreden, zullen alle leden van die groep zich schamen, op grond van een gevoel van collectieve verplichting.⁴⁴
 - p Hofstede (1991) publiceerde het boek ‘Allemaal andersdenkenden. Omgaan met cultuurverschillen.’ Op basis van een grote hoeveelheid onderzoeksmateriaal van over de waarden van mensen, werkzaam bij de nationale vestigingen van een grote multinationale onderneming (IBM) in meer dan vijftig landen, onderscheidt Hofstede vier dimensies op basis waarvan nationale culturen met elkaar vergeleken kunnen worden.

Tabel 3.5 Belangrijkste verschillen tussen Collectivistische en Individualistische samenlevingen

Collectivistisch	Individualistisch
Mensen worden geboren in uitgebreide families of andere wij-groepen die hen blijvend beschermen in ruil voor loyaliteit	Je groeit op om jezelf en misschien voor je gezin te zorgen
Je ontleent je identiteit aan je sociale netwerk	Je ontleent de identiteit aan jezelf
Kinderen leren denken in termen van 'wij'	Kinderen leren denken in termen van 'ik'
De harmonie moet altijd bewaard blijven, en directe confrontatie vermeden	Een eerlijk mens zegt wat hij of zij denkt
Sterke-context communicatie	Zwakke-context communicatie
Een misstap leidt tot schaamte en gezichtsverlies voor jezelf en de groep	Een misstap leidt tot schuldgevoel en verlies van zelfrespect
De verhouding werkgever-werknemer wordt gezien als een morele band, ongeveer zoals een familieband	De verhouding werkgever-werknemer wordt opgevat als een contract op basis van wederzijds voordeel

Bron: Hofstede, 1991

In onderzoek zijn 53 landen gescoord op de Individualisme-index; een lage score staat voor een collectivistische samenleving, een hoge score voor een individualistische samenleving (Tabel 3.6).⁴⁴ Uit de tabel valt af te leiden dat de Nederlandse cultuur gekenmerkt wordt door een hoge mate van individualisme (score 80). Veel in Nederland woonachtige niet-westerse allochtonen zijn echter afkomstig uit meer collectivistische landen (Arabische landen, Turkije en Afrikaanse landen). Mensen die opgegroeid zijn in een collectivistische cultuur zullen niet gemakkelijk zelf het woord nemen in een groep, vooral in een relatief vreemd gezelschap, met personen van buiten de 'wij-groep',⁴⁴ tenzij de groep hem of haar daartoe machtigt. Zoals al eerder aangegeven, belemmeren ook gevoelens van schaamte en angst voor gezichtsverlies het bespreken van problemen in een groep.

Tabel 3.6 Scores op de Individualisme-index, 53 landen

Rangorde	Land of landengroep	Score
1	Verenigde Staten	91
2	Australië	90
3	Groot-Brittannië	89
4/5	Canada	80
4/5	Nederland	80
6	Nieuw Zeeland	79
7	Italië	76
8	België	75
26-27	Arabische landen	38
28	Turkije	37
33/35	Oost-Afrika	27
39/41	West-Afrika	20
47/48	Indonesië	14

Bron: Hofstede, 1991

Collectivistische samenlevingen zijn schaamte-culturen: als iemand uit een groep de regels van de samenleving overtreedt, zullen alle leden van die groep zich schamen, op grond van een gevoel van collectieve verplichting.⁴⁴ Schaamte zou vooral sociaal van aard zijn: men voelt zich alleen beschaamd wanneer anderen weten van de 'overtreding' (het schenden van een norm). Door schaamte, respect en loyaliteit tegenover familie en andere leden van de 'wij'-groep, kan een Turkse of Marokkaanse GGZ-cliënt zich dus belemmerd voelen om over problemen te praten in een groeps gesprek.⁴⁰ De volgende citaten illustreren dit:

"De familiecultuur is heel sterk: je zorgt voor elkaar en houdt elkaar de hand boven het hoofd. Je kan niets negatiefs over je moeder zeggen bijvoorbeeld. En toch zijn er soms dingen gebeurd. Als je daar in het begin van de behandeling naar zou vragen, dan zou je daar gewoon ook niet veel over horen. Het is een soort erecode dat je dat niet naar buiten brengt." (hulpverlener) (Broers & Eland, 2000)⁴⁰

"Bij allochtonen gaat het echt om vertrouwen [...] Het probleem is ook de geslotenheid van de allochtonen tegenover hulpverleners. Ze willen de problemen binnen de familie houden, er niet mee naar buiten treden. Ze willen geen hulp van beroeps. Je hebt heel veel tijd nodig om dat te veranderen." (hulpverlener) (Broers & Eland, 2000)⁴⁰

3.3.4 Etnische matching

Sommige allochtone GGZ-cliënten vinden het belangrijk dat een hulpverlener dezelfde etnische achtergrond heeft.³⁴ Uit onderzoek blijkt dat deze behoefte echter niet bij alle groepen niet-westerse allochtonen even sterk aanwezig is:³² het merendeel van de Surinaamse respondenten zegt hieraan behoefte te hebben, gevolgd door Turkse respondenten en een minderheid van de Marokkaanse respondenten.³² Bij sommige Marokkanen zou zelfs de vrees op roddel binnen de gemeenschap toenemen als de hulpverlener dezelfde etnische herkomst zou hebben. De volgende citaten maken duidelijk welke voordelen etnische matching heeft:

"Het leek wel of die blanke hulpverleners je niet aanvoelden. Misschien is het verschil wel dat zij Nederlander zijn en jij Surinamer, waardoor je het moeilijk vindt om met die persoon over je problemen te praten. Ik schaamde me, terwijl ik dat bij Surinaamse mensen niet heb. Het is een gevoel van binnen." (cliënt) (Broers & Eland, 2000)⁴⁰

"Als een donkere hulpverlener tegenover me zou zitten die zelf ook drugs gebruikt heeft en het gered heeft, dan zou dat mij stimuleren denk ik. Zo iemand zou een voorbeeld zijn." (cliënt) (Broers & Eland, 2000)⁴⁰

Hoewel de behoefte aan etnische matching dus niet bij alle groepen even sterk aanwezig is, toont onderzoek aan dat etnische empathie (het hebben van kennis over en openstaan voor andere culturen) wel voor bijna alle etnische groepen van belang is.³⁴

3.3.5 Machtafstand tussen cliënt en hulpverlener

Uit onderzoek blijkt dat allochtone GGZ-cliënten zich tijdens de behandeling in de ogen van de hulpverlener afhankelijk kunnen opstellen.^{17;40} Zo zouden allochtone cliënten verhoudingsgewijs eerder de patiëntrol aannemen, van hulpverleners het initiatief verwachten en bij hen de verantwoordelijkheid neerleggen voor het oplossen van de problemen.⁴⁰ Het volgende citaat illustreert dit:

"Ze kunnen heel onderdanig zijn, de hulpverlener weet alles. "Maak mij weer clean, maak mij weer beter en zeg wat ik moet doen". Als je dat om wilt draaien en zegt dat iemand zelf daaraan bijdraagt, dan begrijpen ze helemaal niet waar je het over hebt. Dan kunnen ze het vertrouwen in je gaan verliezen, en vinden dat je geen goede hulpverlener bent. Of ze voelen zich niet gerespecteerd omdat je het bij hen teruglegt. Ik ben de cliënt en jij de hulpverlener en jij helpt mij om gezond te worden. Probeer je dat om te keren, wat toch ook wel moet, dan botst dat nogal eens een keer." (hulpverlener) (Broers & Eland, 2000)⁴⁰

De culturele dimensie 'machtafstand' is hierop van toepassing.⁴⁴ Machtafstand wordt gedefinieerd als 'de mate waarin de minder machtige leden van instituties of organisaties in een land verwachten en accepteren dat de macht ongelijk verdeeld is'.⁴⁴ Voor 53 landen werden machtafstandscores berekend (Tabel 3.7).

Tabel 3.7 Scores op de Machtafstand-index

Rangorde	Land of landengroep	Score
1	Maleisië	104
2/3	Guatemala	95
7	Arabische landen	80
8/9	Indonesië	78
10/11	West-Afrika	77
18/19	Turkije	66
21/23	Oost-Afrika	64
38	Verenigde Staten	40
40	Nederland	38
53	Oostenrijk	11

Bron: Hofstede, 1991

Een hoge score op de machtafstand-index staat voor een grote machtafstand, een lage score voor een kleine machtafstand. In landen met een kleine machtafstand zijn de ondergeschikten maar in beperkte mate afhankelijk van hun baas. Uit Tabel 3.7 volgt dat Nederland wordt gekenmerkt door een kleine machtafstand (score 38). Er is sprake van een overleg-cultuur en 'wederzijdse afhankelijkheid' tussen baas en ondergeschikte. De emotionele afstand tussen hen is relatief klein: ondergeschikten zullen hun baas zonder veel moeite benaderen en hem zo nodig tegenspreken.⁴⁴ In Nederland wonende allochtonen zijn daarentegen vaak afkomstig uit landen met een hoge score op de machtafstand-index (Arabische landen, Turkije en West- en Oost-Afrika). In deze landen is de emotionele afstand tussen ondergeschikten en hun baas groot. Ondergeschikten zullen hun baas niet gauw direct benaderen en zullen hen nog minder vaak durven tegenspreken.⁴⁴

De verschillen tussen landen met een grote machtafstand en landen met een lage machtafstand zijn aanzienlijk (Tabel 3.8). Net als in de relatie met de ouder, leraar of baas, zal de relatie met de GGZ-hulpverlener er een zijn van principiële, hiërarchische ongelijkheid.⁴⁴ De cliënt stelt zich afhankelijk op, het initiatief tot communicatie is voorbehouden aan de hulpverlener, de cliënt neemt alleen het woord als hem wat gevraagd wordt en hij verwacht dat de hulpverlener hem vertelt wat te doen. Echter, deze opstelling staat lijnrecht tegenover de opvatting van de GGZ-hulpverlener. Hij of zij zal zijn allochtone cliënt als gelijke behandelen en cliënten worden geacht actief te participeren in de behandeling. Deze visies kunnen botsen en tot wederzijds onbegrip leiden, hetgeen drop-out in de hand kan werken.⁴⁴ De afgelopen jaren is het beleid van de Nederlandse overheid erop gericht om de participatie van autochtoon Nederlandse en allochtone cliënten te bevorderen (*empowerment*). Zo zijn er bijvoorbeeld diverse empowermentprojecten gestart gericht op allochtone jongeren om ze te ondersteunen.

Voorbeeld is het project POWER ontwikkeld voor allochtone jongeren door het Trimbos-instituut, in samenwerking met de GGZ Rotterdam en de Stichting Welzijn Hoogvliet. Doel van POWER is de aansluiting van allochtone jongeren bij de maatschappij te bevorderen door de waardenoriëntatie te beïnvloeden, de alledaagse competentie, en de identiteit van deze jongeren te versterken. Ander voorbeeld is Empowerment Brabantse allochtonen 2004. Het project richt zich op allochtone jongeren tot 20 jaar die schoolgaand zijn en behoefte hebben aan ondersteuning op cognitief gebied en/of sociaal-emotioneel vlak.

Tabel 3.8 Belangrijkste verschillen tussen samenlevingen en met kleine en grote machtafstand: algemene normen, gezin, school en werk

Kleine machtafstand	Grote machtafstand
De ongelijkheid tussen mensen moet zo klein mogelijk gemaakt worden	Ongelijkheid tussen mensen wordt zowel verwacht als gewenst
Wederzijdse afhankelijkheid tussen mensen met meer en minder macht wordt gewenst en tot op zekere hoogte ook bereikt	Mensen met minder macht moeten afhankelijk zijn van mensen met meer macht; in de praktijk zijn minder machtigen gepolariseerd tussen afhankelijkheid en contra-afhankelijkheid
Ouders behandelen kinderen als gelijken	Ouders leren kinderen te gehoorzamen
Kinderen behandelen ouders als gelijken	Kinderen behandelen ouders met respect
Op school verwachten docenten initiatieven van de leerlingen	Op school neemt de docent alle initiatieven
Leerlingen behandelen docenten als gelijken	Leerlingen behandelen docenten met respect
Hiërarchie in organisaties betekent een ongelijkheid in rollen die om praktische redenen is ingesteld	Hiërarchie in organisaties weerspiegelt de existentiële ongelijkheid tussen hoger- en lagergeplaatsten
Ondergeschikten verwachten te worden geraadpleegd	Ondergeschikten verwachten dat hun verteld wordt wat ze moeten doen

Bron: Hofstede, 1991

3.3.6 Taal en wijze van communiceren

Voor cliënten met een andere culturele achtergrond kan het moeilijk zijn om zich in de Nederlandse taal genuanceerd uit te drukken, gevoelens goed te verwoorden, te omschrijven wat ze innerlijk beleven en de hulpvraag goed te formuleren.^{15;216} De volgende twee citaten illustreren dit:

"Ik voel me soms niet begrepen. Dan moet ik er ook wel bijzeggen dat het taalgebruik een handicap is. Die taalbarrière is echt een handicap en daardoor ontstaat er onbegrip, in de zin van: je begrijpt me niet. Het gaat om het begrip achter jouw woorden. Dat is anders en dat kan ver doorwerken. Ja, zelfs zo ver dat het leidt tot irritatie." (cliënt) (Broers & Eland, 2000)⁴⁰

“Ik kende Nederland niet, het was een heel andere cultuur, een heel nieuwe manier van leven. En ik had ook de barrière van de Nederlandse taal. De taal en cultuur waren heel anders. Soms zeg ik dingen die ik niet bedoel en daar komen al snel problemen van met de begeleiders. Elke keer moest ik aan de begeleiders zeggen dat ze verkeerd bezig waren met mij. Ik versta hen niet en zij mij niet. Ik wil het wel, maar het is moeilijk. De afgelopen twee maanden begonnen we elkaar beter te begrijpen.” (cliënt) (Broers & Eland, 2000)⁴⁰

Door taal- en communicatieproblemen is het lastig om tot een gezamenlijke probleemdefinitie te komen en een behandelplan te formuleren. Het grootste probleem is dat de begrippen en concepten die in West-Europa en de Verenigde Staten gebruikt worden om ziekten en gezondheid te beschrijven, gebaseerd zijn op westerse referentie- en begrippenkaders.⁴⁵ Bij de beoordeling van iemand uit een andere cultuur, kunnen woorden of uitdrukkingen aanleiding geven tot misverstanden: de cliënt begrijpt de hulpverlener niet en/of andersom.⁴⁵ Bij de diagnosestelling kunnen zich ook moeilijkheden voordoen;¹⁶ zo is het door taal- en communicatiemoeilijkheden niet altijd even gemakkelijk voor een hulpverlener om de benodigde informatie boven tafel te krijgen. Daarnaast kan de interpretatie van symptomen of klachten soms moeilijk zijn;^{16;34;41;45;46} zo zouden allochtonen psychische problemen eerder somatiseren.^{15;41;47} Het volgende citaat illustreert dit:

“Allochtone cliënten zijn veel meer met somatiek bezig. Ze vertalen hun klachten ook naar lichamelijke klachten. Ze zeggen bijvoorbeeld dat ze niet goed na kunnen denken omdat ze zo ziek zijn. Omdat ze zich zo ziek voelen, kunnen ze geen direct antwoord geven op de vraag wat nu de oorzaak is van hun problematiek. En zo blijven ze eromheen draaien. Je komt niet tot de kern, omdat het ziek zijn op de voorgrond staat.” (hulpverlener) (Broers & Eland, 2000)⁴⁰

Turken en Marokkanen zouden meer somatiseren dan Surinamers omdat het uitdrukkingsrepertoire van Turken en Marokkanen somatischer georiënteerd zou zijn.³⁴ Verder hebben Nederlandse hulpverleners een directe benoemingsstijl (mensen direct aanspreken of corrigeren in groepsverband).¹⁴ Dit kan botsen met allochtone cliënten, die gewend zijn om zaken indirecter te beschrijven of te benoemen. Volgens Hofstede worden collectivistische culturen gekenmerkt door sterke-context communicatie: er hoeft weinig te worden gezegd, omdat de meeste informatie al besloten ligt in de omgeving of in de veronderstelde vóórkennis van de persoon. Deze manier van communiceren kan botsen met de meer zwakke-context communicatie van individualistische culturen. Zwakke-context betekent dat de informatie grotendeels is vevat in een expliciete code. Veel dingen die in een collectivistische samenleving vanzelfsprekend zijn, moeten in individualistische samenlevingen expliciet worden gemaakt.⁴⁴ Het volgende citaat illustreert dit:

"Mensen direct aanspreken in de groep, corrigeren, zal ik niet snel doen. Ik doe dat even buiten de groep of na afloop. Ze vinden dat heel bedreigend, voelen zich vaak ook gekrenkt. Dat kan een reden zijn om er de brui aan te geven. Dus daar moet je heel voorzichtig mee zijn. Je moet indirecter leren communiceren. Bij allochtonen kan er snel sprake zijn van miscommunicatie." (hulpverlener) (Broers & Eland, 2000)⁴⁰

De expliciete, zwakke-context communicatie van autochtone hulpverleners kan ongemakkelijkheid en schaamte oproepen bij niet-westerse allochtone GGZ-cliënten die gewend zijn moeilijke, persoonlijke onderwerpen op indirecte manier te bespreken.¹⁴

4 Resultaten semi-gestructureerde interviews

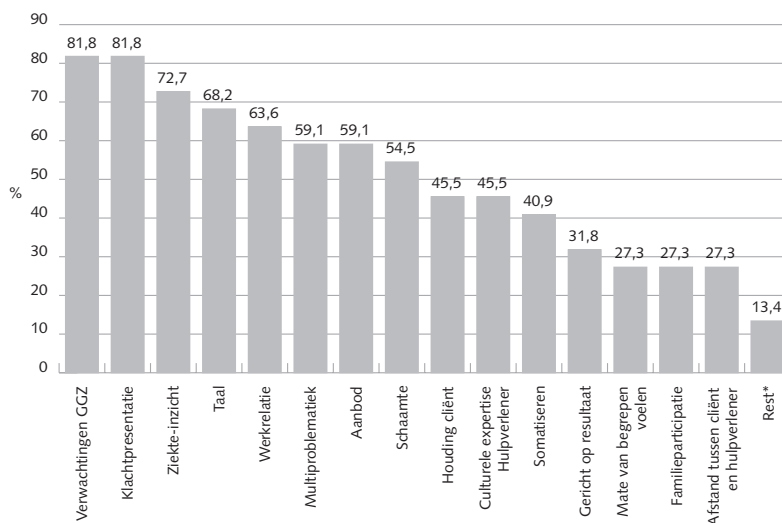
4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de semi-gestructureerde interviews beschreven. Paragraaf 4.2 begint met een overzicht van factoren die volgens respondenten van invloed zijn op de drop-out onder allochtone GGZ-cliënten. Vervolgens worden deze factoren nader toegelicht.

4.2 Overzicht

Respondenten (in totaal zijn 4 psychiaters, 10 psychologen en 8 sociaal psychiatrisch verpleegkundigen geïnterviewd) is gevraagd welke factoren volgens hen ten grondslag liggen aan de drop-out van allochtonen in de GGZ. Grafiek 4.1 geeft de antwoorden van de respondenten weer op de vraag: 'Heeft u ervaring met drop-out van allochtone cliënten? Zo ja, welke factoren lagen daar volgens u aan ten grondslag?' (zie Bijlage 2, gespreksrichtlijn).

Grafiek 4.1 Overzicht factoren die volgens respondenten van invloed zijn op drop-out onder allochtone GGZ-cliënten, in percentages (n=22)



* Rest bestaat uit factoren die een enkele keer genoemd werden, zoals behandeldoelen, sociaal-economische status, protocollen, productieafspraken, mate van integratie, perceptie van tijd, visie hulpverleners.

De verwachtingen die allochtone GGZ-cliënten hebben van de GGZ, de wijze waarop klachten geuit worden, de manier waarop iemand zijn klachten ervaart en verklaart (klachtpresentatie), een gebrekkig ziekte-inzicht en gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal spelen volgens de respondenten een belangrijke rol bij het voortijdig afbreken van een behandeling in de GGZ. De respondenten (psychiaters, psychologen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen) verschillen niet in het belang dat zij toekennen aan bovengenoemde factoren. Zowel cliënt- als instellingsfactoren spelen volgens de respondenten een rol spelen bij drop-out onder allochtone GGZ-cliënten.

In de volgende paragrafen worden uitsluitend factoren besproken die door meer dan de helft van de respondenten (> 50%) zijn genoemd. De indeling is als volgt:

- *Verwachtingen ten aanzien van de GGZ (paragraaf 4.3).* Welke hulp verwachten allochtone GGZ-cliënten te krijgen binnen de GGZ?
- *Klachtpresentatie en ziekte-inzicht (paragraaf 4.4).* De wijze waarop klachten geuit worden en de manier waarop iemand zijn klachten ervaart en verklaart. Allochtone GGZ-cliënten zouden een andere perceptie van ziekte hebben en in beperkte mate psychologiseren.
- *Taal- en communicatieproblemen (paragraaf 4.5).* Het door allochtone cliënten niet of in onvoldoende mate beheersen van de Nederlands zou een belangrijk knelpunt zijn. Taalbarrières leiden tot beperkte communicatiemogelijkheden, onbegrip en onvrede.
- *Werkrelatie en aanbod (paragraaf 4.6).* Het zorgaanbod van de GGZ zou onvoldoende afgestemd zijn op de waarden van allochtone cliënten.
- *Multiproblematiek (paragraaf 4.7).* Allochtone GGZ-cliënten hebben vaak meerdere problemen op verschillende niveaus. Bijvoorbeeld een combinatie van psychische klachten, financiële problemen, werkloosheid en problemen met verblijfsvergunning.
- *Cultuurspecifieke waarden, zoals Schaamte (paragraaf 4.8)* Bij allochtone cliënten uit collectivistische culturen is vaak sprake van schaamte en angst voor gezichtsverlies voor de familie of het familiehoofd.

4.3 Verwachtingen ten aanzien van de GGZ

Het merendeel van de respondenten is van mening dat 'verkeerde' verwachtingen van allochtone cliënten ten aanzien van de GGZ kunnen leiden tot drop-out. Veel allochtone cliënten zouden volgens hen onvoldoende op de hoogte zijn van wat de GGZ hen wel en niet kan bieden. Zoals ook uit literatuur blijkt^{8;34;40;41}, zou er sprake zijn van onvoldoende voorlichting over de GGZ, met als gevolg dat er vaker sprake is van een mismatch tussen de verwachtingen van allochtone cliënten ten aanzien van het zorgaanbod in de GGZ en het daadwerkelijke zorgaanbod; ook zouden allochtone cliënten de GGZ soms vergelijken met de somatische zorg en het maatschappelijk werk. De teleurstelling die optreedt als cliënten ontdekken dat hun verwachtingen niet overeenkomen met de

werkelijkheid, heeft volgens een groot aantal respondenten tot gevolg dat allochtone cliënten de behandeling voortijdig beëindigen:

'Er kwam een Hongaarse vrouw bij mij met littekens. Al tijdens het intakegesprek bleek dat ze geen idee had bij wat voor instelling ze zat. De huisarts had haar gewoon doorgestuurd, zonder haar goed voor te lichten. Daardoor dacht deze mevrouw dat ze bij een dokter terecht kwam die haar misschien wel zou kunnen operen. Een cognitieve gedragstherapeutische behandeling had haar misschien wel kunnen helpen, maar daar kwam ze helemaal niet voor. Ze had geen idee waar het over ging.' (Psycholoog)

'Ik had een allochtone cliënte die vond dat ik haar onvoldoende hielp, omdat ik niet had geregeld dat ze gratis kon zwemmen, ik had niet geregeld dat ze zonder bijbetaling naar fysiotherapie kon en ik had haar ook geen hulp bij het zoeken naar huisvesting geboden.' (SPV)

'Ik heb meegemaakt dat een huisarts tegen een allochtone cliënt zei: 'ik weet het niet meer, je hebt voortdurend last van lichamelijke klachten, we hebben een aantal dingen geprobeerd, maar ik denk dat je beter naar [naam GGZ-instelling] kan gaan'. Er werd dus niet uitgelegd dat wij niet kijken naar waar die lichamelijke klachten vandaan komen, maar dat wij kijken naar de geestelijke toestand omdat er kennelijk lichamelijk niets aan de hand is. Die cliënt kwam dus met heel verkeerde verwachtingen binnen.' (Psycholoog)

Zoals ook blijkt uit de literatuur, hebben allochtonen een sterkere medicatiewens dan autochtoon Nederlandse cliënten.^{6;8;11;42} Medicatie kan dienen als ziektelegitimering en is voor allochtone cliënten verhoudingsgewijs vaker verbonden met zorg:

'Allochtone cliënten hebben vaker het idee 'medicijnen zijn goed' of 'hoe meer medicijnen, hoe beter'.' (Psychiater)

Een aantal hulpverleners geeft aan dat deze medicatiewens kan leiden tot drop-out, omdat de gemiddelde behandeling niet bestaat uit enkel het voorschrijven van medicatie. Allochtone cliënten zouden daarnaast te snel resultaat van een behandeling verwachten. Wanneer blijkt dat ze niet binnen een aantal contacten 'genezen' zijn, treedt teleurstelling en ontmoediging op en neemt de kans toe dat de cliënt de behandeling voortijdig beëindigt:

'Het helpt als je heel concreet kunt helpen, door een formulier in te vullen of een pil te geven. Dan voldoe je aan hun verwachting. Maar als dat niet kan, je bent aan het zoeken naar wat iemand nodig heeft en welke mogelijkheden er zijn, en er is niet direct een oplossing, dan is dat voor allochtone cliënten soms al een reden om af te haken na een eerste gesprek.' (SPV)

Ook zouden 'geestelijke gezondheid' en 'geestelijke gezondheidszorg' binnen allochtone gemeenschappen nog relatief onbesproken thema's zijn. Hierdoor blijft volgens respondenten een verkeerde beeldvorming over de GGZ in stand:

'Het is voor allochtone cliënten lastig om aan familie uit te leggen waarom ze naar de GGZ komen, want de familie weet vaak niet wat de GGZ betekent. Die denken dat je gaat omdat je gek bent.' (Psychiater)

'Wat je veel ziet bij allochtone vrouwen die bijvoorbeeld mishandeld of onderdrukt worden, is dat ze heel bang zijn om in therapie te gaan, omdat ze dan wel eens voor gek verklaard zouden kunnen worden en man en kinderen kwijt zouden kunnen raken.' (Psycholoog)

'Doordat allochtone cliënten thuis vertellen dat ze zich niet zo lekker voelden, maar dat de dokter ze weer beter heeft gemaakt, terwijl hij in behandeling is geweest bij een GGZ-instelling, blijft de verkeerde beeldvorming in stand'. (Psycholoog)

Vooraf bij eerste generatie allochtonen is nogal eens sprake van onjuiste beeldvorming en stereotype denkbeelden over de GGZ. Volgens een aantal respondenten speelt in dit opzicht een rol dat de geestelijke gezondheidszorg in het land van herkomst nog nauwelijks ontwikkeld is:

'Van een Marokkaanse cliënt weet ik dat de psychiatrie in Marokko veel minder ontwikkeld is. Er zijn nauwelijks psychiaters en als je naar een psychiater moet, dan is dat omdat je echt heel erg ziek, of zoals zij zeggen 'gek of gestoord' bent en dat je dat vaak ook kunt zien aan die mensen.' (Psychiater)

4.4 Klachtpresentatie en ziekte-inzicht

Cultuur speelt een belangrijke rol in de manier waarop klachten geuit, ervaren en verklaard worden. Uit de interviews blijkt dat de factor 'culturele verschillen in klacht-presentatie' ervaren wordt als één van de belangrijkste factoren die ten grondslag liggen aan drop-out onder allochtone GGZ-cliënten. Het merendeel van de respondenten geeft aan dat allochtone cliënten hun klachten anders presenteren dan autochtone cliënten. De begrippen en concepten die door hulpverleners gebruikt worden om ziekten en gezondheid te beschrijven zijn gebaseerd op een westers begrippenkader. Begrippen, uitspraken en uitdrukkingen die voor autochtone cliënten en hulpverleners normaal zijn, zijn dat niet voor niet-westerse allochtone cliënten. En andersom: woorden en begrippen die allochtone cliënten gebruiken om psychische klachten te omschrijven, worden door de hulpverlener niet altijd begrepen en kunnen leiden tot problemen bij het vaststellen van een probleemdefinitie:

'We hebben hier relatief veel allochtone cliënten die psychotisch geduide klachten hebben, maar waarvan we vinden dat het niet vergelijkbaar is met een Nederlander die psychotisch is. Er komen dan nog andere klachten bij die we moeilijk kunnen duiden. Bij autochtonen is het makkelijker om de diagnose te stellen.' (Psychiater)

'Allochtone cliënten komen natuurlijk niet binnen voor een luisterend oor, maar dat is vaak wel waar het uiteindelijk op neer komt. De gesprekken worden vaak steungevend en structurerend van aard. Ze wensen natuurlijk wel een veranderingsgerichte behandeling, maar wij kunnen dat vaak niet bieden, omdat er een andere probleemdefinitie is of omdat er toch teveel factoren een rol spelen waar wij te weinig zicht op hebben of te weinig invloed op kunnen uitoefenen.' (Psycholoog)

Bijna driekwart van de respondenten merkt op dat, vanuit westerse optiek, vooral eerste generatie allochtone cliënten een gebrekkig ziekte-inzicht hebben. Zoals ook uit de literatuur blijkt, zou er bij allochtonen sprake zijn van een andere wijze van protoprofessionalisering^{11;15;16;39}, en zouden psychische problemen door deze groep niet vanuit de psyche verklaard worden. De ondervraagde hulpverleners geven aan dat een gebrekkig ziekte-inzicht en het onvermogen om op een psychologisch niveau over klachten na te denken, tot gevolg hebben dat het moeilijk kan zijn om allochtone cliënten te overtuigen van het belang van een psychologische behandeling:

'Maar een heel klein percentage allochtone cliënten zegt 'het gaat psychisch slecht met me, ik heb hulp nodig van een psycholoog'.' (Psycholoog)

'Allochtone cliënten geven vaak aan 'ik kom niet naar onze afspraak, want ik ben zo moe', terwijl ik juist heb geprobeerd uit te leggen dat die moeheid samenhangt met hun [psychische] probleem.' (Psycholoog)

Ziekte-inzicht hangt nauw samen met hoe de ziekte gepercipieerd wordt. Allochtone cliënten beschouwen en verklaren psychische klachten nogal eens aan de hand van bezetenheid, geesten en 'djinn's'. Vanuit hun cultuur zijn ze gewend om op die wijze naar psychologische problemen te kijken. Deze perceptie vraagt van hulpverleners een flexibele, cultuursensitieve opstelling. Een afwijzende reactie of het opdringen van een westers verklaringsmodel, kan ertoe leiden dat de cliënt zich niet serieus genomen voelt en de behandeling beëindigt (zie verder paragraaf 4.8):

'Ik heb al ruim een jaar een allochtone cliënt met een psychotische depressie, en nog steeds denkt hij dat het geesten zijn. Dan moet je dat op een gegeven moment maar laten bestaan, en vanuit daar verder werken.' (Psychiater)

'Als iemand zegt dat hij bezeten is door geesten, dan vind ik dat best. Dan help ik hem wel met het uitdrijven daarvan. Maar dan wel met de methodieken die ik tot mijn beschikking heb hier.' (SPV)

Somatisatie^q

Bijna de helft van de respondenten geeft aan dat allochtone cliënten vaker dan autochtone cliënten somatiseren. Er zijn diverse verklaringen waarom niet-westerse allochtone GGZ-clieënten verhoudingsgewijs vaker somatiseren.^{3;8;34} Een mogelijke verklaring is dat gangbare psychologische concepten niet in iedere cultuur bestaan; zo is het woord 'depressie' bijvoorbeeld een westers concept dat in andere culturen niet bestaat.⁴⁹ Iedere cultuur heeft een eigen terminologie om een toestand van pijn, somber en ongelukkig zijn te omschrijven, bijvoorbeeld aan de hand van lichamelijke symptomen. De volgende citaten illustreren dit:

'Autochtone cliënten komen binnen met de klacht 'ik voel paniek' en dan moet ik uitvragen 'wat voel je dan lichamelijk bij paniek?', terwijl allochtone cliënten binnenkomen met een lijst somatische klachten en dan moet ik zeggen: 'die klachten noemen wij paniek.' (Psycholoog)

'Als een huisarts tegen een allochtone cliënt zegt 'het kan zijn dat er achter die hoofdpijn, buikpijn en hartkloppingen iets psychische schuilgaat', dan schieten veel cliënten in de verdediging. Zo van 'ik ben niet echt goed onderzocht, ik heb geen MRI, foto's, of dit en dat gehad, dus het kan best zo zijn dat het probleem echt in mijn lichaam zit.' (Psycholoog)

'Allochtone cliënten kennen [naam GGZ-instelling] vaak wel, ze weten dat ze hier komen voor psychiatrie, maar het psychiatrische wordt eigenlijk helemaal niet onderkend. Het wordt gezien als iets somatisch, als een griepje.' (SPV)

'Het heeft ook te maken met hoe je opgegroeid bent. Wij zijn gewend vrij snel te zeggen 'ik voel me somber' of 'ik ben depri'. Het zit min of meer in onze taal ingebakken. Cliënten uit andere culturen zijn dat helemaal niet gewend, zij uiten zich meer in termen van pijn.' (Psycholoog)

'Allochtone cliënten gebruiken meer somatische metaforen om hun klachten te uiten.' (Psycholoog)

Somatisatie van een cliënt vereist van de hulpverlener dat hij aandacht schenkt aan de somatische kant, én dat hij de psychische achtergrond van de lichamelijke klachten blijft uitleggen. Een respondent verwoordt dit als volgt:

'Metaforen spreken vaak wel aan, ik vertel bijvoorbeeld vaak 'je hebt een heleboel problemen die je met je meedraagt in een rugzak, en die rugzak is zo zwaar geworden dat je lichaam er pijn van doet.' Vaak denken mensen dan wel van 'o ja.' (Psycholoog)

q Somatisatie is de neiging om lichamelijke ongemakken en klachten, die niet door pathologische bevindingen kunnen worden verklaard, te ervaren en te rapporteren, ze aan een lichamelijke aandoening toe te schrijven en er medische hulp voor te zoeken.⁴⁸

Als een hulpverlener daar niet in slaagt en de cliënt blijft vasthouden aan het somatische, dan kan dit tot gevolg hebben dat de behandeling voortijdig wordt afgebroken:

'Een Turkse cliënte met heel veel somatische klachten, weet eigenlijk niet waarom ze naar de GGZ is verwezen. Ze weet eigenlijk ook niet waar ze nou eigenlijk naartoe is verwezen. En hoe vaak ik het ook probeerde uit te leggen, in haar beleving is buikpijn buikpijn en heeft dat niets met je hoofd te maken. Zij is dus uiteindelijk niet meer op afspraken verschenen.' (Psychiater)

'Allochtone cliënten met somatische klachten hebben vaak het idee 'nu kom ik bij iemand die me daar mee gaat helpen.' Als ik dan zeg dat er spanningsklachten aan ten grondslag liggen en daar uitleg over geef en probeer de stressoren te benoemen, dan blijkt vaak toch dat dat er niet in wil. Vaak wordt erg vastgehouden aan de somatische klachten. Dus als daar na twee gesprekken nog niets aan is gedaan, dan haakt iemand af.' (SPV)

4.5 Taal- en communicatieproblemen

Taal is volgens ruim tweederde van de ondervraagde respondenten van invloed op drop-out onder allochtone GGZ-clieënten. Zoals ook blijkt uit eerder onderzoek^{15;16;28;34;41;49}, kunnen taalproblemen leiden tot communicatieproblemen en zodoende de behandeling bemoeilijken:

'Heel vaak neem je aan dat iemand je begrepen heeft en dat de boodschap over is gekomen, maar als je dan doorvraagt, dan blijkt dat er een heel andere belevingswereld achter zit en wordt de informatie heel anders opgevat. Je moet dat dus continu transparant houden.' (SPV)

'Ik ben vaak van mening dat allochtone cliënten voldoende Nederlands spreken. Misschien vind ik dat wel iets te snel, zo van 'ik kan alles verstaan, het klinkt goed'. Terwijl de cliënt misschien toch niet precies heeft uitgedrukt wat hij of zij echt bedoelt.' (Psycholoog)

Volgens een vijfde van de respondenten zouden hulpverleners onvoldoende tijd nemen om deze taalproblemen te overbruggen, door bijvoorbeeld een tolk in te schakelen en voorlichting te geven:

'Ik had dit jaar een Afghaans gezin dat razend op mij was over een huisarts, omdat ik de eerste was die een tolkentelefoon gebruikte. Ze voelden zich voor het eerst echt serieus genomen. Dat is toch verschrikkelijk? Er speelden zoveel problemen en niemand had ooit de tijd genomen naar ze te luisteren. Ze werden snel weer op straat gezet omdat de tien minuten weer voorbij waren.' (SPV)

Het hebben van psychische problemen kan volgens een ondervraagde psychiater het leren van de Nederlandse taal in de weg staan. Als allochtone cliënten in onvoldoende mate de Nederlandse taal beheersen, kan dat weer tot gevolg hebben dat andere problemen zich zullen voordoen, waardoor de kwaliteit van leven van een cliënt nog verder afneemt:

'Ik heb altijd gedacht: allochtonen moeten niet zeuren maar zich aanpassen. Totdat ik hier kwam werken. De taal is echt een probleem. Sommige cliënten zijn te ziek om de concentratie op te brengen om een taal te leren, terwijl ze dat wel heel graag willen. En dan kom je al snel in een cirkeltje terecht waar moeilijk uit te komen is en waarin ze dingen meemaken waarvan je denkt dat het in Nederland absoluut onmogelijk is. Sommige zaken, bijvoorbeeld huurtoeslag en verzekeringen, worden gewoon niet geregeld als je onvoldoende Nederlands spreekt. Daardoor kunnen mensen bijvoorbeeld in financiële problemen komen, die helemaal niet hadden hoeven ontstaan.' (Psychiater)

Naast het verschil in taal, kan ook een verschil in communicatiestijl de behandeling bemoeilijken. Niet-westerse allochtone cliënten zijn vaak afkomstig uit collectivistische culturen, waarbinnen op een meer indirecte manier gecommuniceerd wordt (zie verder paragraaf 3.3.6).^{14;44} Autochtone hulpverleners, afkomstig uit individualistische culturen, zijn meer gewend om expliciet te communiceren. Een te directe, expliciete bejegening kan bij allochtone cliënten schaamte en ongemak oproepen. Vier hulpverleners geven aan dat een te directe communicatiestijl wel eens geleid heeft tot drop-out onder allochtone cliënten:

'Een Iraanse, getraumatiseerde man kwam bij mij in behandeling. Naast een trauma had hij ook problemen met zijn uitkering. Daardoor was het in het begin heel erg zoeken in de behandeling. Op een gegeven moment wisten we niet zo goed hoe we verder moesten, en toen heb ik dat ook met hem besproken, omdat anders de behandeling geen zin zou hebben. Dat heeft hij toen opgevat alsof ik hem niet meer in behandeling wilde hebben en toen is hij met de behandeling gestopt. Ik heb hem nog wel kort gesproken daarna, dus ik weet wel dat het kwam omdat ik hem te directief [expliciet] benaderde.' (Psycholoog)

Een andere belemmerende factor in dit kader is het gebruik van vakjargon. Volgens een hulpverlener zou het gebruik van vakjargon door hulpverleners kunnen leiden tot miscommunicatie:

'Binnen de GGZ worden heel veel afkortingen gebruikt en wordt een taal gesproken die vaak zelfs voor een HBO-geschoolde Nederlanders niet te volgen is.' (SPV)

4.6 Werkrelatie en aanbod

De begrippen, concepten en technieken die binnen de GGZ gebruikt worden zijn doortrokken van westerse waarden; voorbeelden daarvan zijn de positieve labeling van individualisme, het aanmoedigen van vrije expressie van gevoelens en het bevorderen van assertiviteit.⁵⁰ Deze waarden staan juist in contrast met de waarden die veel niet-westerse culturen kenmerken:

'Een Turkse cliënte die verschillende sterfgevallen heeft meegemaakt in korte periode, zit thuis met een enorme rouw. Ik probeerde haar juist te stimuleren om dingen voor zichzelf te gaan doen en tijd voor zichzelf te nemen. Vervolgens kwam ik erachter dat er de komende maanden elke dag familie over de vloer zal komen. Dat hoort bij die cultuur. Ik kan haar dus wel vertellen dat ze tijd voor zichzelf moet nemen, maar dat kán ze helemaal niet doen, dat is eigenlijk totaal onbespreekbaar.' (Psycholoog)

Bijna tweederde van de respondenten is van mening dat het zorgaanbod van de GGZ onvoldoende afgestemd is op de waarden van allochtone cliënten. Hoewel het merendeel wel van mening is dat de GGZ zich realiseert dat cultuur een belangrijke factor is in de hulpverlening, is het huidige aanbod nog onvoldoende 'op maat gesneden' voor allochtone cliënten:

'Het is heel begrijpelijk dat allochtone cliënten afhaken, omdat wij helemaal nog geen zorg op maat aanbieden.' (SPV)

'Bij een aantal allochtone cliënten heb ik geprobeerd het cognitieve gedragstherapeutisch protocol letterlijk toe te passen. Maar het lukt niet. Het lukt niet, omdat het bijhouden van een dagboek en activiteiten in balans brengen meer tijd nodig hebben dan bij een autochtone cliënt. Als zo'n behandeling bij een autochtoon 2 tot 5 sessies nodig heeft, dan heb je bij een allochtone cliënt wel 5 tot 10 sessies nodig.' (SPV)

'Men wil graag dat de huidige richtlijnen ook werken voor allochtone groepen, maar deze zijn helemaal niet gebaseerd op allochtonen. Je kunt geen cognitieve gedragstherapie doen met iemand die de Nederlandse taal slecht beheerst.' (Psychiater)

'In de richtlijnen staat bijvoorbeeld dat je een CGT [cognitieve gedragstherapie] moet doen bij depressie, maar als je een allochtone cliënt met een tolk behandelt, dan is dat veel te ingewikkeld. Bij cliënten die de Nederlandse taal slecht beheersen, is een systeemgesprek of een huisbezoek vaak veel nuttiger.' (Psychiater)

'De attitude, kennis, methoden en aanbod [in de GGZ], in de breedste zin van het woord, zijn onvoldoende afgestemd op allochtonen.' (SPV)

'Het hulpaanbod is echt nog niet cultuursensitief genoeg. Er wordt heel veel gewerkt met protocollen die voorschrijven wat je tijdens het eerste contact moet bespreken, hoeveel contacten je mag hebben, hoe lang die mogen duren, wanneer je plan er moet zijn en wanneer je dat plan moet evalueren. In de praktijk blijkt die aanpak bij allochtone cliënten vaak niet te werken. Door daar van af te wijken kan je veel meer voor een cliënt betekenen.' (SPV)

'Bij een Afghaanse cliënte met naar mijn idee een hele hoge lijdensdruk, begon het er al mee dat ik een barrière ervoer, omdat ik geen PDI-test af kon nemen en ik helemaal niets had aan de manier waarop ik normaal gesproken diagnostiek bedrijf, via de DSM-IV die gebaseerd is op witte anglo-saksische Amerikanen. Toen was ik nog niet bekend met het cultureel interview en stond ik veel te veel met een westerse optiek in die behandeling. Toen ik dat met de cliënte besprak, zei ze dat ze juist heel blij met me was omdat ik de enige was bij wie ze haar hart kon uitstorten en die haar accepteerde zoals ze was. Toen dacht ik wel 'ja, dat is misschien wel zo, maar of ik het nou zo goed doe als hulpverlener, ik vraag het me af.' Ik had helemaal niet de knowhow om fine te tunen op haar culturele identiteit.' (SPV)

Om te voorkomen dat allochtone cliënten de zorg voortijdig beëindigen, is het belangrijk dat de zorg voldoende aansluit bij de beleving en de verklaringsmodellen van allochtone cliënten en dat hulpverlener en cliënt erin slagen om verschillen in normen, waarden en opvattingen te overbruggen en te komen tot een gezamenlijke probleemdefinitie en een gedeeld doel. Bijna een vijfde van de hulpverleners stelt echter dat werken volgens de multidisciplinaire richtlijnen^r, de DBC^s en productieafspraken^t dit in de weg staan:

'Ik moet wel vaak bellen en zeggen 'kom je nog, je moet wel komen, het is belangrijk dat je komt'. Dan komen ze vaak wel weer. Je moet dus als hulpverlener meer moeite doen om ze erbij te houden, ze ervan te overtuigen dat het belangrijk is dat ze komen. Als je dat niet doet, dan haken veel allochtone cliënten af. Helaas is er vaak geen tijd om cliënten zo actief te benaderen. Je mag het in ieder geval niet registreren. Dat gaat helaas nogal eens ten koste van de kwaliteit van zorg voor allochtone cliënten.' (SPV)

'Als er sprake is van een multifactoriële achterstand, door bijvoorbeeld een taalachterstand, een laag opleidingsniveau, een sociaal isolement en een slechte financiële situatie, dan moet je ervan uitgaan dat een behandeling veel langer duurt dan de 12 of 16 keer die ervoor staan. Deze cliënten zijn veel zorgintensiever, bijvoorbeeld omdat je een stabilisatieperiode nodig hebt voordat je echt aan verbetering kan gaan werken. Door de huidige situatie met de DBC en de rol van verzekeraars, is die ruimte er niet. Dat gaat ten koste van de behandeling van allochtone cliënten, waardoor drop-out kan optreden.' (Psychiater)

r Richtlijnen zijn landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg voor een cliënt.

s Diagnosebehandelingcombinatie

t Overeenkomsten tussen instellingen en zorgverzekeraars over de productie van de instelling.

4.7 Multiproblematiek

Bijna tweederde van de respondenten stelt dat bij allochtone cliënten vaker dan bij autochtone cliënten sprake is van multiproblematiek: het hebben van meerdere problemen op verschillende leefgebieden. Deze resultaten stemmen overeen eerder onderzoek.^{34;38;41} Zo zouden allochtone cliënten vaker dan autochtone cliënten, naast hun psychische klachten ook andere problemen hebben, bijvoorbeeld in de relationele sfeer of problemen met werk, uitkering, huisvesting of verblijfsvergunning. Uit cijfers van het Sociaal Cultureel Planbureau blijkt dat de sociaal-economische status van allochtonen nog altijd achterblijft bij die van autochtonen: allochtonen hebben gemiddeld een lager opleidingsniveau, de werkloosheid onder allochtonen is hoger, er is sprake van lage inkomens en een hoge uitkeringsafhankelijkheid.⁵¹ Als een hulpverlener in de ogen van de cliënt onvoldoende tijd en aandacht besteedt aan deze maatschappelijke problemen, dan zou de kans volgens respondenten toenemen dat de allochtone GGZ-cliënt zich niet gehoord en begrepen voelt. De volgende citaten maken dit duidelijk:

'Je kan als psycholoog geen praktische hulp bieden, maar het is heel belangrijk dat je als hulpverlener over voldoende kwaliteiten beschikt om wel al die problemen te omvatten en om de cliënt in zo'n brede zin op te vangen dat hij zich gezien, gehoord en begrepen voelt en de nodige hulp ergens anders wel krijgt. Als je als hulpverlener daar in slaagt, dan zal het een cliënt kracht geven om de behandeling voort te zetten en zal er geen drop-out zijn.' (Psycholoog)

'Soms kan je ook beter eerst zorgen dat iemand huisvesting en een dagbesteding heeft, voordat je echt op het niveau van de ziekte gaat praten.' (Psychiater)

'Een Afghaans gezin kwam bij mij en zei 'we hebben heel veel problemen, maar we willen eerst dat jij een huis voor ons regelt'. Dit is het principe van de piramide van Maslow; voordat je bezig kan met zelfontplooiing, moet je eerst voorzien in andere basisbehoeften zoals lichamelijke behoeften, huisvesting en arbeid. Als je hier aan voorbij gaat, dan ben je zo'n cliënt dus kwijt. Ik ben een half jaar met ze bezig geweest: brieven geschreven, juridische stappen ondernomen. Pas toen dat achter de rug was, trad er wat meer ontspanning op, en konden we verder met het volgende gedeelte van de behandeling. Het probleem is alleen dat er binnen de DBC geen code is voor zo'n tijdsintensieve behandeling, terwijl als je die tijd niet neemt, iemand uit zal vallen en uiteindelijk veel meer geld zal gaan kosten doordat ze opnieuw bij de huisarts terecht komen, naar maatschappelijk werk gaan en terug bij ons komen.' (SPV)

'Uit onmacht om tot de kern te komen wordt door behandelaren vaak gezegd: "Je komt voor uitkering of voor een huis, ga maar naar het maatschappelijk werk".' (Psychiater)

Bijna een vijfde van de respondenten is van mening dat de leefsituatie van allochtone cliënten van invloed is op het besluit om een behandeling voortijdig af te breken^u:

'Ik denk dat bij de drop-out van allochtone cliënten het gebrek aan een sociaal vangnet ook een rol kan spelen. Zo had ik eens een allochtone cliënte die niet kon beschikken over kinderopvang en daardoor niet meer naar afspraken kwam.' (Psycholoog)

'Ik had een allochtone cliënt die op een gegeven moment niet meer kwam, simpelweg omdat ze gewoon niet elke week een kaartje voor de tram kon betalen.' (Psycholoog)

4.8 Cultuurspecifieke waarden, zoals Schaamte

Culturele waarden zijn van invloed op percepties van ziekte en klachtpresentatie. Sommige niet-westerse culturen delen een aantal gemeenschappelijk cultuurspecifieke waarden. Deze kunnen volgens hulpverleners mogelijk een rol spelen bij het voortijdig afbreken van een behandeling door allochtone GGZ-cliënten. Een belangrijke voorwaarde voor een werkbare, therapeutische relatie en een effectieve behandeling, is dat de hulpverlener zich kan inleven in zijn cliënt. Of zoals een psychiater tijdens een interview zegt: *'Invoegen. Je belangrijkste taak als hulpverlener is dat je invoegt.'* Een behandeling begint met een vertrouwensrelatie. Alleen een goede werkrelatie maakt het mogelijk dat de cliënt de informatie wil geven die de hulpverlener nodig heeft om een goede diagnose te stellen en een passend behandelplan op te stellen. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie kost tijd, vooral omdat allochtonen vaker dan autochtone cliënten onbekend zijn met de GGZ, terughoudender zijn en niet gewend zijn hun problemen buiten de familie, met een vreemde te bespreken:

'Je kan bij een allochtone cliënt niet gelijk beginnen van 'Goh, u heeft een depressie en een posttraumatische stressstoornis, dat gaan we zo en zo aanpakken'. Zo werkt dat niet. De ingang is heel anders. Je hebt veel meer tijd nodig om het vertrouwen te winnen.' (SPV)

Om een vertrouwensband op te bouwen is het belangrijk dat een hulpverlener kennis heeft van de culturele achtergrond van de cliënt. Naarmate de kloof tussen de cultuur van de cliënt en die van de hulpverlener groter is, is het moeilijker om aan te sluiten bij de belevingswereld van de cliënt. Bijna een derde van de respondenten stelt dat alleen al het bestaan van deze culturele kloof tot drop-out van allochtone cliënten kan leiden:

'Bij problematische allochtone cliënten zeg maar, blijft altijd een soort afstand, omdat we niet dezelfde beleving hebben en niet dezelfde probleemdefinitie hanteren. Ook al mag ik de persoon dan wel, zo'n relatie is vaak toch weinig gelijkwaardig en er blijft een afstand tussen ons.' (Psycholoog)

^u Behandeling in de tweedelijns psychologische zorg wordt volledig vergoed door de basisverzekering.

Bijna de helft is van mening dat de kans dat een behandeling voortijdig wordt afgebroken toeneemt als hulpverleners onvoldoende expertise hebben om de culturele kloof te overbruggen. Zijonderstellen dat wanneer ze meer kennis zouden hebben over de culturele achtergrond van een allochtone cliënt, ze beter in staat zijn de cliënt een gepaste behandeling te bieden en daarmee de kans op drop-out zouden verkleinen:

'Als je meer besef hebt van een cultuur, dan zal een cliënt je sneller vertrouwen, maar dan zal er ook eerder tegenoverdracht en actieve inzet zijn. Als je als hulpverlener helemaal niets weet van de culturele achtergrond van de cliënt, dan spelen ook eerder vooroordelen een rol. Daardoor zullen cliënten sneller afhaken.' (Psychiater)

'Je moet als hulpverlener bepaalde achtergrondkennis hebben van een cliënt, om goed te kunnen aansluiten bij die cliënt. Als je een cliënt uit Urk krijgt, dan weet je ook dat je die anders moet benaderen dan een cliënt uit Rotterdam.' (Psycholoog)

'Als je als hulpverlener te weinig achtergrondinformatie hebt van een cliënt en er te weinig naar vraagt, dan kan het zijn dat een cliënt zich niet begrepen voelt. Je stelt dingen vaak eenvoudig voor, terwijl het veel ingewikkelder in elkaar zit doordat er andere culture aspecten meespelen. Je moet je er dus van bewust zijn dat cultuur een belangrijke rol kan spelen. Als je er zelf te weinig van weet, moet je dus continu vragen stellen.' (Psycholoog)

In Tabel 4.2 wordt een overzicht gegeven van cultuurspecifieke waarden die volgens de hulpverleners een rol spelen bij drop-out onder allochtone GGZ-clënten. In het onderstaande worden deze waarden toegelicht.

Tabel 4.2 Cultuurspecifieke waarden die volgens respondenten een rol spelen bij het voortijdig afbreken van een behandeling door een allochtone GGZ-client, in percentages (n=22)

	%
Schaamte	54,5
Familieparticipatie	27,3
Familisme	22,7
Hiërarchie	13,6
Spiritualiteit	9,1

Schaamte

Niet-westerse allochtone cliënten zijn veelal afkomstig uit collectivistische culturen. Individuen in deze culturen zijn vanaf hun geboorte opgenomen in sterke, hechte groepen die hen levenslang bescherming bieden in ruil voor onvoorwaardelijke loyaliteit.^{43;44} Naast harmonie is schaamte een belangrijke waarde in de collectivistische familie: als iemand van de groep de regels van de samenleving heeft overtreden, zullen alle leden

van die groep zich schamen, op grond van een gevoel van collectieve verplichting.⁴⁴ Als iemand naar buiten treedt met psychische klachten, waarop in veel niet-westerse culturen nog een stigma heerst, zorgt het individu er niet alleen voor dat hij zichzelf in een schaamtevolle positie brengt, maar leidt de hele familie gezichtsverlies (zie verder paragraaf 3.3.3).⁴⁰ Meer dan de helft van de respondenten is van mening dat schaamte een belangrijke factor is die het zoeken van hulp in de weg kan staan of ten grondslag kan liggen aan het voortijdig afbreken van een behandeling:

'Ik heb een Marokkaanse cliënt die het vermoeden heeft dat bij zijn zoon ook een schizofrene ontwikkeling aan de gang is. Hij is gescheiden en leeft dus gescheiden van zijn kinderen en ex-vrouw, maar komt nog wel regelmatig bij hen thuis. Zijn ex-vrouw denkt dat haar zoon bezeten is van geesten. Ik heb hem dus aangeraden om eens met zijn ex-vrouw en zoon naar de huisarts te gaan. Maar zijn ex-vrouw ziet dat totaal niet zitten. Ze weet wel welke wegen er zijn, maar er is teveel schaamte om ook haar kind naar de GGZ te laten gaan.' (SPV)

'Een Marokkaanse mevrouw met depressieve klachten was door de huisarts naar mij verwezen. Ze leefde heel erg geïsoleerd, haar man was weggelopen en ze wilde niet dat de buitenwereld dat wist. Dus ze vertelde de buitenwereld dat haar man langdurig in het buitenland verbleef. Ze voedde in haar eentje twee kinderen op, was erg weinig geïntegreerd en sprak slecht Nederlands. Ik sprak haar daarom met een tolk en stelde voor haar samen te behandelen met het project Steunvrouwen, dat is een project dat vrouwen koppelt aan cliënten uit dezelfde cultuur om samen stappen te maken in de maatschappij: waar moet je zijn om formuleren in te laten vullen, waar is de sociale dienst en wat kun je daar halen? Zo'n steunvrouw gaat mee om samen iets actiefs te doen, kortom om samen te onderzoeken hoe de Nederlandse maatschappij eruit ziet. Nou, die mevrouw wilde dat absoluut niet en na dat gesprek haakte ze onmiddellijk af, omdat ze bang was voor roddel of dat ze er achter zouden komen dat ze een gevallen vrouw was, in de steek gelaten door haar man.' (SPV)

'Ik had een Turkse vrouw, die volgens ons PTSS [post-traumatische stress stoornis] had als gevolg van een ongeluk in een vleesfabriek, waarbij haar man betrokken was, en waarbij zijzelf ook aanwezig was. Je ziet haar lijden, maar toch is er heel veel schaamte en vermijding. Ik was toen niet in de gelegenheid me heel erg in haar vast te bijten, hoewel ik natuurlijk wel wilde dat ze in behandeling was gekomen, vooral omdat het een vrij eenvoudig trauma is dat goed te behandelen is. Het gevolg was toch dat we haar al snel kwijt waren.' (Psychiater)

Familisme en familieparticipatie

Een centrale waarde binnen een collectivistische cultuur is 'familisme'. Familisme verwijst naar een sterke identificatie met en hechting aan de familie (zie verder paragraaf 3.3.3). De familie is vaak de eerste bron van hulp, problemen worden zoveel mogelijk binnen de familie opgelost. Cliënten die toch voor hulp bij de GGZ aankloppen, kunnen in de

loop van de behandeling door deze collectivistische verplichting in een loyaliteitsconflict terecht komen. Wanneer uitstoting door de familie dreigt, of als de strijd met de familie te vermoeiend is, kan het gebeuren dat allochtone GGZ-cliënten de behandeling beëindigen en alsnog de hulp bij hun familie halen:

'Bij allochtonen, die zelf verwesterd zijn, zie je vaak dat ze verstoten worden door hun familie of dat het contact heel erg verslechtert, op het moment dat ze in behandeling gaan.' (SPV)

'De familie kan heel belemmerend zijn, doordat ze zeggen 'op die hulpverlening moet je maar niet vertrouwen, wij weten veel beter wat goed voor je is.' (SPV)

'Een cliënt van allochtone afkomst kwam naar het vrouwen centrum Mimosa met relatieproblemen, haar man was erg dominant. Ze durfde niet van hem te scheiden, uit angst dat haar schoonfamilie haar wat aan zou doen.' (Psycholoog)

'Voor een cliënt, een Surinaams-Hindoestaanse vrouw, bleek de behandeling heel zwaar te zijn, dus werd haar partner erbij betrokken. Met partner erbij verliep het goed, maar met de cliënt zelf ging het nog niet goed. Daarom werd de behandeling na een poosje weer individueel hervat. Toen is ze al snel uitgevallen; er kwamen geen afspraken meer tot stand. Ik kreeg het gevoel dat er een loyaliteitsprobleem aan ten grondslag lag: ze was erg betrokken bij haar familie en schoonfamilie en had het gevoel bij hen steun te moeten zoeken.' (Psycholoog)

Voor het laten slagen van de behandeling is het volgens respondenten erg belangrijk dat de familie bij de behandeling wordt betrokken. Juist bij allochtone GGZ-cliënten afkomstig uit collectivistische culturen, kan de afwezigheid van betrokkenheid van de familie drop-out in de hand werken volgens respondenten. Ruim een kwart van de hulpverleners geeft echter aan het heel moeilijk kan zijn om de familie van allochtone cliënten te bereiken, als gevolg van een andere visie op de problematiek, geslotenheid en schaamte:

'Een Marokkaanse jongen kwam in het ACT-team terecht, hij had schizofrenie en blowde ook veel. Het leek erop dat hij uit een vrij geïntegreerd gezin kwam, zijn ouders spraken goed Nederlands. Maar zijn broer kwam af en toe langs om met zijn vuisten uit te leggen dat hij moest stoppen met blowen. De familie ontkende daarmee eigenlijk dat de jongen echt ziek was.' (SPV)

'Een behandeling moet gezamenlijk gedragen worden en je moet het met de familie kunnen vinden. Maar als de familie de grote afwezige is, dan vraag je je echt af wat je dan nog moet. De cliënt heeft zijn familie heel hard nodig, dus werkt dat heel erg tegen.' (SPV)

'Ik heb een Turkse cliënt die zelf achter onze benadering staat en die zichzelf herkent in de ziekte zoals wij die uitleggen, maar zijn familie helemaal niet. Zijn familie woont grotendeels in Turkije, gelukkig voor hem dus eigenlijk. Maar eens in de zoveel tijd komen ze naar Nederland en dat geeft heel veel spanning en daar ziet hij dan heel erg tegenop.' (SPV)

Hiërarchie

Tijdens de behandeling verwachten cliënt en hulpverlener van elkaar dat ze een bepaalde rol vervullen. Deze verwachtingen zijn veelal cultuurbepaald. Binnen de westerse hulpverlening staat autonomie van de cliënt en wederzijdse afhankelijkheid centraal. Een behandeling wordt beschouwd als een samenwerkingsverband tussen twee min of meer gelijkwaardige partijen. Voor veel niet-westerse cliënten is zo'n samenwerkingsrelatie nieuw. Zij verwachten juist van de hulpverlener dat hij alle kennis heeft, beslist wat het beste is en initiatief neemt.^{17;40} Door hulpverleners wordt de afhankelijke opstelling van allochtone cliënten geïnterpreteerd als ongeïnteresseerd of ongemotiveerd. Zoals blijkt uit de literatuurstudie, weerspiegelen afhankelijkheidsrelaties de machtsafstand binnen een cultuur.⁴⁴ Allochtone cliënten zijn vaak afkomstig uit culturen met een grote machtsafstand, waarin sprake is van sterke hiërarchische structuren (zie paragraaf 3.3.5). Bijna de helft van de respondenten is van mening dat de botsing van verwachtingen en de passieve, afhankelijke opstelling van allochtone cliënten van invloed is op het voortijdig afbreken van een behandeling:

'Voor verschillende allochtone cliënten geldt dat zolang ik de regie hou en me heel actief opstel, dan loopt het wel. Stel dat ik elke week op huisbezoek zou gaan, dan zou het goed lopen. Maar op het moment dat er van hun kant iets verwacht wordt, iets regelen, zorgen dat ze naar afspraken komen, dan wordt het lastig. Een allochtone cliënt van me moest vorige week voor een neurologische screening komen en ik ben benieuwd of hij geweest is. Ik vermoed van niet.' (SPV)

'Een Turkse cliënte kwam binnen met relatieproblemen en het dilemma of ze nou wel of niet moest scheiden. Ze verwachtte van mij dat ik dat dilemma voor haar op zou lossen.' (Psycholoog)

'Allochtone cliënten geven eerder aan 'deze aanpak werkt niet, dus nu moet jij weer iets anders bedenken'.' (Psycholoog)

'Vaak komen allochtone cliënten binnen zonder dat ze precies weten waarom ze nou bij de GGZ terecht komen en wat ze moeten verwachten van de zorg. Ze leggen hun probleem voor en zeggen 'u bent de expert, dus zeg het maar'. Hoe graag ik dat ook zou willen, in de praktijk werkt het zo niet.' (Psycholoog)

'We werken veel met probleemoplossende therapie. Binnen die therapie krijgen cliënten huiswerk mee om zelf aan de slag te gaan. Daar snappen allochtone cliënten vaak helemaal niets van.' (SPV)

Culturele beleefdheidsvormen, zoals het niet aankijken en tegenspreken van de hulpverlener, kunnen ertoe leiden dat hulpverlener het idee heeft dat er sprake is van wederzijds begrip, terwijl dat in feite helemaal niet het geval is:

'De relatie met allochtone cliënten blijft vaak een beetje op het niveau van een beleefdheidsrelatie. Veel allochtone cliënten durven niet aan te geven dat ze iets niet snappen, dat iets te snel gaat.' (Psycholoog)

'Een Jordaanse patiënte kwam binnen met een paniekstoornis. Samen hadden we een behandelplan opgesteld en ze snapte alles goed, want haar Nederlands was goed genoeg. Hoewel ze aangaf te gaan oefenen, bleek later dat ze het eigenlijk veel te eng vond om zelf aan de slag te gaan. Het gevolg was dat ze niet meer kwam opdagen bij afspraken.' (Psycholoog)

Spiritualiteit

Tot slot speelt ook spiritualiteit een rol bij de drop-out onder allochtone GGZ-clieënten. Binnen niet-westerse culturen spelen spirituele opvattingen en verklaringen voor ziekten een belangrijke rol. Twee respondenten geven aan dat religieuze opvattingen er toe hebben geleid dat allochtone GGZ-clieënten voortijdig de behandeling beëindigden, omdat ze toch liever geholpen wilden worden door een gebedsgenezer.

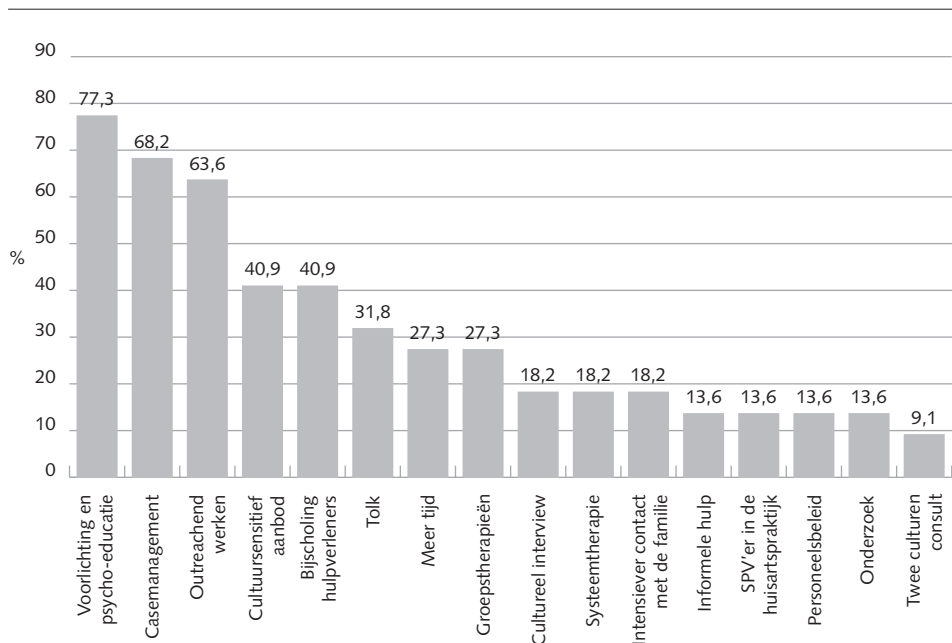
'Ik had een Turkse cliënte die bij me kwam met de klacht 'het zien van geesten'. Zo'n klacht is heel erg cultuurbepaald. Daar kan ik eigenlijk heel weinig mee. Gelukkig kon de tolk me daar toen meer uitleg over geven. Hij vertelde me hoe daar in die cultuur normaal gesproken mee omgegaan wordt, dat geesten eigenlijk bezworen moeten worden door een imam. Dus toen hebben we de hulp van een imam ingeroepen, en kon ik haar dus toch iets bieden.' (Psycholoog)

'We hebben wel eens discussies of iemand nou psychotisch is, of bezeten van een djinn. Je kan er op beide manieren naar kijken en ik heb wel geleerd daar een diagnostisch onderscheid in te maken. Als je het idee hebt dat iemand toch bezeten is door een djinn, dan kan zo iemand beter naar I-Psy. Daar hebben ze andere, culturele rituelen om zo iemand te helpen. Die expertise hebben wij niet in huis.' (SPV)

4.9 Aanbevelingen van hulpverleners

In dit onderzoek werden 22 psychiaters, psychologen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen gevraagd om aanbevelingen te formuleren voor het terugdringen van drop-out onder allochtone GGZ-cliënten. Tabel 4.2 vat deze aanbevelingen samen. De psychiaters, psychologen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen verschilden niet in het belang dat zij toekenden aan deze aanbevelingen. De belangrijkste aanbevelingen worden in het onderstaande nader uitgewerkt.

Grafiek 4.2 Aanbevelingen ter vermindering van drop-out onder allochtone GGZ-cliënten volgens respondenten, in procenten (n=22)



* In Grafiek 4.2 zijn geen aanbevelingen opgenomen die slechts één keer genoemd werden.

4.9.1 Meer voorlichting en psycho-educatie over de GGZ

De eerste stap bij hulpverlening bestaat vaak uit het bieden van voorlichtingsmateriaal over de GGZ. Uit de literatuurstudie en de interviews met de hulpverleners blijkt dat het allochtone cliënten vaak niet duidelijk is wat de GGZ te bieden heeft, wat een GGZ-behandeling inhoudt of hoe lang een GGZ-behandeling duurt. Daarnaast blijkt dat allochtone GGZ-cliënten een andere referentiekader hebben en in beperkte mate op de hoogte zijn van de gehanteerde psychische terminologie en de symptomen binnen de GGZ. De respondenten pleiten ervoor dat cliënten voorafgaand aan de behandeling duidelijke informatie krijgen over wat de GGZ te bieden heeft, de inhoud en het doel van de behandeling, de werkwijze en de duur van de behandeling.

4.9.2 Toepassen casemanagement

Uit de interviews komt naar voren dat bij veel allochtone cliënten sprake is van multi-problematiek, zoals financiële problemen, problemen met verblijfsvergunningen en levensomstandigheden. Om drop-out onder allochtone GGZ-cliënten terug te dringen, wijzen respondenten in dit onderzoek op het belang van een integraal multidisciplinair zorgaanbod. Binnen dit zorgaanbod dient een zorgplan 'op maat' te worden ontwikkeld dat tegemoet komt aan de veelheid van problemen van de cliënt. Hiervoor dient intensief samengewerkt te worden met andere zorgaanbieders. Aanbevolen wordt om casemanagers^v aan te stellen als contactpersoon, belangen behartiger van de allochtone GGZ-cliënt en regelaar voor de diverse soorten hulp, zorg en ondersteuning die mensen nodig hebben. Casemanagement is een benadering die op dit moment al in sommige regio's wordt toegepast bij mensen met chronische aandoeningen zoals diabetes en dementie. Een aantal respondenten geeft aan al volgens deze benadering te werken met allochtone cliënten. Deze benadering zou volgens één respondent een positief effect hebben op de behandeling: *'Voorheen was duidelijk dat je voor je psychosociale problemen bij een andere instantie moest zijn, maar tegenwoordig schrik ik er niet voor terug om beide problemen aan te pakken. Bijvoorbeeld door iemand binnen de afdeling door te verwijzen naar de maatschappelijk-juridische dienst of door schuld-hulpverlening in te zetten.'*

Binnen ACT (*Assertive Community Treatment*) en IMR (*Illness Management and Recovery*)-teams wordt veelal gewerkt volgens casemanagement principes. Binnen ACT- en IMR-teams zijn multidisciplinaire behandelteams werkzaam. Deze teams bestaan uit een psychiater, een somatische arts, een psycholoog, een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en een maatschappelijk werker. De behandeling is zowel gericht op de psychische klachten, als op het versterken van de maatschappelijke positie en de cliënt krijgt hierbij vanuit verschillende disciplines hulp aangeboden. Uit interviews met hulpverleners die werkzaam zijn in een ACT- of IMR-team, blijkt dat binnen deze zorgvormen drop-out maar zelden voorkomt. Het strekt volgens een ondervraagde psychiater daarom tot aanbeveling deze benadering te integreren in het huidige zorgaanbod. Gewezen wordt op het gunstige effect dat deze aanpak heeft op drop-out: *'De doelgroep van een IMR-team is erg afhankelijk van zorg en wordt actief benaderd door de hulpverlening. Op het moment dat een cliënt dreigt uit te vallen, wordt door de hulpverlening heel outreachend gewerkt om de cliënt er toch bij te houden. Drop-out wordt dus eigenlijk niet geaccepteerd.'*

4.9.3 Meer outreachend werken

Zoals uit bovenstaande citaten blijkt worden ACT- en IMR-teams, naast interdisciplinairiteit, gekenmerkt door een sterk outreachend karakter. Bijna tweederde van de respondenten is van mening dat een actieve benadering van allochtone cliënten drop-out zou kunnen terugdringen: *'Wij sturen 14-dagen briefjes met de boodschap: we hebben u*

v Onder casemanagement wordt verstaan het 'samenbrengen, regelen of coördineren van diensten om aan de behoefte van cliënten tegemoet te komen. Dit bestaat per definitie uit het vaststellen van zorgbehoeften, het afstemmen van de hulpverlening en follow up'.⁵²

al enige tijd niet gezien, als u binnen 14 dagen niet reageert nemen wij aan dat het zo goed met u gaat dat we uw dossier kunnen afsluiten' en 'Het is soms heel belangrijk om bij cliënten en hun families op huisbezoek te gaan, je te laten verwennen met muntthee, en te zorgen dat je goed vertaald wordt. Het is heel belangrijk dat je op die manier echt contact maakt, de tijd neemt voor een familie, vraagt hoe zij er in staan en bij mensen thuis voorlichting geeft. Dat wordt in de zorg aan schizofrene cliënten echt onvoldoende gedaan.'

4.9.4 Cultuursensitief aanbod ontwikkelen

Verwachtingspatronen, ziektebeleving, klachtpresentatie, opvattingen over behandelingen en de zorgvragen van allochtone cliënten worden beïnvloed door de culturele achtergrond. Met het oog op efficiëntie en effectiviteit is er momenteel binnen de GGZ een sterke tendens richting protocollair handelen waar te nemen.⁵³ Hulpverleners worden geconfronteerd met tijdsdruk en productiedwang. Echter, de behandeling van allochtone cliënten zou volgens de respondenten juist meer tijd kosten om inzicht te krijgen in de klachten en de belevingswereld van de cliënt. In toenemende mate groeit het besef dat de multidisciplinaire richtlijnen en gestandaardiseerde protocollen niet de juiste methoden zijn om allochtone GGZ-clieñten te behandelen. In plaats daarvan zouden cultuursensitieve methoden overwogen moeten worden. Uit de interviews blijkt dat bijna tweederde van de respondenten van mening is dat het behandelaanbod in de GGZ op dit moment onvoldoende is afgestemd op de culturele en etnische achtergrond van allochtone GGZ-clieñten. Het aanbod is gebaseerd op westerse normen en waarden - zoals autonomie van de cliënt, zelfontplooiing en zelfredzaamheid. Bijna de helft van respondenten wijst op de noodzaak om het zorgaanbod cultuursensitiever te maken. Het merendeel stelt dat binnen interculturele behandelingen er meer aandacht moet zijn voor het systeem/ de familie. In dit kader merkt één hulpverlener op om bij allochtone cliënten gebruik te maken van systeemtherapie en het opstellen van sociogrammen: *'Bij mijn allochtone cliënten maak ik nauwelijks gebruik van bijvoorbeeld elementen uit de cognitieve gedragstherapie, maar ben ik meer geneigd te werken met een sociogram. Als ik dat groot uitteken, dan zie ik veel cliënten echt opleven. En dan vraag ik 'vertel eens over je opa en oma, wat zijn de boodschappen die je hebt meegekregen?', om erachter te komen hoe ze zijn gevormd. In feite bespreek je hetzelfde, maar zodoende sluit je veel beter aan op hun collectivistische gedachtegoed. Bij Nederlandse cliënten gebruik ik dat sociogram veel minder, dan gebruik ik de g-schema's [gevoel, gebeurtenis, gedachten en gedrag] omdat dat bij hen weer veel beter aansluit.'*

Naast culturele verschillen, dient volgens het merendeel van de respondenten ook rekening te worden gehouden met verschillen in sociaal-economische situatie en multi-problematiek. Eén psychiater stelt in dit kader voor om een multifactorensysteem te ontwikkelen: *'Je zou cliënten moeten indelen op basis van hun situatie. Bijvoorbeeld: de aanwezigheid van een taalbarrière is klasse 1; een taalbarrière en een opleidingsachterstand is klasse 2; een taalbarrière, een opleidingsachterstand en financiële problemen is klasse 3; een taalbarrière, een opleidingsachterstand, financiële problemen en een*

sociaal isolement is klasse 4; Naarmate een cliënt in een hogere klasse wordt ingedeeld, weet je dat de zwaarteweging van een cliënt dermate hoog is, dat er eerst geïnvesteerd moet worden in een stabilisatiefase. Op het moment dat je misschien een keer over kan gaan tot een CGT [cognitieve gedragstherapie], ben je alweer een jaar verder.'

4.9.5 Intensiever bijscholen van hulpverleners

Het omgaan met zorgvragers met verschillende culturele achtergronden, vraagt van hulpverleners het vermogen om cultuursensitief te zijn, culturele verschillen te overbruggen en zorg op maat te bieden. Om drop-out van allochtone cliënten terug te dringen, geeft bijna de helft van de respondenten aan dat het vergroten van culturele competenties door bijscholing noodzakelijk is. Enerzijds is er behoefte aan meer kennis over cultuurspecifieke elementen, anderzijds is er behoefte aan vaardigheden voor het werken met cultureel verschillende groepen. Verschillende hulpverleners wijzen erop dat alleen bijscholing onvoldoende is. Een voorwaarde voor het verlenen van interculturele zorg op maat is volgens hen ook nieuwsgierigheid naar de achtergronden van allochtone cliënten en hun kijk op gezondheid en ziekte: *"Als je iets meer weet van het land van herkomst van een cliënt, je weet bijvoorbeeld waar Pakistan ligt en je weet dat er verschillende dialecten worden gesproken, dan denkt de cliënt: 'goh je bent echt in mij geïnteresseerd'" en "Als je een gesprek hebt met een Afghaanse cliënt en je weet nog niet eens waar Afghanistan ligt en dat de taal Afghaanisch niet bestaat, dan gaat dat contact met die cliënt natuurlijk niet werken"*. Een aantal hulpverleners wijst er wel op dat bij het proces van kennisverwerving gewaakt moet worden voor stereotypering. Individuele cliënten voldoen lang niet altijd aan het stereotype beeld dat van een bepaalde cultuur bestaat. Een psycholoog merkte in dit verband op: *'Het risico is dat als je een allochtone cliënt hebt met somatische klachten, dat je dan meteen denkt 'o ja, dat heb ik gelezen, allochtone cliënten psychosomatiseren'. Dan neem je de klachten dus eigenlijk niet echt serieus.'*

4.9.6 Frequenter gebruik maken van een tolk

Uit de interviews met de hulpverleners blijkt dat het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal een belangrijke factor kan zijn bij het voortijdig afbreken van een behandeling. Bij het behandelen van allochtone GGZ-clieënten komen taalproblemen vaak voor. Toch blijkt dat de inzet van een tolk nog geen gemeengoed is in de GGZ. Ruim eenderde van de respondenten raadt aan om vaker gebruik te maken van een tolk.

4.9.7 Aanbod ontwikkelen voor specifieke groepen allochtonen

Naast de aanpassing van het aanbod en methodieken, wordt door ruim een kwart van de respondenten aanbevolen meer activiteiten en behandelingen te ontwikkelen gericht op specifieke groepen allochtonen. De nadruk zou dan met name moeten liggen op wederzijdse herkenning, erkenning en ondersteuning. Uit de interviews blijkt dat binnen verschillende instellingen al dergelijke groepstherapieën zijn ontwikkeld. Psycho-educatie vormt hierbij een vast onderdeel van het programma. Het doel is het geven van kennis en inzicht in de eigen psychische klachten en het aanreiken van handvatten

en vaardigheden om hier zelf (beter) mee om te kunnen gaan en het creëren van onderlinge ondersteuning.¹⁰ De respondenten noemen de volgende voorbeelden:

- *Lichte dagen, donkere dagen*: een vaardigheidstraining voor Turken en Marokkanen met depressieve klachten.
- *Liever bewegen dan moe*: een training voor vrouwen van alle nationaliteiten met licht depressieve klachten.
- *Turkse vrouwengroep*
- *Marokkaanse mannengroep*

4.9.8 Meer tijd uittrekken

Uit de interviews blijkt verder dat hulpverleners in toenemende mate geconfronteerd worden met productieafspraken en tijdsdruk. Ruim een kwart van de respondenten geeft aan dat voor de behandeling van allochtone GGZ-cliënten echter meer tijd nodig is dan beschikbaar is: *'Als er sprake is van een multifactoriële achterstand, door bijvoorbeeld een taalachterstand, een laag opleidingsniveau, een sociaal isolement en een slechte financiële situatie, dan moet je ervan uitgaan dat een behandeling veel langer duurt dan de 12 of 16 keer die ervoor staan. Deze cliënten zijn veel zorgintensiever, bijvoorbeeld al omdat je een stabilisatieperiode nodig hebt, voordat je echt aan verbetering kan gaan werken. Door de huidige situatie met de DBC en de rol van verzekeraars, is die ruimte er niet. Dat gaat ten koste van de behandeling van allochtone cliënten, waardoor drop-out kan optreden.'*

4.9.9 Meer SPV'ers in de huisartspraktijk

Om de huisarts te ondersteunen bij het diagnosticeren, voorlichten en doorverwijzen naar de GGZ, raadt een aantal hulpverleners aan om sociaal psychiatrische hulpverleners vanuit de GGZ te detacheren in een huisartspraktijk. Een aantal respondenten is van mening dat dat ertoe zou kunnen bijdragen dat minder allochtone cliënten voortijdig hun behandeling in de GGZ afbreken. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige zou dan samen met de cliënt de hulpvraag kunnen specificeren, de huisarts kunnen adviseren rond verwijzing, de cliënt motiveren rond verwijzing, en voorlichten over de GGZ en geestelijke gezondheid (psycho-educatie). Momenteel wordt deze aanpak volgens hulpverleners al met succes in verschillende steden toegepast (onder andere in Den Haag en Amsterdam).

5 Beschouwing en aanbevelingen

5.1 Beschouwing

De veranderende Nederlandse samenleving en de geschetste geestelijke (on)gezondheid van allochtonen wijzen op het belang van een toegankelijke, cultuurspecifieke GGZ die afgestemd is op de behoeften van allochtone cliënten. Vanaf de jaren negentig groeide het besef dat er een omschakeling in het denken zou moeten plaatsvinden: inpassing van de migrant in het hulpaanbod van de bestaande Nederlandse gezondheidszorg moet veranderen in aanpassing van de zorg aan de hulpvraag van allochtonen. De term *interculturalisatie* raakt in zwang.⁵⁴ Interculturalisatie wordt door de Raad voor de Gezondheidszorg omschreven als: *'een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg met het doel allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen'*.⁹ Interculturalisatie van de GGZ moet leiden tot een meer adequate aansluiting tussen de allochtone zorgvraag en het zorgaanbod en is een middel om de kwaliteit van de zorg aan allochtonen te verbeteren. In een interculturele gezondheidszorg is *'voor elke patiënt, ongeacht zijn etnische achtergrond, een kwalitatief geschikt en kwantitatief voldoende groot hulpaanbod gerealiseerd en zijn de verschillende etnische groeperingen in alle lagen van de uitvoerende en leidinggevende medewerkers vertegenwoordigd'*.⁵⁴ De noodzaak tot interculturalisatie van de GGZ wordt onderstreept door wetenschappelijk onderzoek. In een studie van het Trimbos-instituut, die in 2000 in het kader van het RVZ-advies^w werd uitgevoerd, werd geconstateerd dat het zorgaanbod onvoldoende afgestemd is op zorgvragers met verschillende etnisch-culturele achtergronden en dat hulpverleners onvoldoende beschikten over het vermogen cultuursensitief te werken.³ Dit zou blijken uit het geringe aantal contacten en de relatief hoge drop-outcijfers van allochtone cliënten.³

In de afgelopen jaren is veel aandacht besteed aan interculturalisatie van de geestelijke gezondheidszorg. In 2001 startte GGZ Nederland met een drie jaar durend 'Actieplan Interculturalisatie GGZ'. Het doel van het actieplan was de interculturalisatie van de GGZ op een hoger plan brengen, door interculturalisatie in de beleidscyclus te verankeren. In drie jaar tijd zijn meer dan dertig projecten uitgevoerd op een groot aantal terreinen waaronder: onderzoek, zorginnovatie, kennisontwikkeling, deskundigheidsbevordering, intercultureel personeelsbeleid en intercultureel management. In opdracht van GGZ Nederland heeft IVA, onderzoeksorgaan voor beleidsonderzoek en advies van de Universiteit van Tilburg, een terug- en vooruitblikstudie uitgevoerd op het Actieplan Interculturalisatie. Doel was het verkrijgen van inzicht in de opbrengsten van het Actieplan en vooruit te kijken naar de toekomst. De belangrijkste conclusie was dat er

w Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, adviesrapport 'Interculturalisatie van de gezondheidszorg'

veel werk verzet is in het kader van de interculturalisatie van de GGZ. Volgens het IVA is het feit dat GGZ Nederland interculturalisatie als beleidsprioriteit formuleerde, een belangrijke stimulans geweest voor de interculturalisatie van de GGZ.⁵⁵ Hoewel het Actieplan veel inzichten en leerervaringen opleverde, concludeerde het IVA in 2004 dat interculturalisatie in veel GGZ-instellingen nog altijd geen onderdeel uitmaakt van de beleidscyclus.⁵⁵ Het IVA benadrukte dat er nog veel werk verzet zou moeten worden en dat blijvende aandacht voor interculturalisatie vereist is. Extra aandacht zou nog moeten worden besteed aan zorginhoud, de betrokkenheid van cliënten, de rol van het management en kennisuitwisseling:

- *Zorginhoud.* De reguliere werkwijzen in de GGZ, waaronder informatieverstrekking, benadering, diagnostiek en behandelmethoden, zijn niet altijd toereikend voor allochtone cliënten. Het IVA stelt daarom dat bekende werkwijzen ter discussie moeten worden gesteld en dat nieuwe methodieken en werkwijzen ontwikkeld moeten worden. Echter, volgens het IVA ontbeert de praktijk nu nog vaak de juiste deskundigheid om innovatieve oplossingen voor dit probleem te implementeren.⁵⁵
- *Betrokkenheid van cliënten.* Het IVA adviseert een actievere samenwerking tussen de GGZ en migrantenorganisaties. Dergelijke samenwerkingsverbanden zouden de dialoog tussen de GGZ en allochtone zorgvragers op gang zou kunnen brengen, de betrokkenheid van allochtone cliënten bij de GGZ kunnen vergroten en de ontwikkeling van nieuwe zorgprogramma's voor de doelgroep kunnen stimuleren.⁵⁵
- *De rol van het management.* Het IVA stelt dat het management van GGZ-instellingen niet altijd een hoge prioriteit toekent aan interculturalisatie. Het formuleren van een visie op interculturalisatie en dit als prioriteit benoemen zou volgens het IVA echter de eerste stap moeten zijn binnen het interculturalisatieproces. Daarnaast zou interculturalisatie ingebed moeten worden in het instellingsbeleid. Volgens het IVA is ook dit in veel GGZ-instellingen nog niet gerealiseerd.⁵⁵
- *Kennisuitwisseling.* Tijdens het Actieplan Interculturalisatie werd veel kennis en ervaring opgedaan met interculturalisatie in de geestelijke gezondheidszorg. Hoewel het van groot belang is dat er kennisuitwisseling plaatsvindt, is er volgens het IVA juist gebrek aan overkoepelende informatie. Het IVA stelt dat het management van GGZ-instellingen een belangrijke verantwoordelijkheid heeft bij het stimuleren van kennisuitwisseling, zowel intern in de instelling als extern tussen instellingen binnen en buiten de GGZ.⁵⁵

Hoewel het IVA in haar terug- en vooruitblikstudie in 2004 op het Actieplan Interculturalisatie concludeert dat er nog veel werk verzet moet worden in het kader van de interculturalisatie van de GGZ, blijkt uit dezelfde studie dat het proces van interculturalisatie wel duidelijk in gang is gezet. In het kader van het Actieplan Interculturalisatie GGZ inventariseerde Mikado (2004), het kenniscentrum^x interculturele geestelijke gezond-

x Een kenniscentrum is een samenwerkingsverband voor een middellange periode van één of meer GGZ-instellingen (en eventueel andere praktijkorganisaties, bijvoorbeeld in de eerstelijns) met één of meer, al dan niet academische, onderzoeksinstituten rond een specifieke doelgroep of specifiek thema in de GGZ (Vink M, Van 't Land H. (2008) Trendrapportages GGZ 2008. Deel 3 Kwaliteit en Effectiviteit. Utrecht: Trimbos-instituut).

heidszorg, de maatregelen en initiatieven die bij verschillende instellingen ontwikkeld werden om een toegankelijke en laagdrempelige GGZ te realiseren voor etnisch en cultureel diverse cliënten.¹⁰ Uit de inventarisatie (2004) bleek een grote verscheidenheid aan maatregelen en initiatieven die zich richten op het bevorderen van de instroom van allochtone cliënten, het optimaliseren van het zorgaanbod en het voorkomen van voortijdige uitstroom van allochtone cliënten. De maatregelen werden onderverdeeld in directe, en indirecte maatregelen. De directe maatregelen zijn in de inventarisatie als volgt gegroepeerd:

1. Voorlichting en psycho-educatie

Aan de hand van voorlichting en psycho-educatie wordt gestreefd allochtonen op een laagdrempelige manier te bereiken en voor te lichten over de GGZ, de verslavingszorg, psychische klachten, verslavingsproblematiek, et cetera. Voorlichting en psycho-educatie richten zich op cliënten en mantelzorgers, maar ook op mensen die (nog) geen klachten hebben of (h)erkennen, of die de klachten wel (h)erkennen maar nog geen aansluiting hebben gevonden met de zorg. Het doel is dus enerzijds het bevorderen van de instroom van allochtone cliënten, door hen inzicht te geven in klachten en manier waarop ze met hun klachten om kunnen gaan (bijvoorbeeld via voorlichtingsbijeenkomsten in allochtone gemeenschappen/ scholen/ moskeeën/ buurthuizen/ asielzoekerscentra, via websites en het verstrekken van folders in de eigen taal). Anderzijds richten voorlichting en psycho-educatie zich op het tegengaan van voortijdige uitstroom, door allochtone cliënten inzicht te bieden in het zorgaanbod van instellingen (bijvoorbeeld via voorlichting na aanmelding en het vertonen van voorlichtingsfilms in de eigen taal).¹⁰

2. Spreekuren buiten de instelling

Medewerkers van GGZ-instellingen houden op diverse plaatsen buiten de instelling spreekuren om allochtonen op een laagdrempelige manier te bereiken en de instroom van allochtonen in de GGZ te bevorderen. Voorbeelden zijn: spreekuren van sociaal-psychiatrische verpleegkundigen (SPV'ers) in de huisartspraktijk, in buurthuizen, bij belangenorganisaties, blijf-van-m'n-lijf-huizen, in gezondheidscentra, sociaaljuridische adviespunten en in het asielzoekerscentrum.¹⁰

3. Inzet van intermediairs

Om een brug te vormen tussen de allochtone cliëntpopulatie en de GGZ, worden intermediairs ingezet. Intermediairs begeleiden allochtonen bij hun contacten met de GGZ, geven voorlichting (in de eigen taal) naar aanleiding van diagnose en behandelplan, bieden ondersteuning bij de communicatie tussen de cliënt en de hulpverlener en bevorderen therapietrouw. Daarnaast bieden intermediairs ondersteuning aan hulpverleners, door het verschaffen van culturele achtergrondinformatie. Intermediairs kunnen in dienst zijn van een instelling of op vrijwillige basis werken. Ook sleutelpersonen in het veld, bijvoorbeeld vanuit zelforganisatie en moskeeën kunnen optreden als intermediair. Voorbeelden van intermediairs zijn: allochtone zorgconsulenten, brugfunctionarissen en bezoekvrouwen.¹⁰

4. Aanpassingen in aanmelding en intake

Aanmelding- en intakeprocedures zijn op verschillende manieren aangepast om deze beter te laten aansluiten bij de behoeften en wensen van allochtone GGZ-cliënten. De aanpassingen rond de aanmelding zijn gericht op het bevorderen van de instroom; aanpassingen in de intake beogen voortijdige uitstroom te voorkomen. Voorbeelden zijn: de samenstelling van een transcultureel team, de mogelijkheid tot directe aanmelding bij een GGZ-instelling, een langere intakeprocedure, het cultureel interview, een aangepast intakeprotocol, de inzet van speciale aandachtfunctionarissen, voorzorgsgroepen, aandacht voor no-show, et cetera.¹⁰

5. Aangepast preventief aanbod

Aangepast preventief aanbod wordt op diverse wijzen aangeboden: via preventieprojecten in de wijk, speciaal voor allochtonen ontwikkeld groepsaanbod en voor de doelgroepen aangepast bestaand aanbod. Enkele voorbeelden van aangepaste preventieve zorg:

- Wijkgericht werken: de aanstelling van een wijkcoördinator.
- Vaardigheidstraining 'Lichte dagen, donkere dagen' voor Turkse en Marokkaanse migranten met lichte tot matig ernstige depressieklachten.
- Preventieve cursus 'Meer kleur in je leven', gericht op stressreductie en terugkeer naar de werksituatie.
- Training 'Liever bewegen dan moe' voor vrouwen met lichte depressieve klachten. Er wordt voorlichting gegeven over bewegen, gezonde voeding, stress en depressiviteit.
- Lotgenotengroepen voor oudere Marokkaanse mannen.¹⁰

6. Aangepast curatief aanbod

Ook binnen de curatieve zorg is een grote verscheidenheid van aangepast aanbod, gericht op vele doelgroepen, individueel en in groepsverband, al dan niet in deeltijdbehandeling, veelal seksespecifiek en ingedeeld naar culturele achtergrond en/of taalgebied. Enkele voorbeelden van aangepast curatief aanbod:

- Cursus 'Lichte dagen, donkere dagen', een module voor Marokkaanse mannen met depressieve klachten.
- Creatieve therapie, ter ondersteuning van het behandelaanbod en ter afwisseling op verbale therapievormen.
- Deeltijdbehandelingen voor multi-etnische groepen, gericht op klachtreductie, preventie van verergering van de klachten, groepssteun en praktische zaken (zoals huisvesting en dagbesteding).¹⁰

7. Gebruik van tolken

Instellingen kunnen gebruikmaken van tolken en tolkentelefoons, wanneer er sprake is van taalverschil tussen de hulpverlener en de allochtone cliënt.¹⁰

8. Aanpassingen aan de accommodatie

Binnen instellingen vinden verschillende aanpassingen aan de accommodatie plaats. Zo wordt er bijvoorbeeld in de catering rekening gehouden met diverse voedingspatronen en wordt gebruik gemaakt van vertaalde bewegwijzering. De aanpassingen kunnen herkenning oproepen, wat de instroom kan bevorderen en tevens voortijdige uitstroom kan voorkomen.¹⁰

Naast de directe maatregelen, worden door Mikado ook indirecte maatregelen onderscheiden die de instroom van allochtonen bevorderen, het zorgaanbod optimaliseren en voortijdige uitstroom van allochtone cliënten voorkomen. Voorbeelden van deze indirecte maatregelen zijn:

- Het aanstellen van een intercultureel manager
- Samenstelling van een transcultureel team voor asielzoekers en vluchtelingen
- Deskundigheidsbevordering van de hulpverlening
- Intercultureel consultatieteam voor advisering en ondersteuning aan hulpverleners
- Intercultureel personeelsbeleid
- Onderzoek rond interculturele thema's, bijvoorbeeld cliënttevredenheidsonderzoek onder allochtone cliënten.¹⁰

Naast het Actieplan Interculturalisatie vinden tot 2004 nog verschillende andere initiatieven plaats ter bevordering van de interculturalisatie: de oprichting van Mikado, het landelijke kenniscentrum interculturele GGZ (2001), het 'Project intercultureel personeelsbeleid' (2002-2004) en het ontstaan van nieuwe categorale voorzieningen binnen GGZ-instellingen (BW Oase/ El Waha in 2001, Equator en De Evenaar in 2003).⁵⁷

Uit onderzoek blijkt dat de investeringen van beleidsmakers en hulpverleners geresulteerd hebben in een verbeterde toegankelijkheid van de GGZ voor veel, zij het niet alle, groepen allochtonen.^{1,25;56} Rob van Dijk beschrijft in het Jubileumboek van Mikado (2009) dat de investeringen daarnaast hebben geleid tot een toename van allochtone hulpverleners in de GGZ, meer aandacht voor interculturele aspecten van de hulpverlening in medische curricula en opleidingen voor GZ-psychologen en een toename van informatie over interculturele zorg.⁵⁷ In 2004 legde de overheid het initiatief voor interculturalisatie bij de marktpartijen neer.^{57;58} Dit leidde vooral tot de komst van nog meer categorale voorzieningen, zoals NOAGG in 2005, Illuminatus in 2006 en I-psy in 2007.^{57;58}

Ondanks dat de verschillende initiatieven belangrijke stimulantia waren voor de interculturalisatie van de GGZ, blijkt uit verschillende bronnen dat interculturalisatie zijn doel nog niet heeft bereikt.^{55;57;58} Zo zouden onder andere de reguliere werkwijzen van de GGZ, waaronder informatieverstrekking, benadering, diagnostiek en behandelmethoden, nog niet toereikend zijn voor allochtone cliënten.⁵⁵ Onvoldoende afstemming van de zorg op de allochtone cliëntenpopulatie zou de kans op voortijdige beëindiging van de behandeling doen toenemen.

5.2 Aanbevelingen

Beperkingen van dit onderzoek

Betrouwbare landelijke gegevens, gebaseerd op registratiebestanden of bevolkingsonderzoek, over de omvang van drop-out onder allochtone GGZ-cliënten ontbreken. In dit rapport kan derhalve geen landelijk beeld geschetst worden van de omvang van drop-out onder allochtone GGZ-cliënten. Desalniettemin zijn er aanwijzingen dat het drop-out percentage onder deze groep hoger zou zijn dan onder autochtone GGZ-cliënten.³⁻⁷ Onderzoek naar achterliggende factoren die van invloed zijn op drop-out onder allochtone GGZ-cliënten is beperkt aanwezig. Beschikbaar onderzoek richt zich met name op hulpverleners. Het onderhavige onderzoek baseert zich ook op het perspectief van hulpverleners om zicht te krijgen op factoren die ten grondslag liggen aan drop-out onder allochtone GGZ-cliënten. Een cliëntperspectief ontbreekt wegens ethische/ juridische redenen; het bleek niet mogelijk patiënten rechtstreeks te interviewen. Ondanks de genoemde beperkingen biedt het onderhavige rapport bruikbare aanknopingspunten hoe drop-out onder allochtone GGZ-cliënten verminderd kan worden.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek (literatuursearch en de resultaten van de semi-gestructureerde interviews), worden de volgende aanbevelingen geformuleerd:

→ *Meer beleidsonderzoek en dataverzameling c.q. registraties zijn nodig*

- 1 Er zijn nauwelijks landelijke cijfers over de omvang van de drop-outproblematiek onder allochtone GGZ-cliënten. Verbeterde registratie van de culturele herkomst van cliënten in registratiebestanden van instellingen is gewenst.
- 2 Onderzoek ontbreekt naar het cliëntperspectief op drop-out onder allochtone GGZ-cliënten.
- 3 Steeds meer GGZ-instellingen richten zich specifiek op hulpverlening aan allochtone cliënten (zoals bijvoorbeeld Noag, Illuminatus). Onduidelijk is of deze (categorale) aanpak effectief is. Aanbevolen wordt om te onderzoeken of het drop-out percentage onder allochtone cliënten bij deze nieuwe (categorale) instellingen lager is vergeleken met reguliere GGZ-instellingen.
- 4 Er is onvoldoende kennis over effectieve behandelmethoden voor allochtone cliënten met psychische problemen. Nader onderzoek is gewenst naar de ontwikkeling en evaluatie van nieuwe interventies gericht op betere zorg voor allochtonen (denk hierbij aan bijvoorbeeld 'de thuiscoach voor families van Marokkaanse cliënten met schizofrenie'). In het verleden zijn diverse Keuzehulpen ontwikkeld voor allochtone groepen, zoals bijvoorbeeld de Keuzehulpen Depressie voor Turkse en Marokkaanse cliënten (KiesBeter.nl). Effectiviteitsonderzoek wordt momenteel uitgevoerd om vast te stellen of het gebruik van Keuzehulpen de hulpverleningsrelatie verbetert en de drop out vermindert onder allochtone groepen.
- 5 Onderzoek is gewenst naar toepassingsmogelijkheden van casemanagement bij de behandeling van allochtonen met psychische problemen. In dit kader verdient

het aanbeveling om het gehele zorgtraject van allochtone GGZ-cliënten zowel kwalitatief als kwantitatief te monitoren.

- 6 Daarnaast is het wachten op het eerste landelijke bevolkingsonderzoek naar het voorkomen van psychische stoornissen onder allochtonen. Dit onderzoek zou zich onder andere moeten richten op de volgende vragen:
 - Hoe vaak komen psychische stoornissen voor onder allochtonen?
 - Hoe ziet het verband tussen culturele identiteit, acculturatie en psychische stoornissen eruit?
 - Wat zijn risicofactoren voor het ontwikkelen van psychische stoornissen onder allochtonen (niveau van acculturatie, Nederlandse taalbeheersing, verblijfsduur)?
 - Wat zijn de zorgbehoeften van allochtonen?
 - Hoe ziet het zorggebruik van allochtonen eruit?
7. Huisartsen en GGZ-instellingen wordt aangeraden om (allochtone) cliënten voorafgaand aan een behandeling in de GGZ duidelijke informatie te verschaffen over wat de GGZ te bieden heeft, de werkwijze en de inhoud, het doel en de duur van de behandeling. Voorlichting en psycho-educatie zou zowel plaats moeten vinden in de huisartspraktijk, als tijdens de instroom naar de GGZ.
- 8 Uit de literatuur en de interviews blijkt dat de problematiek van allochtone cliënten zich vaak op meerdere niveaus afspeelt. Allochtone cliënten zouden naast psychologische hulp, ook behoefte hebben aan praktische hulp bij sociaal-maatschappelijke problemen. Om drop-out van allochtone cliënten terug te dringen verdient het aanbeveling dat GGZ-instellingen een integraal multidisciplinair zorgaanbod aanbieden, dat aansluit bij de multiproblematiek van allochtone cliënten. Binnen dit zorgaanbod staat zorg 'op maat' centraal, dat tegemoet komt aan de veelheid van problemen van de cliënt.
- 9 Om drop-out van allochtone cliënten terug te dringen, verdient het aanbeveling dat GGZ-instellingen allochtone cliënten actief benaderen en hen actief bij de behandeling betrekken (outreaching).
- 10 Uit de literatuur en de interviews blijkt het belang van het ontwikkelen van cultuursensitieve methoden, waarin rekening wordt gehouden met verschillende culturele waarden, van belang is om drop-out onder allochtone cliënten terug te dringen. Beleidsmakers wordt aangeraden om te investeren in het ontwikkelen van cultuursensitieve methoden
- 11 Om drop-out van allochtone cliënten terug te dringen wordt aanbevolen om de culturele competenties van hulpverleners te vergroten. Uit de literatuursearch blijkt dat een empathische hulpverlener (een hulpverlener die kennis heeft over en openstaat voor andere culturen) voor bijna alle etnische groepen van belang is. Uit de interviews blijkt echter dat veel hulpverleners van mening zijn nog over onvoldoende culturele competenties beschikken, om allochtone cliënten een gepaste behandeling te bieden. GGZ-instellingen wordt aangeraden om te investeren in trainingen voor hulpverleners om hun culturele competenties te vergroten.

- 12 Uit de literatuursearch en de interviews blijkt dat taalproblemen een belangrijk knelpunt vormt in de behandeling van allochtone cliënten. Om deze verschillen te overbruggen verdient het aanbeveling dat GGZ-instellingen frequenter gebruik maken van een tolk.
- 13 Uit de literatuur blijkt dat sommige allochtone GGZ-clieënten het belangrijk vinden dat hun hulpverlener dezelfde etnische achtergrond heeft. Etnische matching zou dan een middel kunnen zijn om drop-out van allochtone cliënten te verminderen. Hierbij wordt aangetekend dat deze behoefte niet bij alle groepen allochtonen even sterk is.
- 14 Om drop-out onder allochtone cliënten terug te dringen wordt aangeraden dat GGZ-instellingen activiteiten en behandelingen ontwikkelen die gericht zijn op specifieke groepen allochtonen. De nadruk zou vooral moeten liggen op wederzijdse herkenning, erkenning en ondersteuning
- 15 Uit de interviews blijkt dat voor de behandeling van allochtone cliënten meer tijd nodig is dan beschikbaar is. Beleidsmakers wordt aanbevolen om in registratiesystemen meer tijd beschikbaar te stellen voor behandelingen aan allochtone cliënten.
- 16 Uit de literatuur blijkt dat het contact tussen allochtone cliënten en de huisarts niet altijd probleemloos verloopt. Naast taalproblemen zouden ook culturele verschillen een rol spelen, waardoor sprake zou zijn van beperkte voorlichting en onvoldoende aansluiting op de wensen en verwachtingen van de allochtone cliënt. Om de huisarts te ondersteunen bij het diagnosticeren, voorlichten en doorverwijzen van (allochtone) cliënten naar de GGZ, wordt aanbevolen om meer sociaal psychiatrisch verpleegkundigen vanuit de GGZ in de huisartspraktijk te detacheren.

Referenties

1. Dieperink, C., Dijk, R.v., Vries, S.d. (2007). Allochtonen in de GGZ 1990-2004: groei en diversiteit. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 9(62): 710-720.
2. Smits, C., Van 't Land, H. (2008). Allochtonen: psychische aandoeningen, zorggebruik en toegang. In: H. Van 't Land, J. Grolleman, K. Mutsaers, C. Smits (red.). *Trendrapportage GGZ 2008 deel 2. Toegang en Zorggebruik. Basisanalyse.*, p. 83-113. Utrecht: Trimbos-instituut.
3. Struijs, A.J., Wennink, H.J. (2000). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
4. Boomstra, R., Osenbruggen, A.v. (2005). *Drop-out van allochtone jongeren op de afdeling Jeugd van Altrecht*. Utrecht: Trimbos-instituut.
5. May, R. (1997). *Allochtonen en Nederlanders bij de Haagse Riaggs 1989-1992. Een analyse van de registratiegegevens*. Den Haag: Riagg Noordhage.
6. Blom, M.B.J., Hoek, H.W., Spinhoven, Ph., Hoencamp, E., Haffmans, P.M.J., Van Dyck, R. (2008). *Response to pharmacotherapy, psychotherapy and their combination of ethnic minority patients with major depressive disorder*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
7. Boomstra, R. (2001). *Versiering of vernieuwing? Visies op de interculturalisatie van de hulpverlening van De Meren*. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders.
8. Hosper, K., Van 't Hof, S. Knipscheer, J., Vollebergh, W., Bijl, R. (1999). *Allochtone cliënten in de ambulante GGZ. Een inventarisatie van klachten, oorzaken, hulpvragen en hulpaanbod vanuit het perspectief van hulpverleners en cliënten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
9. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2000). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
10. Sbiti, A., Bos, L. (2004). *In- en uitstroom van etnisch en cultureel diverse cliënten. Inventarisatie van maatregelen binnen de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg*. Rotterdam: Mikado.
11. Boomstra, R., Wennink, H.J., Uiterloo, G. (2003). Is er sprake van interculturele verlegenheid in de GGZ en de verslavingszorg in Nederland? *Gedrag & Gezondheid*, 31(3): 200-218.
12. Rabbae, N., Smits, C. (2007). *Informatiebehoeften van Turkse en Marokkaanse Nederlanders rondom de behandeling van depressie: naar een internet keuzehulp*. Utrecht: Trimbos-instituut.
13. Dieperink, C., Dijk, R.v., Wierdsma, A. (2002). GGZ voor allochtonen. Ontwikkelingen in het zorggebruik in de regio Rotterdam, 1990-1998. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57(1): 87-97.
14. Rabbae, N., Smits, C. (2006). *De informatiebehoefte van Turkse en Marokkaanse GGZ-cliënten rondom (de behandeling van) depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

15. Pannekeet, C., Paalvast, M. (2004). *Handreiking Interculturele Zorgprogrammering*. Utrecht: GGZ Nederland.
16. Van Daal, H.J., Sönmez, N., Brugman, M. (2003). *Speuren naar interculturele kwaliteit voor de GGZ. Perspectieven voor betere kwaliteit van zorg voor vluchtelingen en migranten*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
17. Knipscheer, J.W., Kleber, R.J. (2004). *Een interculturele entree in Altrecht. Inhoud en resultaat van een interculturele werkwijze bij kortdurende behandeling*. Utrecht: Altrecht.
18. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, Vereniging Landelijk Platform GGZ, Nederlandse vereniging voor Psychiatrie, Nederlandse vereniging voor Psychotherapie, Nederlands Instituut van Psychologen, Verpleging en Verzorging Nederland, Federatie Verpleegkundigen in de ggz, GGZ Nederland, Ministerie van VWS (2006). *Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Basisset 2006*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
19. Veeninga, A.T., Hafkenscheid, A.J.P.M. (2004). Verwachtingen van patiënten bij aanvang van de psychotherapie: voorspellers van drop-out? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30(3): 187-195.
20. De Weert- van Oene, G.H. (2000). *Dropping out. Prevalence and determinants of noncompliance in inpatient substance dependence treatment*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
21. De Graaf, R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S., Schoemaker, C., Beekman, A., Vollebergh, W. (2005). Verschillen tussen etnische groepen in psychiatrische morbiditeit: resultaten van Nemesis. *MGv: Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60(7/8): 703-716.
22. Veling, W., Selten, J.P., Veen, N., Laan, W., Blom, J.D., Hoek, H.W. (2006). Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: A four-year first-contact study. *Schizophrenia Research*, 86(1-3): 189-193.
23. De Wit, M.A.S., Tuinebreijer, W.C., Beekman, A.T.F., Dekker, J., Gorissen, W.H.M., Penninx, B.W., Komproe, I.H., Messing, J., Verhoeff, A.P. (2006). *Stemmings- en angststoornissen in Amsterdam: verschillen in vóórkomen en zorggebruik naar etniciteit. Amsterdamse gezondheidsmonitor*. Amsterdam: GGZ Amsterdam.
24. De Wit, M.A.S., Tuinebreijer, W.C., Dekker, J., Beekman, A.T.F., Gorissen, W.H.M., Penninx, B.W., Komproe, I.H., Mesu, P.S., Verhoeff, A.P. (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups: A population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(11): 905-912.
25. Kunst, A.E., Meerding, W.J., Varenik, N., Polder, J.J., Mackenbach, J.P. (2007). *Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003: een verkenning van verschillen naar sociaal-economische positie, samenlevingsvorm en land van herkomst*. Rotterdam/ Bilthoven: Erasmus MC/ RIVM.
26. Fassaert, T., de Wit, M.A., Tuinebreijer, W.C., Verhoeff, A.P., Beekman, A.T., Dekker, J. (2009). Perceived need for mental health care among non-western labour migrants. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 44(3): 208-216.

27. Tehrani, E., Krussel, J., Borg, L., Munk-Jorgensen, P. (1996). Dropping out of psychiatric treatment: a prospective study of a first-admission cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(4): 266-271.
28. Tjaden, B.R., Brink, W.v.d., Vertommen, H. (2004). Verslavingszorg en drop-out; achtergronden en perspectieven. *TADP*, 24(3): 113-125.
29. Vollebergh, W.A.M., Graaf, R.d., Ten Have, M., Schoemaker, C.G., Van Dorsselaer, S., Spijker, J., Beekman, A.T.F. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland: overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut.
30. GGZ Nederland (2007). *Toenemende zorg, update. Sectorrapport GGZ 2004-2006*. Amersfoort: GGZ Nederland.
31. Directorate General Communication (2006). *Mental well-being*. Brussel: European Commission.
32. Knipscheer, J.W., Kleber, R.J. (2005). Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47(11): 753-759.
33. Weide, M.G., Foets, M. (1998). Migranten op het spreekuur van de huisarts. Inhoud en duur van het consult. *TSG/ Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 76(6): 305-310.
34. Knipscheer, J.W. (2000). *Cultural convergence and divergence in mental health care. Empirical studies on mental distress and help-seeking behaviour of Surinamese, Ghanaian, Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
35. Van Lindert, H., Friele, R., Sixma, H. (2000). *Wat vinden migranten belangrijk in de huisartsenzorg? De verlanglijst van migranten*. Utrecht: Nivel.
36. Lamberts, S.W.J. (2003). Interculturalisatie van het medisch onderwijs in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152(14): 789-792.
37. Sterman, D. (1996). *Een olijfboom op de ijsberg. Een trans-cultureel psychiatrische visie op en behandeling van de problemen van jonge Noord-Afrikanen en hun families*. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders.
38. Messing, J. (2003). *De andere stem. Interculturalisatie van de ggz vanuit het perspectief van migranten en vluchtelingen*. Utrecht: GGZ Nederland.
39. Vries, W.d., Smits, C. (2005). Op zoek naar rust in de ziel Rahat el baal. De beleving van problemen met de geestelijke gezondheid van Marokkaanse ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 36(5): 194-202.
40. Broers, E., Eland, A. (2000). *Verslaafd, allochtoon en drop-out. Vroegtijdig vertrek van allochtone verslaafden uit de intramurale verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
41. Kamperman, A.M. (2005). *Deconstructing ethnic differences in mental health of Surinamese, Moroccan and Turkish migrants in The Netherlands. Academisch proefschrift*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
42. Van 't Land, H. (2000). *Similar Questions: Different Meanings. Differences in the meaning of constructs for Dutch and Moroccan respondents; effects of the ethnicity of the interviewer and language of the interview among first and second Moroccan respondents. Academisch proefschrift*. Amsterdam: Vrije Universiteit.

43. De Vries, W., Smits, C. (2003). *Psychische stonissen bij Turkse en Marokkaanse ouderen: een handleiding voor de praktijk*. Utrecht: Trimbos-instituut.
44. Hofstede, G. (1991). *Allemaal andersdenkenden. Omgaan met cultuurverschillen*. Amsterdam: Uitgeverij Contact.
45. Borra, R. (2002). Transculturele diagnostiek in de praktijk. In: E.v. Meekeren, A. Limburg- Okken, R. May (red.). *Culturen binnen psychiatrie muren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving.*, p. 64-70. Amsterdam: Boom.
46. 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: GGZ Nederland.
47. Vakgroep Etnopsychiatrie van Zon & Schild (1999). *Het onbegrepen lichaam? Somatisatie bij cliënten met een andere achtergrond. Verslag studiedag 28 mei 1999*. Onbekend: Onbekend.
48. Visser, S. (2000). Somatisatie. In: A.A. Kapitein (red.). *Psychologie en geneeskunde. Behavioural medicine.*, p. 15-31. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
49. Borra, R., Van Dijk, R., Rohlof, H. (2002). *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
50. Kortmann, F. (2002). Relativeren van eigen normen. Interculturele psychotherapie en farmacotherapie. In: E.v. Meekeren, A. Limburg- Okken, R. May (red.). *Culturen binnen psychiatriemuren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving.*, p. 112-122. Amsterdam: Boom.
51. Dagevos, J., Gijssberts, M. (2007). *Jaarrapport Integratie*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
52. Wennink, J., Goudriaan, G. (1991). Casemanagement in de thuiszorg. In: H.d. Graaff (red.). *Casemanagement, een zorg minder?*, Utrecht: SWP.
53. Dijk, R.v., Boedjarath, I. (2002). Wat een geluk dat niemand weet, dat ik Repelsteeltje heet. Op zoek naar het wezen van transculturele psychotherapie. In: E.v. Meekeren, A. Limburg- Okken, R. May (red.). *Culturen binnen psychiatriemuren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving.*, p. 123-136. Amsterdam: Boom.
54. Kortmann, F. (2003). *Interculturele geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Een studie naar de 'state of the art' van de transculturele hulpverlening*. Rotterdam: Mikado.
55. GGZ Nederland (2004). *1000 bloemen bloeien... Tijd voor de oogst. Een overzicht van het Actieplan Interculturalisatie 2001-2004*. Amersfoort: GGZ Nederland.
56. Sbiti, A., Boedjarath, I. (2009). *Jubileumboek Gekleurde gekte. Werken aan 25 jaar interculturele GGZ*. Rotterdam: Mikado.
57. Van Dijk, R. (2009). Interculturalisatie in de GGZ: achtergrond, ontwikkeling en toekomst. In: A. Sbiti, I. Boedjarath (red.). *Jubileumboek Gekleurde gekte. Werken aan 25 jaar interculturele GGZ.*, p. 72-87. Rotterdam: Mikado.
58. Ingleby, D. (2009). Migranten en etnische minderheden in de Nederlandse gezondheidszorg: een internationaal perspectief. In: A. Sbiti, I. Boedjarath (red.). *Jubileumboek Gekleurde gekte. Werken aan 25 jaar interculturele GGZ.*, p. 100-116. Rotterdam: Mikado.

Bijlage 1 Beschrijving databronnen

Zorgis

Zorgis bevat gegevens over de herkomst van uitgeschreven GGZ-cliënten (Tabel 1). Uit Tabel 1 valt af te leiden dat in 2006 van 33 procent van de uitgeschreven GGZ-cliënten de etnische herkomst niet geregistreerd is in Zorgis. Dit maakt dat er geen conclusies getrokken kunnen worden over eventuele verschillen tussen bevolkingsgroepen in het beëindigen van de behandeling. De cijfers in Tabel 1 hebben weliswaar betrekking op 2006, maar ook in voorgaande jaren was het percentage uitgeschreven cliënten waarvan de etnische herkomst onbekend was relatief hoog.

Tabel 1 Herkomst uitgeschreven (GGZ-)cliënten 2006, in procenten

Nederland	56
Suriname	2
Turkije	1
Marokko	1
Nederlandse Antillen (incl Aruba)	1
Overige landen - niet westers	4
Overige landen - westers	2
Onbekend	33
Totaal	100

Bron: GGZ Nederland, 2007

Psychiatrische Casusregisters (PCR)

Op basis van registerdata is onderzoek gedaan naar etnische verschillen in zorggebruik. Echter, een overzicht ontbreekt van drop-out onder allochtone GGZ-cliënten in de PCR'sRijnmond, Noord-Nederland en Zuid-Limburg.

DBC-Informatiesysteem (DIS)

GGZ-instellingen zijn sinds 1 januari 2006 verplicht om informatie over de diagnose, de aard en de duur van een DBC-behandeling per patiënt te registreren. Deze gegevens worden opgeslagen in het DBC-informatiesysteem (DIS). In DIS wordt de variabele 'etniciteit' niet geregistreerd.

Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording

Met ingang van verslagjaar 2007 is het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) wettelijk verplicht als formele jaarverslaglegging voor alle (zorg)instellingen die zijn toegelaten op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI). Het JMV bevat de prestatie-indicator 'drop-out': gekeken wordt naar het overall drop-out percentage

en naar het drop-out percentage voor de cliënten die via bemoeizorg in behandeling zijn gekomen. In het JMV kan geen onderscheid gemaakt worden tussen drop-out percentages van allochtone en autochtone cliënten.

NEMESIS I

NEMESIS-I (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) is een omvangrijk onderzoek naar de geestelijke gezondheid van een representatieve steekproef van volwassenen Nederlanders uit de algemene bevolking, uitgevoerd in de jaren 1996-1999 door het Trimbos-instituut. Via NEMESIS wordt een betrouwbaar beeld gegevens van onder andere het vóórkomen van psychische stoornissen, lichamelijke en psychische co-morbiditeit, functionele beperkingen, zorggebruik, onvervulde behoefte aan hulp en barrières om hulp te zoeken. Resultaten van NEMESIS over het vóórkomen van psychische stoornissen onder allochtonen moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat de groep allochtone respondenten relatief klein van omvang was. NEMESIS bevat geen cijfers over drop-out van allochtone cliënten.

NESDA

De Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA) is een wetenschappelijke studie naar het ontstaan van angst en depressie en het beloop van deze klachten. NESDA is in augustus 2004 van start gegaan met de werving van bijna 3000 deelnemers met en zonder klachten. Het belangrijkste doel van NESDA is om de factoren in kaart te brengen die van invloed zijn op het ontstaan en het beloop van angst en depressie. Het aantal allochtonen in NESDA blijkt te laag om zinvolle analyses naar drop-out te doen. Vanwege dit tekort heeft NESDA in samenwerking met de GGD Amsterdam een extra steekproef genomen bij in Amsterdam woonachtige allochtonen. De resultaten van deze studie bevatten gegevens over de prevalentie van angst- en stemmingsstoornissen bij allochtonen (zie paragraaf 2.2). De resultaten bevatten geen cijfers over drop-out.

POLS

POLS staat voor Permanent Onderzoek LeefSituatie. Doel van deze studie is het doorlopend verzamelen van hoogwaardige en coherente gegevens over de leefsituatie van de Nederlandse bevolking, zoals gezondheid, arbeidsomstandigheden, rechtsbescherming, veiligheid, tijdsbesteding en wonen (www.cbs.nl). POLS is de opvolger van de voorheen afzonderlijk uitgevoerde CBS onderzoeken naar aspecten van de leefsituatie. POLS is gestart in 1997 en wordt jaarlijks uitgevoerd. In POLS zijn geen gegevens opgenomen omtrent behandelduur en drop-out onder allochtonen opgenomen.

Bijlage 2 Gespreksrichtlijn

A. Introductie

- Voorstellen Trimbos-instituut
- Doel van het interview: verzamelen van zoveel mogelijk factoren die ten grondslag liggen aan de drop-out van allochtone cliënten. Formuleren van concrete handvatten om de drop-out van allochtone cliënten terug te dringen.
- Hoe gaan we dat doen: bij 5 verschillende GGZ-instellingen hulpverleners interviewen die ervaring hebben met de behandeling van allochtone cliënten. Wanneer werden zij geconfronteerd met de drop-out van een allochtone cliënt? Welke factoren lagen volgens de hulpverlener ten grondslag aan de drop-out?
- Hoe zal het interview verlopen: het interview zal bestaan uit één of meerdere 'case-studies'. We zullen u vragen een (aantal) specifieke drop-out case(s) uit de praktijk als uitgangspunt te nemen. Welke factoren speelden volgens u bij deze case(s) een rol bij het voortijdig beëindigen van de behandeling door de cliënt?
- Hoe gaan we rapporteren: de resultaten zullen beschreven worden in een rapport. Er wordt niet op instellingsniveau gerapporteerd. Anonimiteit is gewaarborgd.

B. Drop-out: open vragen

- Zoals ik in de introductie al aangaf, gaat dit interview over de drop-out van allochtone cliënten. Heeft u wel eens drop-out van een allochtone cliënt meegemaakt?
- Kunt u meer vertellen over een specifiek drop-outgeval?
- Voor welke problemen zocht de cliënt hulp?
- Na hoeveel contacten werd de behandeling door de cliënt beëindigd?
- Welke factoren lagen volgens u ten grondslag aan de drop-out?
- Had u het idee dat de culturele afkomst van de cliënt een rol speelde bij de drop-out? Zo ja, op welke manier?
- Als u denkt aan hetzelfde drop-outgeval, denkt u dat u voldoende wist van de culturele achtergrond om de cliënt goed te behandelen?
- Denkt u dat drop-out voorkomen had kunnen worden als u meer kennis gehad had van de culturele achtergrond van de cliënt?
- Denkt u dat het verschil in culturele achtergrond van u en de cliënt een negatief effect had op de behandeling?

C. Factoren uit literatuurstudie

Voorafgaand aan de interviews hebben we een literatuurstudie uitgevoerd. Uit deze studie kwamen een aantal factoren naar voren die van invloed zouden zijn op de drop-out van *allochtone* cliënten. Graag zou ik deze factoren met u bespreken. Welke herkent u uit de praktijk?

Instream

Verschillende bronnen stellen dat de instroom van allochtone drop-outs al anders verloopt dan de instroom van autochtone cliënten en volhouders. Zo zouden ze bij binnenkomst bijvoorbeeld minder goed geïnformeerd zijn dan andere cliënten (autochtonen/ volhouders) over de mogelijkheden en het zorgaanbod van de instelling.

- Herkent u dit?
- Kunt u een voorbeeld geven?
- Wat voor beeld had deze cliënt volgens u bij binnenkomst in de instelling?
- Heeft een idee waardoor de cliënt onvoldoende op de hoogte was van de mogelijkheden en het zorgaanbod van de GGZ-instelling?
- Heeft u het idee dat de verwijzer daar een rol in speelde?
- Werd de cliënt bij de instroom alsnog nader geïnformeerd over de mogelijkheden binnen de GGZ? Werd daarbij gebruik gemaakt van voorlichtingsmaterialen? Zo ja, welke materialen en in welke taal? (*Int: Is het mogelijk de materialen in te zien?*)

Klachten

Naast de verschillen tijdens de instroom, blijkt uit de literatuur ook dat allochtone drop-outs bij de GGZ aankloppen met klachten die afwijken van de klachten van andere cliënten (*Int: lichamelijke klachten, sociaal-economische klachten zoals werk en huisvesting, problemen die voortvloeien uit de migrantenstatus zoals een cultuurconflict en discriminatie*).

- Herkent u dit?
- Kunt u een voorbeeld geven?
- Wat waren de klachten van de cliënt, zoals verwoord door de cliënt?
- Had u het idee dat het type klachten van de cliënt mede bepaald werd door de culturele herkomst van de cliënt?
- Was de problematiek van de cliënt geschikt voor behandeling in de instelling?
- Wat waren volgens de cliënt de oorzaken van zijn/ haar klachten?
- Wat was volgens u het belangrijkste probleem van de cliënt?
- Welke diagnose werd door de hulpverlener gesteld?

Hulpvraag

Uit het literatuuronderzoek bleek dat de hulpvraag van allochtone drop-outs soms afwijkt van de hulpvraag van andere cliënten (*Int: bijvoorbeeld gesprekken om klachten*

te verhelderen, gesprekken om inzicht te verkrijgen, een luisterend oor/ steun, medicijnen, een verwijfsbrief voor een andere hulpverlener).

- Herkent u dit?
- Kunt u een voorbeeld geven?
- Om wat voor soort hulp werd door de cliënt gevraagd? (*Int: zie bovenstaande + bijvoorbeeld individuele gesprekken, groeps gesprekken met lotgenoten of met gezinsleden*)
- Kon u tegemoet komen aan de hulpvraag van de cliënt?

Zorgaanbod

Uit verschillende bronnen blijkt dat er in de praktijk een mismatch wordt ervaren tussen de zorgvraag van allochtone cliënten en het zorgaanbod. Deze mismatch zou een belangrijke oorzaak kunnen zijn van de drop-out van allochtone cliënten. (*Int: bijvoorbeeld groeps gesprekken versus individuele gesprekken, medicatie en praktische hulp*)

- Herkent u deze mismatch tussen zorgvraag en zorgaanbod?
- Kunt u een voorbeeld geven?
- Had u het idee dat de culturele herkomst van de cliënt een rol speelde bij deze mismatch tussen hulpvraag en -aanbod? (*Int: bijvoorbeeld blijkt uit de literatuur dat een te groepsgerichte aanpak kan leiden tot drop-out, doordat niet-westerse cliënten veelal afkomstig zijn uit schaamte-culturen*).
- Waaruit bestond de aangeboden hulp bij dit specifieke drop-outgeval?
- Waarom werd voor deze vorm van zorg gekozen?
- Had de hulpverlener het idee dat het gekozen hulpaanbod aansloot bij de hulpvraag van de cliënt?
- Gaf de cliënt aan ontevreden te zijn met het gekozen hulpaanbod?
- Denkt de hulpverlener achteraf dat een andere aanpak tot betere resultaten had kunnen leiden/ drop-out had kunnen voorkomen?
- Is de hulpverlener van mening dat de cliënt beter geholpen zou zijn bij een andere zorgaanbieder? (*Int: zoals het Algemeen Maatschappelijk Werk*).

Taal/ communicatie

Volgens de literatuur liggen aan veel van de knelpunten in de communicatie tussen allochtone cliënten en de hulpverlener communicatieproblemen en cultuurverschillen ten grondslag (*Int: bijvoorbeeld taalverschillen (maken het moeilijk tot o.a. een gezamenlijke probleemdefinitie te komen, de expliciete benoemingsstijl van autochtone hulpverleners botst de impliciete benoemingsstijl van de cliënt, allochtone cliënten zijn geneigd hun klachten te somatiseren, etc)*).

- Denkt u dat taalverschillen een belangrijke rol spelen bij de drop-out van allochtonen?
- Kunt u een voorbeeld geven uit de praktijk?

- Was de cliënt goed in staat zijn problemen te verwoorden?
- Tot welke concrete moeilijkheden leidden de taalproblemen?
- Heeft u wel eens een tolk ingezet om communicatieproblemen te overbruggen?
- Vindt u dat het inzetten van een tolk een goede oplossing voor het probleem is?
- Uit de literatuur blijkt dat de expliciete benoemingsstijl van autochtone hulpverleners kan botsen met de meer impliciete benoemingsstijl van niet-westerse allochtonen. Herkent u dit?
- Kunt u een voorbeeld geven uit de praktijk?

Werkrelatie

Ten slotte blijkt dat ook de werkrelatie tussen de cliënt en de hulpverlener een voorspeller zou kunnen zijn van drop-out (*Int: bijvoorbeeld etnische matching kan een effect hebben op de werkrelatie, de opvattingen van cliënt en hulpverlener over de machtsafstand (dimensie Hofstede), de mate van overeenstemming over het behandelplan tussen cliënt en hulpverlener*).

- Denkt u dat het verschil in culturele achtergrond tussen u en een allochtone cliënt een negatief effect heeft op de werkrelatie?
- Kunt u een voorbeeld geven uit de praktijk?
- Slaagde u er toen in een vertrouwensrelatie op te bouwen met de cliënt?
Zo niet, waarom niet?
- Indien het contact met de cliënt moeilijk verliep, heeft de hulpverlener actie ondernomen om de werkrelatie te verbeteren? Zo ja, hoe?
- Werd door de cliënt een voorkeur uitgesproken voor de herkomst van de hulpverlener?
- Zo ja, wat werd met deze wens gedaan? Denkt de hulpverlener dat de behandeling anders/beter was verlopen als aan deze wens tegemoet was gekomen?
- In hoeverre denkt u dat de werkrelatie de drop-out beïnvloed heeft?

D. Welke factoren zijn het belangrijkste?

- Welke factoren hebben volgens u de meeste invloed op drop-out van allochtone cliënten? (*Int: geef de factoren een rangscore*).

E. Aanbevelingen ter vermindering van drop-out?

- We hebben nu een heleboel factoren besproken die ten grondslag liggen aan de drop-out van allochtonen. Heeft u de indruk dat drop-out onder allochtonen daadwerkelijk een probleem is, oftewel denkt u dat het drop-outpercentage hoger is onder allochtone cliënten, vergeleken met autochtone cliënten?

- Hoe zou volgens u de drop-out van allochtone cliënten verminderd kunnen worden? Kunt u concrete handvatten aanreiken, in de vorm van tips?
- Hoe had in een aantal specifieke gevallen drop-out voorkomen kunnen worden?
- Vindt u dat uw instelling voldoende doet om drop-out van allochtonen te voorkomen of te verminderen?

F. Kenmerken van de hulpverlener

- Wat is uw leeftijd?
- Tot welke beroepscategorie rekent u zichzelf? (*Int: bijvoorbeeld verpleegkundige, psycholoog, psychiater*)
- Tot welke bevolkingsgroep rekent u zichzelf? (*Int: bijvoorbeeld de Nederlandse, de Surinaamse, de Turkse, de Marokkaanse*)
- Hoeveel ervaring met heeft u met hulpverlening aan allochtone cliënten? (*Int: bijvoorbeeld minder dan 2 jaar, tussen 2 en 5 jaar, langer dan 5 jaar*)
- Hoeveel allochtone cliënten heeft u ongeveer behandeld? (*Int: bijvoorbeeld minder dan 20 cliënten, tussen de 20 en 50 cliënten, meer dan 50 cliënten*)
- Leeftijd

