

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1	Totstandkoming en aanleiding	5
1.2	Aarzelingen bij publicatie	6
1.3	Indeling en verantwoording hoofdstukken	8
1.4	Terminologie en domeinafbakening	9
<b>2</b>	<b>Interculturalisatie van de geestelijke gezondheidszorg</b>	<b>11</b>
2.1	Inleiding	11
2.2	Het begrip interculturalisatie	11
2.3	Belemmerende factoren	13
2.4	Vershillende visies op interculturele psychiatrie	14
2.5	Vershillende organisatievormen	15
2.6	Aanpak en strategie	17
2.7	Herkenning van klachten en diagnostiek	18
<b>3</b>	<b>Feiten over verschillen in zorggebruik</b>	<b>23</b>
3.1	Ambulante ggz	23
3.2	Intramurale ggz	29
3.3	Jeugdzorg	33
3.4	Ouderenzorg	37
3.5	Forensische psychiatrie	38
3.6	Verslavingszorg	39
<b>4</b>	<b>Verklaring van verschillen in zorg- gebruik</b>	<b>45</b>
4.1	Risicofactoren	45
4.2	Psychische problemen en klachten	47
4.3	Hulpbehoeften van cliënten en hulpzoekgedrag	51
4.4	Cultuurverschillen	52
<b>5</b>	<b>Samenvatting en slotopmerkingen</b>	<b>55</b>
5.1	Inleiding	55
5.2	Gedifferentieerd beeld	55
	Bijlagen	
1	Tabellen	61
2	Onderzochte populaties in de verschillende studies	
3	Lijst met afkortingen	
4	Geraadpleegde literatuur	



# 1 Inleiding

## 1.1 Totstandkoming en aanleiding

Deze achtergrondstudie is samengesteld op basis van de resultaten van twee deelonderzoeken naar de toegankelijkheid en de kwaliteit van het zorgaanbod aan allochtone cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. Het eerste deelonderzoek betreft een literatuurstudie naar het gebruik van voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) door allochtonen. Dit onderzoek is uitgevoerd door het Trimbos-instituut in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Het tweede deelonderzoek is uitgevoerd door de RVZ. Het betreft een onderzoek naar de mate van interculturalisatie van het zorgaanbod aan allochtone cliënten.

Twee redenen vormen de aanleiding om een achtergrondstudie te verrichten over de geestelijke gezondheidszorg. De eerste reden hangt samen met de opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de RVZ een advies uit te brengen over – in termen van het Ministerie - ‘multiculturalisatie in de gezondheidszorg’. Hoewel de hele gezondheidszorg domein is van het advies, heeft de RVZ besloten drie sectoren, waar de grootste problemen lijken te bestaan, meer in de diepte uit te werken. De geestelijke gezondheidszorg was een van die drie geselecteerde sectoren. Het Trimbos-instituut kreeg de opdracht het zorggebruik van allochtone cliënten in de ggz in kaart te brengen.

Tijdens de adviesvoorbereiding ontving de RVZ van de Minister van VWS een schriftelijk verzoek om bij de advisering aan het terrein van de geestelijke gezondheidszorg speciale aandacht te besteden. Aanleiding voor dit verzoek was een kritisch commentaar vanuit de geestelijke gezondheidszorg in Rotterdam op de eerder uitgebrachte Beleidsnotitie Geestelijke Gezondheidszorg van het Ministerie, waarin aan het interculturele perspectief veel te weinig aandacht zou zijn besteed. Deze kritiek wordt door het Ministerie erkend onder de toezegging dat in het RVZ-advies in deze ommissie zal worden voorzien (TK 26 8000 XVI, nr. 9.). Dit is de tweede reden voor de achtergrondstudie over de ggz.

## 1.2 Aarzelingen bij publicatie

### **Gebrek aan betrouwbare kennis**

Hoewel er voldoende aanleiding was om een achtergrondstudie te verrichten naar zorggebruik en kwaliteit van de ggz, waren er sterke twijfels bij de publicatie ervan. De belangrijkste reden hiervoor is gebrek aan betrouwbare kennis. Een groot probleem bij de inventarisatie van onderzoeksgegevens over verschillen in zorgconsumptie is het feit dat de etnisch-culturele achtergrond van cliënten in de gezondheidszorg om privacyredenen meestal niet wordt geregistreerd. Gegevens die er wel zijn, worden niet uniform verzameld. Feiten over verschillen in zorgconsumptie zijn dus beperkt beschikbaar, niet altijd representatief, soms onvolledig en verouderd. De onderzoeksresultaten gaan bovendien over soms zulke kleine deelpopulaties of specifieke groepen, dat aan die gegevens geen algemene conclusies verbonden kunnen worden.

Dit probleem belemmerde de onderzoekers van het Trimbos-instituut in hun poging een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van het zorggebruik van allochtonen in de ggz. De beschikbaarheid dan wel toegankelijkheid van relevante informatie bleek gering. De geringe omvang en de korte duur van veel studies, waardoor de representativiteit en generaliseerbaarheid te wensen overlaten, speelden parten. Verder viel bij de inventarisatie van onderzoeksgegevens op dat vaak gebruik gemaakt is van verouderde data.

Een van de belangrijkste problemen bij de informatieverzameling was dat veel van de geraadpleegde studies behoren tot de categorie 'loket-onderzoek'. Hiermee wordt bedoeld dat onderzoek wordt gedaan naar cliënten die zich bij instellingen aanmelden of die in zorg zijn. Aangezien er geen bevolkingsgegevens (aantallen allochtonen, prevalentie en incidentie van psychische problemen in de bevolking) bekend zijn, is het niet vast te stellen of aangetroffen verschillen in toegankelijkheid of zorggebruik toegeschreven moeten worden aan het functioneren van de instellingen, dan wel aan verschillen in incidentie en prevalentie in de bevolking. Vanwege het feit dat nauwelijks epidemiologische gegevens voorhanden zijn, is dit probleem op korte termijn niet op te lossen. Al deze problemen bij elkaar maken het vergelijken van resultaten in zekere zin tot een 'kunstzinnige' activiteit.

### **Definitieproblemen**

De analyse van het verzamelde materiaal werd gehinderd door taal- en definitiekwesties. Zo wordt in sommige studies geen onderscheid tussen etnische groepen gemaakt, maar wordt er in het algemeen gesproken over ‘allochtonen’ of ‘migranten’. Bovendien bleek dat de verzamelterm ‘allochtoon’ op zich al op verschillende manieren wordt gedefinieerd (zie bijlage 2). Soms bestaat een onderzochte populatie uit de eerste-generatie allochtonen en soms wordt ook de tweede generatie meegeteld. Dat dit direct consequenties heeft voor het domein van de studies en daarmee voor de cijfers over toegankelijkheid en zorggebruik spreekt voor zich. De gehanteerde definities hangen veelal samen met de lokaal of per sector verschillende methoden voor etnische registratie. Daarnaast wordt in sommige studies geen onderscheid gemaakt naar soort of sector van de ggz.

### **Redenen voor publicatie**

Ondanks deze beperkingen die vooral de onderzoekers van het Trimbos-instituut bij hun informatieverzameling en analyse daarvan ondervonden, heeft de RVZ gemeend toch deze achtergrondstudie te moeten publiceren. Redenen om dit wel te doen zijn de volgende. De Minister heeft om bijzondere aandacht voor de ggz gevraagd, deze achtergrondstudie is een antwoord daarop. Het geeft dan wel niet een representatief en volledig beeld, maar het kan wel een impressie geven van de stand van zaken in de ggz en aanleiding zijn tot nader onderzoek. De beperkingen bij deze studie laten bovendien zien waar hiaten in de kennis zitten, alsmede waarom en waarover meer onderzoek dringend gewenst is. Tevens laat het tekorten in de kwaliteit van het zorgaanbod zien. Een andere reden voor publicatie is dat er op dit moment geen andere overzicht van vergelijkbare aard voorhanden is. Het is tot nu toe enig in zijn soort. Daar komt bij dat tijdens de adviesvoorbereiding is gebleken dat fricties tussen zorgvraag en zorgaanbod, die zich in de volle breedte van de gezondheidszorg voordoen, in de geestelijke gezondheidszorg verscherpt voorkomen. Bijzondere aandacht voor het zorgaanbod in de ggz aan allochtone patiënten is daarom op zijn plaats.

De Raad heeft om deze redenen positief besloten voor de publicatie, maar wijst tegelijkertijd nadrukkelijk op de genoemde beperkingen ervan.

### **1.3 Indeling en verantwoording hoofdstukken**

Deze studie is als volgt ingedeeld. Na dit inleidende hoofdstuk volgt een hoofdstuk dat een beeld geeft van de stand van het interculturalisatieproces in de geestelijke gezondheidszorg. Dit hoofdstuk 'Interculturalisatie van de ggz' is gebaseerd op het verkennend onderzoek dat door de RVZ is uitgevoerd en valt daarom ook onder diens verantwoordelijkheid. In dit hoofdstuk worden visies, standpunten op en belemmeringen in de interculturalisatie van de ggz naar voren gebracht.

Hoofdstukken 3 en 4 bevatten de resultaten van het onderzoek dat door verschillende onderzoekers van het Trimbos-instituut is uitgevoerd. De neerslag hiervan in genoemde hoofdstukken vallen daarom geheel onder de verantwoordelijkheid van het Trimbos-instituut. In dit onderzoek stond de volgende probleemstelling centraal: *zijn er verschillen in het gebruik van geestelijke gezondheidszorg door de belangrijkste etnische minderheidsgroepen in Nederland in vergelijking met de overige bevolking?*

Hoofdstuk 3 laat de resultaten zijn van dit onderzoek naar de kwantitatieve verschillen in zorggebruik. De resultaten worden per sector gepresenteerd en waar mogelijk gespecificeerd voor de verschillende allochtone groepen die in deze studie betrokken zijn.

In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de in de literatuur aangetroffen achtergronden en verklaringen voor mogelijke verschillen in zorggebruik.

In hoofdstuk 5 wordt deze achtergrondstudie afgesloten met een samenvatting en slotopmerkingen. Dit hoofdstuk valt onder de gezamenlijke verantwoordelijkheid van het Trimbos-instituut en de RVZ.

Van de bijlagen, horen bijlagen 1 en 2 bij de resultaten van het onderzoek dat door het Trimbos-instituut is uitgevoerd. Bijlagen 3 en 4 sluiten zowel aan bij de resultaten van het onderzoek van het Trimbos-instituut als bij die van het door de RVZ verrichte onderzoek.

## 1.4 Terminologie en domeinafbakening

### Allochtonen en etnische minderheden

Met allochtonen worden, conform de WRR (1989), alle personen bedoeld: 'die zich komend van elders in Nederland hebben gevestigd en hun nakomelingen tot in de derde generatie, voor zover deze laatsten zich als allochtoon wensen te beschouwen'. Dit onderzoek is beperkt tot de subpopulatie van de mensen met een niet-Westerse culturele achtergrond die zich blijvend hebben gevestigd in Nederland. Illegalen en asielzoekers blijven buiten beschouwing. Het betreft, anders gezegd, de belangrijkste etnische minderheidsgroepen in Nederland, te weten: Turken, Marokkanen, Surinamers, Antillianen en Arubanen

### Geestelijke gezondheidszorg

Met ggz wordt de ggz in bredere zin bedoeld, dat wil zeggen:

- de gespecialiseerde ggz (RIAGG, RIBW, APZ c.q. gefuseerde regionale ggz-instellingen)
- het ggz-deel van de jeugdhulpverlening
- het ggz-deel van de ouderenzorg
- de forensische psychiatrie
- de verslavingszorg

### Domein van de studie

De studie van het Trimbos-instituut is beperkt tot verschillen in *zorggebruik* tussen genoemde etnische groepen en autochtone Nederlanders. Bij het bestuderen van de literatuur werd ook aandacht besteed aan informatie over de morbiditeit in de bevolking en aan geopperde verklaringen voor eventuele verschillen in morbiditeit en zorggebruik.

Gezien de reikwijdte (het zorggebruik in verschillende sectoren), en de looptijd van het onderzoek door het Trimbos-instituut (vier maanden), werd de studie in eerste instantie beperkt tot Nederlandse publicaties van de afgelopen vijf jaar. De literatuur werd verzameld door middel van een literatuursearch in Nationale literatuurbestanden en bestanden van het NIZW, het SGBO, het NCB, de VOG, Pharos, het NIGZ, Forum, het NIG en Stichting Tjandu. Informatie werd ook gezocht via telefonisch en schriftelijk contact met verschillende onderzoeksinstituten en via het Kennisnetwerk Cultuur en Gezondheid waar onderzoekers van verschillende instellingen aangesloten zijn. Daarnaast werd 'grijze' literatuur (nota's, rapporten en dergelijke) verzameld bij ggz-

instellingen, gemeenten, GGD'en, CAD's en bij verschillende organisaties van allochtonen.

## **2 Interculturalisatie van de geestelijke gezondheidszorg**

### **2.1 Inleiding**

Dit hoofdstuk laat zien hoe het er voor staat met het interculturaliseren van de geestelijke gezondheidszorg. Het betreft een kort overzicht van ontwikkelingen en visies van dit moment in het desbetreffende veld. Het is te beschouwen als een inleiding op de volgende hoofdstukken in deze achtergrondstudie. Het overzicht is tot stand gekomen op basis van literatuurstudie en gesprekken die gevoerd zijn met deskundigen uit het veld.

Al bijna twee decennia lang worden binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) initiatieven genomen om de zorg aan allochtonen te verbeteren. De toegankelijkheid en de kwaliteit van vooral de extramurale zorg, met name van de RIAGG's in de vier grote steden, is toegenomen (Limburg-Okken 1989; Boedjarath en Van Bekkum 1997; May 1999; Pannekeet 1991). Ook in de intramurale sfeer zijn initiatieven genomen om de kwaliteit van het aanbod en de kennis bij zorgverleners inzake de zorg aan allochtonen te verbeteren.

Ondanks deze positieve ontwikkelingen bestaat de indruk dat de aanpassing van de geestelijke gezondheidszorg aan de etnisch-culturele diversiteit van zorgvragers in het algemeen traag verloopt of soms zelfs stagneert. Het aantal allochtone cliënten in de ggz stijgt en, mede door de instroom van asielzoekers en vluchtelingen, neemt de verscheidenheid in etnisch-culturele herkomst toe. Vanuit het veld zijn diverse malen signalen gekomen die de overheid ervan moeten overtuigen dat aandacht aan de migranten in de geestelijke gezondheidszorg noodzakelijk is. (Van Dijk, *et al*, 2000).

### **2.2 Het begrip interculturalisatie**

Uit de literatuurstudie blijkt dat er geen eenduidige en samenhangende visie bestaat over de betekenis en de reikwijdte van het begrip interculturalisatie. Zo weten managers en andere leidinggevenden van instellingen vaak niet wat ze met een interculturalisatiebeleid moeten nastreven of welke consequenties een dergelijk beleid heeft voor het bestaande aanbod. Ondanks talrijke initiatieven en een

behoorlijke stroom literatuur ontbreekt het aan een samenhangende visie op interculturalisatiebeleid.

Interculturalisatie is momenteel een veelgebruikte beleidsterm in nauwe samenhang met de term 'integratie'. In het algemeen wordt met *integratie* de volwaardige deelname van migranten in (de instituties van) de samenleving bedoeld, terwijl bij *interculturalisatie* het accent ligt op de diversiteit aan etnisch-culturele achtergronden van migranten en de erkenning daarvan in het aanbod van voorzieningen.

Onder 'interculturalisatie van de gezondheidszorg' wordt in deze studie verstaan 'een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg, waarbij het doel is allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers met respect voor hun culturele achtergrond gelijke toegang tot en gelijkwaardige kwaliteit van de zorg te bieden'.

Interculturalisatie is een proces van 'cultuurgevoelig maken' van de organisatie. Doel is dat een organisatie niet langer vanzelfsprekend de westerse cultuur en moraal als enig oriëntatiepunt neemt, maar haar blik verruimt naar en evenwichtig omgaat met andere culturen, waarden en normen. Het vraagt dus niet alleen om herziening van het beleid, maar ook herbezinning op gangbare normatieve uitgangspunten en visie in de geestelijke gezondheidszorg. Interculturalisatie is geen doel op zich, maar een middel om te bereiken dat de toegankelijkheid, kwaliteit en effectiviteit van de zorg aan allochtone cliënten gelijkwaardig is aan die van autochtone cliënten.

Voor de uitvoering van de zorg en de professionaliteit van de hulpverleners betekent interculturalisatie differentiatie van de zorg. Vanuit het oogpunt van adequate zorg en gelijke toegang tot de zorg is in het aanbod meer ruimte voor culturele verscheidenheid en eigen identiteit nodig. Differentiatie van de zorg betekent echter dat het zorgaanbod niet altijd voor iedereen uniform en identiek zal zijn. Immers, juist om de doelstellingen van toegankelijkheid, kwaliteit en effectiviteit van de zorg te bereiken zijn soms specifieke maatregelen nodig om drempels te slechten (tolken), om communicatieverschillen te overbruggen (allochtone zorgconsulenten), of om een herkenbaar en vertrouwenwekkend klimaat te bieden (allochtoon personeel, bejegening, aankleding en inrichting). Interculturalisatie is een

benadering die rekening houdt met de diversiteit van patiënten en daarom niet alleen allochtone patiënten ten goede komt, maar ook een kwaliteitsverbetering kan betekenen voor alle patiënten.

### **2.3 Belemmerende factoren**

Het interculturalisatieproces verloopt echter niet zonder problemen. Er zijn diverse belemmerende factoren, waarvan hier de belangrijkste genoemd worden.

Allereerst zijn er meningsverschillen over de wijze waarop de gezondheidszorg zich dient aan te passen aan de verscheidenheid van etnisch-culturele zorgvragers. De verschillen in visie hangen samen met een verschillende visie op cultuur als bepalende factor in de zorgverlening.

Sommigen zien de aandacht voor culturele verscheidenheid van zorgvragers als iets dat toegevoegd wordt aan het reguliere zorgaanbod. Anderen zien aandacht voor culturele eigenheid van cliënten als een integraal deel van de kwaliteitszorg. Er zijn er ook die de huidige geestelijke gezondheidszorg ingrijpend willen wijzigen om zo beter te kunnen aansluiten bij de culturele eigenheid van de cliënt. Weer anderen vinden cultuur een ondergeschikt punt. Een eenduidige visie op wat interculturalisatie inhoudt, ontbreekt.

Behalve een gebrek aan een eenduidige visie bestaat er ook – en dit geldt zeker voor de opleidingen – weerstand tegen interculturalisatie (Ingleby, 1999). Het vereist immers herbezinning en herijking van uitgangspunten en dat vraagt prioriteit en tijdsinvestering. Interculturalisatie betekent soms ingrijpende herziening van vanzelfsprekende uitgangspunten en behandelwijzen. En dat brengt onzekerheden en weerstanden met zich mee, hobbels die niet iedere organisatie kan of wil nemen.

Een andere tegenkracht is de tendens binnen de ggz productiegericht te werken, waardoor immateriële zaken buiten de aandacht vallen. (Knipscheer en Kleber 1997; May 1999). Ook protocollering, standaardisering en een evidence-based benadering zijn ontwikkelingen die interculturalisatie van de ggz tegen kunnen werken.

## 2.4 Verschillende visies op interculturele psychiatrie

Ondanks deze obstakels zijn er zowel in de intramurale als in de extramurale zorg initiatieven genomen om de zorg aan allochtone cliënten te verbeteren. In deze initiatieven zijn globaal drie benaderingen te onderscheiden, welke samenhangen met een verschillende visie op het belang van cultuur.

De eerste benaderingswijze is gebaseerd op de *universaliteits-hypothese*. Symptomen van psychische aandoeningen komen volgens deze benaderingswijze universeel voor, een cultuurspecifieke behandelingsmethode is daarom niet nodig. Voor allochtone en autochtone cliënten geldt hetzelfde zorgaanbod met dezelfde aanpak, want de mens is overal en altijd hetzelfde biomedisch en genetisch gedetermineerde wezen. De gangbare, westers georiënteerde biomedische psychiatrie is gebaseerd op deze visie.

Een tweede benaderingswijze gaat uit van het tegenovergestelde uitgangspunt, de *relativiteitshypothese*: elke cultuur – ook de westerse – moet als een afzonderlijk geheel worden beschouwd, met eigen opvattingen over normen versus abnormaal gedrag. (Knipscheer en Kleber 1997) Psychische aandoeningen kunnen alleen binnen de culturele en religieuze context van het individu aangeduid, gediagnosticeerd en behandeld worden. Deze benaderingswijze is te herkennen in wat wel de etnopsychiatrie wordt genoemd, de traditionele genezer is dan de etnopsychiater. (Contrast, 1998; Wooding 1984)

Een derde benadering is een combinatie van opvattingen uit de eerste en de tweede benadering. Geestesziekten hebben universele kenmerken, maar tegelijkertijd geldt ook dat de intensiteit, de frequentie en vooral de verschijningsvorm van de symptomen en de processen onder invloed van sociale en culturele factoren staan. Centrale symptomen worden in vele, zo niet alle, culturen aangetroffen, maar de wijze van manifestatie is zeer variabel. (Knipscheer en Kleber 1997). De transculturele psychiatrie is gebaseerd op deze benaderingswijze en neemt een tussenpositie in. Deze stroming combineert de gangbare westerse diagnostiek en therapie met die uit de etno-psychiatrie. (Contrast, 1998)

Aan de verschillende benaderingswijzen zitten voor- en nadelen en ze hebben ook consequenties voor de wijze van zorgverleners. Zo kan teveel nadruk op cultuurverschillen ('culturaliseren') ertoe leiden dat sociaal-economische, migratie- en andere verschillen over het hoofd worden gezien (Van Dijk, *et al.*, 2000). Generalisaties, stigmatisering en vooroordelen kunnen daarvan het gevolg zijn. (Knipscheer en Kleber 1997). Helemaal geen aandacht voor cultuurverschil betekent echter dat van de cliënt volledige aanpassing (assimilatie) aan de westers georiënteerde psychiatrie wordt verwacht. De voor- en nadelen van de verschillende benaderingswijzen komen scherper in beeld als de verschillende organisatievormen in kaart worden gebracht.

## 2.5 Verschillende organisatievormen

Toename van het aantal allochtone cliënten heeft ertoe geleid dat in veel ggz-instellingen de vraag gesteld werd of, in hoeverre en hoe de organisatiestructuur, het personeel (qua bezetting en qua houding), en de zorg beter afgestemd kunnen worden op de multiculturele cliëntenpopulatie. (Van den Berg, 1996). Er zijn verschillende manieren waarop ggz-instellingen in hun organisatievorm gereageerd hebben op de zorgvraag van allochtonen. Globaal kan een onderscheid gemaakt worden in twee organisatievormen, waarbinnen weer varianten voorkomen.

1. *Integrale benadering.* In deze benadering is het uitgangspunt dat ggz-voorzieningen algemene instellingen zijn en volgens de wet voor iedereen gelijk toegankelijk moeten zijn. Dit betekent een regulier zorgaanbod waarin alle hulpverleners in staat moeten zijn om alle cliënten - met welke etnisch-culturele achtergrond dan ook - adequaat te begeleiden en te behandelen. Interculturalisatie betekent in deze benadering een innovatieproces waarbij de gehele instelling, van bestuur tot ondersteunend personeel, betrokken is. Een voorbeeld van deze integrale benadering is Parnassia, psychomedisch centrum in Den Haag waar collega's met elkaar samenwerken in multicultureel samengestelde teams (Van den Berg, 1996; May, 1999). Van een integrale benadering is ook sprake op regioniveau. Dat wil zeggen dat er samenwerking en afstemming is tussen verschillende instellingen die betrokken zijn bij een en dezelfde zorgvraag. Vanwege de complexe problematiek – dat wil zeggen een combinatie

van bijvoorbeeld sociale, financiële, psychische en fysieke problemen - die bij veel allochtone zorgvragers, vooral in achterstandswijken, speelt, wordt deze integrale en intersectorale benadering bepleit (Amrit, 1999; Epidemiologisch Bulletin 35(2000)1).

2. *Categorale benadering.* Uitgangspunt in deze benadering is dat er voorzieningen nodig zijn die qua personeel en zorgaanbod geworteld zijn in een samenleving van de doelgroep en uitgaan van de taal, cultuur en identiteit van die groep. Voorzieningen speciaal voor allochtonen zullen in deze opvatting blijvend nodig zijn en bieden de cliënt in ieder geval een extra keuzemogelijkheid. (Van den Berg, 1996). De afdeling 'Transculturele Hulpverlening' van de RIAGG Rijnmond Noord West in Rotterdam is een voorbeeld van een aparte afdeling binnen een algemene instelling. In deze afdelingen werken uitsluitend allochtone hulpverleners. (Boedjarath en Van Bekkum, 1997). De sectie ggz van de Stichting Pharos in Amsterdam is de enige AWBZ-erkende categorale instelling voor allochtonen in Nederland. Op grond van de ervaring die in deze instelling is opgedaan is de behoefte groot om voor deze doelgroep vluchtelingen een eigen instelling te laten bestaan. In deze instelling zijn zowel allochtone als autochtone hulpverleners werkzaam (Van den Berg, 1996).

Aan beide organisatievormen zijn voor- en nadelen verbonden. Een integrale benadering heeft als voordeel dat aandacht voor de etnisch-culturele verscheidenheid van cliënten een vanzelfsprekend onderdeel kan zijn van het algemene kwaliteitsbeleid. Deze benadering veronderstelt dat het personeel geschoold is in het omgaan met (culturele) verschillen. Rekening houden met cultuurspecifieke verschillen vereist in deze benadering geen fundamenteel andere aanpak of attitude dan het geval is met andere verschillen tussen cliënten, zoals seksespecifieke verschillen en generatieverschillen. Een nadeel is dat de aandacht voor relevante cultuurverschillen verslapt, niet wordt erkend of herkend en een algemene, uniforme, door de dominante cultuur bepaalde aanpak domineert.

Een categorale benadering heeft als voordeel dat relevante cultuurverschillen juist niet over het hoofd worden gezien, maar uitgangspunt zijn voor het doelgroepgerichte zorgaanbod. Een nadeel van een categorale benadering is het

isolement, de opgedane ervaring blijft beperkt tot een aantal hulpverleners. Er ontstaat door de afscherming van de reguliere zorg een tweedeling die tot afzondering kan leiden.

## 2.6 Aanpak en strategie

Zowel op nationaal als op regionaal niveau ontbreekt het aan een samenhangend interculturalisatiebeleid. Interculturalisatie bestaat uit een verzameling losse initiatieven van een tamelijk beperkte groep van gedreven individuen. Samenhang, coördinatie en beleid ontbreken meestal. In het veld zelf ontstaan initiatieven die op dit gebrek willen inspelen en hierin verandering willen brengen. Eigen normen van de gezondheidszorg, zoals kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid, maar ook de macht van het getal (stijging van het aantal allochtone cliënten) leggen dat ook op. De stichting Interculturele Geestelijke Gezondheidszorg (IGGZ), recente initiatieven van GGZ-Nederland, als ook recente initiatieven tot de oprichting van kenniscentra in den Haag en Rotterdam zijn voorbeelden van pogingen om aan het probleem van een gebrekkig interculturalisatiebeleid wat te doen. (May, 1999; Van Dijk, *et al.*, 2000)

Het ontbreekt bij interculturalisatie vooral aan beleid en er is te weinig draagvlak voor initiatieven. Grote organisaties zijn vaak log en hebben de laatste tijd nog al eens te maken gehad met reorganisatie- en fusieperikelen, waardoor veranderingen zoals met interculturalisatie wordt beoogd, geen prioriteit krijgen of als een bedreiging worden gezien. Er zijn ook uitzonderingen hierop, zo is de instelling Altrecht in Utrecht ontstaan uit een fusie. Bij de voorbereidingen hiervan is het interculturele perspectief betrokken. De resultaten zijn succesvol gebleken.

Een benadering van vraaggerichte zorg, afgestemd op de behoeften van zorgvragers, biedt meer plaats voor initiatieven. Succes van dergelijke benaderingen hangt echter sterk af van het commitment van leidinggevenden en managers in instellingen. Hulpverleners hebben bij het interculturaliseren van de zorg de steun vanuit het management nodig om institutionele factoren die hun activiteiten dwarsbomen te kunnen weerstaan.

Hoewel Nederland een zeer gedetailleerde en omvattende wet- en regelgeving kent, kenmerkt deze zich niet door culturele gevoeligheid. Zo is er bij de uitvoering van de 'Wet

Geneeskundige Behandelingsovereenkomst' en de 'Wet Bijzondere Opnames Psychiatrische Ziekenhuizen' geen verplichting om een tolk in te schakelen. Het gevolg kan leiden tot verkeerde beoordelingen met relatief veel gedwongen opnames, waarbij de 'In Bewaring Stelling' enkele dagen later niet wordt bekrachtigd. Dit leidt tot 'draaideureffecten' (een zich herhalend patroon van allochtone cliënten van moeilijk de drempel overkomen, snel weer afhaken en na een poosje weer terugkomen met dezelfde klacht) en stigmatisering.

Ook bijvoorbeeld bij het vaststellen van wilsonbekwaamheid ontstaan problemen rondom belangenbehartiging. Aangezien de hiërarchie in sommige culturen een ander systeem kent en ook emotionele argumenten of argumenten van familie-eersoms een belangrijkere positie innemen, kunnen fricties ontstaan. Autonomie en individualiteit zijn belangrijke principes in de westerse cultuur en leiden er toe dat beslissingen soms nadrukkelijk bij de patiënt worden gelegd. Dit kan botsen met cliënten uit culturen waar beslissingen eerder bij de arts of hulpverlener wordt gelegd of in familieverband worden genomen.

## **2.7 Herkenning van klachten en diagnostiek**

### **Presentatie en interpretatie van klachten**

Verskil in opvatting tussen patiënt, familie en behandelaar over wat er aan de hand is en wat er aan te doen is, is elke dag aan de orde. Verschillen in verklaring van de stoornis en geloof in bovennatuurlijke krachten kunnen bijvoorbeeld een rol spelen. Dit staat in contrast met de gangbare westerse opvatting waarin een realistische, zakelijke voorlichting wordt uitgegaan. In westerse termen wordt schizofrenie bijvoorbeeld uitgelegd als een biologische verstoring in de hersenen die ongeneeslijk is. Bij een confrontatie met een dergelijke eenzijdige westerse benadering zoeken allochtone patiënten (eerder dan autochtone patiënten) vaak hun heil bij traditionele geneeswijzen, die overigens bij diverse aandoeningen meer resultaat lijken op te leveren (Hoffer, 2000; Denктаş, 2000; Van Meekeren, HIZ).

Verskillende onderzoeken hebben aangetoond dat in diverse culturen migranten meer aan psychische stoornissen lijden dan de lokale bevolking in het land van herkomst. (Knipscheer en Kleber 1997). Oorzaken kunnen gevonden worden in de

migratiegeschiedenis en de zogenaamde ‘migratiestress’. In het eerste contact tussen cliënt en hulpverlener gaat echter veel mis. De huisarts als poortwachter voor het verdere hulpverleningstraject speelt een cruciale rol in de herkenning van psychische problemen en de verwijzing naar meer specialistisch zorgaanbod. Hier wringt echter vaak de schoen.

Hoewel bekend is dat een grondig consult met allochtone patiënten meer tijd vergt, blijkt uit onderzoek dat inhoud en duur van hulpverleningscontacten met allochtone patiënten korter zijn dan bij autochtone patiënten. (Weide en Foets 1998). Uit ander onderzoek blijkt dat de groep patiënten met de meeste en de minste taalproblemen begrepen had van wat de huisarts aan de patiënt had uitgelegd, terwijl de groep daartussen (dus de taal redelijk spreekt) het slechtst begrepen had wat de huisarts in het consult had willen overbrengen.

### **Communicatiestoornissen**

Een van de oorzaken is dat hulpverleners veelal niet bekend zijn met of een vooringenomen standpunt hebben over de taal en cultuur van migranten, waardoor misverstanden en verkeerde verwachtingen kunnen ontstaan. Ook nemen zij vaak vanzelfsprekend de eigen waarden en normen als uitgangspunt. (Knipscheer en Kleber, 1997) Uit onderzoek van het Trimbos-instituut en de Universiteit Utrecht blijkt dat tweederde van het aantal patiënten dat bij de huisarts komt, doorverwezen wordt naar een ambulante ggz-instelling. Een aantal van hen geeft aan zich onbegrepen en niet serieus genomen te voelen door de huisarts. Als oorzaak wordt gebrek aan overleg en onvoldoende voorlichting, als ook weinig aansluiting bij de eigen wensen en verwachtingen genoemd. Opmerkelijk is dat van de hulpvragers in de ggz slechts 5% doorverwezen is door het Algemeen Maatschappelijk Werk (amw). Hulpzoekers hebben vaak al eerder contact gehad met het amw, maar deze sector verwijst weinig door. (Hospers, 1999) Overigens stellen Knipscheer en Kleber (1997) dat de ggz een eindstation dreigt te worden voor allochtonen. In veel gevallen waren zij waarschijnlijk beter geholpen geweest in het maatschappelijk werk.

De klachtenpresentatie van allochtone cliënten uit zich onder meer in overmatig somatiseren, dat wil zeggen het authentiek uiten van persoonlijk en sociaal ongenoegen in lichamelijke klachten en het zoeken naar medische hulp. Nu is somatiseren op zichzelf niets bijzonders, driekwart van de wereldbevolking somatiseert, terwijl psychologiseren is voorbehouden aan de

hoger opgeleide westerling. Somatiseren heeft te maken met communicatie, vertrouwen en machtsverhoudingen. Het overdreven uiten van klachten is vaak het gevolg van een communicatiebarrière. (Knipscheer en Kleber 1997)

### **Protoprofessionalisering**

Een andere oorzaak voor miscommunicatie tussen hulpverlener en patiënt hangt samen met - wat De Swaan - noemt 'protoprofessionalisering'. Hieronder verstaat hij dat een patiënt in staat is de eigen klachten te vertalen in een behandelbaar probleem en daarbij gepaste hulp zoekt. Veel allochtonen zijn anders geprotoprofessionaliseerd, omdat ze bijvoorbeeld uit landen komen waar de geestelijke gezondheidszorg niet zo gedifferentieerd is als hier. Bovendien hangt hulpzoekgedrag vaak af van het open of gesloten sociale netwerk waarin men verkeert. (Hospers, 1999).

### **Diagnostiek**

Symptomen en diagnostiek zijn voor patiënten uit andere culturen niet altijd gemakkelijk te begrijpen. Het is dan van belang na te gaan of de symptomen herkend worden in de eigen cultuur en welke betekenis ze dan hebben. Het hoeft niet altijd om pathologische verschijnselen te gaan. Valkuilen bij de transculturele diagnostiek van psychische stoornissen is dat te snelle etnocentrische interpretaties worden gemaakt. Zo kan wat in westers opzicht een stoornis lijkt, volgens de cultuur van de ander heel goed binnen de grenzen van het normale vallen. En anderzijds, wat gemeengoed lijkt, kan in een andere cultuur op een stoornis berusten. (Van Meekeren, HIZ)

Over de vraag in hoeverre diagnostische classificatiesystemen aangepast moeten worden aan de etnisch-culturele diversiteit van patiënten bestaan veel meningsverschillen. Sommigen stellen dat gangbare classificatiesystemen als handvat kunnen dienen bij het vaststellen van de moeilijkheden van een persoon. Eventueel kan daarbij rekening gehouden worden met het systeem van eigen ziekteverklaringen. Andere trekken de pretentie dat DSM classificatie universeel toepasbaar zou zijn ernstig in twijfel en zien dit classificatiesysteem als tegengesteld aan de principes van interculturalisatie. In het DSM-tijdperk ligt de nadruk op ziektebeelden die gestandaardiseerd zijn, als duidelijk in het individu

gelokaliseerd. Kwantitatieve meetinstrumenten voldoen niet, interculturele methoden zijn er niet 'quick and easy'. (Ingleby, 1999).

Vooraf bij neurotische en persoonlijkheidsstoornissen lijkt een mondiaal classificatiesysteem weinig bruikbaar. Bovendien zijn diagnostische classificaties op de Cartesiaanse tweedeling van lichaam en geest gebaseerd, hetgeen zeker niet aansluit bij veel vluchtelingen en migranten. Ook de introductie van 'culture bound syndromes' heeft weinig nut voor bepalen van adequate behandeling. (Knipscheer en Kleber 1997) In Nederland wordt vaak geen rekening gehouden met culturele achtergrond en dat leidt vaak tot ten onrechte te zware diagnose. Incidentie van schizofrenie bij migranten uit Suriname, Nederlandse Antillen en Marokko is verontrustend hoger, terwijl tegen de verwachting in nauwelijks ernstige depressies worden vastgesteld. Verklaring hiervoor ontbreekt.

### **Samenvatting**

Ondanks initiatieven uit het verleden om het zorgaanbod in de geestelijke gezondheidszorg te interculturaliseren, is er nog geen sprake van een samenhangend beleid. Initiatieven zijn sterk afhankelijk van (toevallige) plaatselijke omstandigheden en de interesse van personen. Het gebrek aan een samenhangend beleid hangt ook samen met gebrek aan een gezamenlijk gedeelde visie over wat interculturele psychiatrie moet zijn. Dit heeft ook gevolgen voor werkwijze en de organisatievorm die men kiest. Interculturele geestelijke gezondheidszorg krijgt dan ook op dit moment op verschillende manieren inhoud en vorm.

Knelpunten in de zorgverlening doen zich voor bij de herkenning van de klacht en het stellen van de diagnose en de behandelwijzen. Communicatieproblemen en te weinig rekening houden met de culturele context van cliënten zijn de belangrijkste bronnen van veel misverstanden en hebben gevolgen voor de geschiktheid van gangbare behandelwijzen.

De recente initiatieven door GGZ Nederland en de stichting IGGZ, als ook de in oprichting zijnde kenniscentra laten zien dat de noodzaak tot interculturalisatie in het veld van de ggz gevoeld wordt. Dat in gezamenlijke en ook samenbindende initiatieven de kracht van de vooruitgang van het interculturalisatieproces wordt gezocht, is een gunstige ontwikkeling.



## **3 Feiten over verschillen in zorggebruik**

### **3.1 Inleiding**

Inleiding

In dit hoofdstuk, bedoeld als ‘naslagwerk’, worden de resultaten van de literatuurstudie naar het zorggebruik per sector en zo mogelijk per allochtone groep cliënten behandeld.

### **3.2 Ambulante ggz**

#### **Antillianen en Arubanen**

Volgens Wierdsma en Uniken Venema (1996) komen Antillianen en Arubanen nauwelijks in de ambulante ggz. In Rotterdam e.o. vormen de nieuwe cliënten (jaarincidentie) 0,5% van de populatie RIAGG-clieuten (vergeleken met het aandeel in de regiobevolking van 1,4%, is dat een gering percentage). Ook de jaarprevalentie (het aantal patiënten in zorg) voor Antillianen is relatief laag, namelijk 16,3 per 1000 inwoners. Voor autochtonen bedraagt de prevalentie 31,7. In de Haagse RIAGG's vormen Antillianen en Arubanen 1,1 % van de cliënten (May, 1997).

#### **Surinamers**

Het aandeel van Surinaamse cliënten in de ambulante ggz verschilt per regio. In de meeste RIAGG's zijn ze ondervertegenwoordigd ten opzichte van hun aandeel in de bevolking, zoals bijvoorbeeld in de regio Rotterdam (Wierdsma en Uniken Venema, 1996). Surinamers komen daar in vergelijking met autochtone Nederlanders minder in zorg, maar de cijfers zijn hoger dan die van Antillianen en Arubanen. De jaarincidentie voor Surinamers is 9,5. De jaarprevalentie voor Surinamers in de regio is 22,3 per 1000 inwoners. In de RIAGG's in Rotterdam e.o. vormen Surinamers 3,1 % van de cliënten, na autochtone Nederlanders de grootste groep. Ook in de Haagse RIAGG's (May, 1997) vormen ze na autochtone cliënten de grootste cliëntengroep (7,5%). In de RIAGG Rijnmond Noord West in Rotterdam (Vissers, 1996) blijkt het prevalentiecijfer voor Surinamers (47,2) in 1993 duidelijk lager te liggen dan voor autochtone Nederlanders (63,7). In afwijking van deze trend blijken in de RIAGG Westelijk Utrecht Surinamers oververtegenwoordigd ten opzichte van hun aandeel in de bevolking van die regio (Langendoen, 1995).

### **Marokkanen**

Wierdsma en Uniken Venema (ibid) vonden in Rotterdam een jaarincidentie voor Marokkanen van 16,7 ten opzichte van 14,3 voor autochtonen. Naar verhouding stromen dus veel Marokkanen de ambulante ggz in. Dit wil echter niet zeggen dat het gebruik van ambulante ggz ook hoger ligt dan dat van autochtonen. De jaarprevalentie blijkt namelijk beduidend lager te liggen dan die van autochtonen (respectievelijk 21,5 versus 31,7). De beschikbare literatuur suggereert dat Marokkanen in de ambulante ggz ondervertegenwoordigd zijn. In de Haagse RIAGG's (May, ibid) vormen Mediterrane c.q. Marokkaanse cliënten 2,6% van de cliënten. Dit percentage is lager dan op grond van de bevolkingsgegevens uit die regio verwacht mag worden. Ook hier geldt dat er sterke regionale verschillen bestaan in de mate waarin Mediterrane c.q. Marokkaanse cliënten hun weg naar de RIAGG weten te vinden. In Rotterdam vormen zij 2,9% van de totale cliëntenpopulatie, tegenover een aandeel in de bevolking van 2,3%. Hetzelfde geldt voor Utrecht (Langendoen, 1995). Vaak wordt vermeld dat veel Marokkanen slechts een éénmalig contact hebben met de RIAGG. In de Haagse RIAGG's bijvoorbeeld heeft bijna een kwart van de Mediterraneanen c.q. Marokkanen slechts één ggz contact.

### **Turken**

De Rotterdamse cijfers over de ambulante ggz voor Turken wijken opmerkelijk af van de cijfers voor de eerder besproken groepen. Wierdsma en Uniken Venema (ibid) vonden de hoogste incidentie voor Turken, namelijk 18,3 per 1.000 inwoners. De jaarprevalentie voor Turken bedraagt 25,1 per 1.000 inwoners. Het Rotterdamse onderzoek laat zien dat de initiële toegang tot de ambulante ggz (uitgedrukt in incidentiecijfers) voor Turkse Nederlanders groter is dan voor autochtone Nederlanders. (1996) en Lamers (1992) komen overigens op incidentiecijfers die voor Turken even hoog zijn als voor autochtone Nederlanders. Het ggz -gebruik (uitgedrukt in prevalentiecijfers) blijft daarentegen duidelijk achter bij het gebruik van de ggz door het autochtone bevolkingsdeel. In de Haagse RIAGG's zijn slechts 2,6% van de cliënten van Turkse origine. Dit is lager dan op grond van de bevolkingsgegevens uit het gebied verwacht mag worden. De percentages variëren tussen van 0,8% (CBS, 1991) tot 5% (Lamers, 1992). Bijna een kwart van de Turken heeft slechts één contact. (May, 1997).

Van alle ggz-instellingen hebben de Rotterdamse RIAGG's het hoogste percentage allochtone cliënten in zorg (Wierdsma en Uniken Venema, 1996). Uit de analyse van de registratiegegevens van de Haagse RIAGG's blijkt 21% van de totale cliëntenpopulatie in de periode van 1989 tot 1992 allochtoon te zijn (in dit geval gedefinieerd als personen) die niet als Nederlander staan geregistreerd in het RIAGG Informatie Systeem. 13,9% blijkt migrant (Surinamers, Turken, Mediterraneanen, Marokkanen, Antillianen en Arubanen). De grootste groep cliënten bestaat uit autochtone Nederlanders (78,9 %), gevolgd door Surinamers (7,5 %), Turken (2,6 %), Mediterraneanen c.q. Marokkanen (2,6 %), Indonesiërs en Indische Nederlanders (1,9 %) en tenslotte Antillianen en Arubanen (1,1 %). De Haagse RIAGG's zien, relatief gesproken, meer allochtone cliënten (21%) dan het landelijk gemiddelde. Dit neemt niet weg dat het aandeel van Mediterraneanen, Marokkanen en Turken lager is, dan op grond van de bevolkingsgegevens uit het verzorgingsgebied verwacht mag worden. Vergeleken met schattingen van het aantal allochtone cliënten bij de Haagse RIAGG's in 1985 (ca. 190), is het aantal allochtonen in 1992 zeer groot: 2.239 (een toename van 1.000%). Omdat er in de onderzoeksperiode nauwelijks sprake is van een toename van het totaal aantal allochtone inschrijvingen, moet worden aangenomen dat deze stijging zich vooral heeft afgespeeld in de eerste jaren van het migrantenbeleid (May, 1997).

In de Haagse RIAGG's vormen Surinamers in alle afdelingen de grootste groep allochtone cliënten. Het hoge percentage Mediterraneanen en Marokkanen, Turken en Surinamers bij de afdelingen Sociale Psychiatrie valt op. Opmerkelijk is ook dat een relatief groot deel van het totale aantal migranten (44,0%) bij de afdeling Sociale Psychiatrie ingeschreven is, tegenover 27,5 % autochtonen. Deze laatste zijn relatief meer (33,4%) ingeschreven bij de afdelingen Psychotherapie (May, 1997). In het registerbulletin SOGG/GGD Rotterdam wordt een hoog percentage (16,7%) cliënten uit de migrantengroepen bij de volwassenenafdelingen van de RIAGG's vermeld (Migranten in de Rotterdamse ggz, Register bulletin, 1994). De gegevens zijn van 1991. Langendoen (1995) heeft ook gevonden dat binnen de RIAGG Westelijk Utrecht (RWU) het meest allochtone cliënten bij de afdelingen volwassenen en bij het crisiscentrum ingeschreven zijn. Het minst bevinden de allochtone cliënten zich op de afdeling ouderen.

De prevalentiecijfers (het aantal mensen in zorg) verschillen per regio. De Haan (1993) constateert dat er in 17 RIAGG's (overwegend buiten de randstad) sprake is van een relatieve ondervertegenwoordiging van allochtonen, vier RIAGG's (in de randstad) kennen een oververtegenwoordiging, en bij de overige blijkt er geen verschil te bestaan (In: de Jong, 1996). Uit het onderzoek van Langendoen (1995) in de RIAGG Westelijk Utrecht (RWU) blijkt ook dat allochtonen en asielzoekers (5,1%) oververtegenwoordigd zijn in vergelijking met hun inwonertal in het werkgebied (2,2%). De grootste allochtone cliëntgroepen binnen het RWU zijn de Marokkanen, Surinamers en asielzoekers.

Veel allochtone cliënten komen in contact met de RIAGG via de crisisdienst. Mengistu (1999) vermeldt dat 36% van de cliënten van de crisisdienst Amsterdam Oost en Zuidoost allochtoon is. Surinamers vormen met 13% de grootste groep, gevolgd door Marokkanen met 5%. Het crisiscontact verloopt via het politiebureau. Van alle politiebureaucontacten vormen de allochtonen met 54% de grootste groep. Ze komen ook vaker naar de crisisdienst dan autochtone cliënten.

Mengistu (ibid) vindt in haar onderzoek bij allochtonen een percentage van 57% aanpassingsstoornissen tegenover een autochtoon percentage van 19%. Van alle stemmings- en angststoornissen zijn autochtonen met 66% oververtegenwoordigd (het percentuele aandeel van allochtonen is 28%). Van alle psychotisch gestoorde cliënten is 40% allochtoon en 34% autochtoon.

### **Sekseverschillen**

Op basis van de gegevens van de Haagse RIAGG's en de Amsterdamse RIAGG Zuid-Oost lijkt het erop alsof in het vooral de Antilliaanse en Arubaanse vrouwen zijn die hulp zoeken. In de leeftijdscategorie 20-64 jaar zijn de vrouwen ten opzichte van de mannen oververtegenwoordigd en meestal zijn dit vrouwen met een gezin. (May, 1997; Goetstouwers, 1995). Van de ingeschreven Surinaamse RIAGG-clieñten in Rotterdam is bijna tweederde vrouw en eenderde man. In de leeftijdscategorie 20-64 jaar zijn vrouwen ten opzichte van mannen oververtegenwoordigd. Gegevens van de RIAGG Zuid-Oost Amsterdam geven een ander beeld. Er melden zich evenveel Surinaamse mannen als vrouwen aan. Van de Surinaamse vrouwen melden zich vooral alleenstaande moeders aan met een sociale uitkering als inkomstenbron (Goetstouwers, 1995). Een en ander contrasteert scherp met

de oververtegenwoordiging van juist de mannelijke cliënten uit de Marokkaanse en Turkse bevolkingsgroepen, te weten ruim twee maal zoveel als Turkse en Marokkaanse vrouwen. Dit houdt mogelijk verband met het gegeven dat Marokkaanse vrouwen, om zich te kunnen aanmelden, afhankelijk zijn van hun man. Dit zou kunnen betekenen dat de drempel voor hen te hoog is (Goetstouwers, 1995).

Opmerkelijk is de bevinding van Goetstouwers (1995) in de RIAGG Zuid-Oost dat op Antillianen en Arubanen na, allochtone mannen gemiddeld meer sessies krijgen aangeboden (gemiddeld 6,3 sessies bij de mannen tegen gemiddeld 2,8 sessies bij vrouwen). Het is denkbaar dat de klachten van mannen ernstiger zijn, als ernstiger worden gezien of dat men de klachten van de mannen serieuzer neemt. Mogelijk speelt hier ook een rol dat hulpverleners het lastiger vinden om bij mannen de behandeling te beëindigen. Omdat, zoals inmiddels bekend, de drempel voor vrouwelijke cliënten kennelijk lager is, is het natuurlijk ook mogelijk dat vrouwen eerder met psychische klachten naar de RIAGG en daarom minder behandelsessies nodig hebben.

Langendoen (1995) stelt vast dat allochtone vrouwen vaak niet verder komen dan de intake. Verder is het een gegeven dat allochtone vrouwen gemiddeld minder lang in behandeling zijn bij de RIAGG dan autochtone vrouwen. Op de polikliniek psychiatrie zijn allochtone vrouwen nauwelijks te vinden. Het lijkt erop dat allochtone vrouwen het contact nogal eens voortijdig afbreken om zich opnieuw aan te melden als de problemen weer acuut worden. Er zijn belangrijke verschillen in het zorggebruik van de vier groepen allochtone vrouwen. Marokkaanse vrouwen maken het minst gebruik van de RIAGG. In 1993 hebben 19 per 1.000 Marokkaanse vrouwen contact met een RIAGG gehad. Bij de Turkse vrouwen was dit aantal 23 per 1.000. Van de Surinaamse, Antilliaanse en de autochtone vrouwen hebben 27 per 1.000 contact met een RIAGG in Amsterdam gehad. Bij de Haagse RIAGG's ligt die verdeling anders. In vergelijking met autochtone vrouwen komen hier gemiddeld per jaar per 1.000 vrouwen veel meer allochtone vrouwen (respectievelijk 16 en 27). Maar ook hier zijn heel weinig Marokkaanse vrouwen ingeschreven (May, 1997).

### **Het algemeen maatschappelijk werk**

Het aantal allochtone vrouwen (cliëntsystemen) dat in 1993 in behandeling kwam bij amw-instellingen in Amsterdam bedraagt 30,2% van alle in behandeling genomen vrouwen (cliëntsystemen). Dit is meer dan twee keer het aantal allochtone vrouwen, dat in hetzelfde jaar contact heeft gehad met de RIAGG. Ten Have e.a. (1996) concluderen dan ook dat het amw een belangrijke zorginstelling voor allochtone vrouwen is. Vergeleken met autochtone vrouwen heeft de groep van allochtone vrouwen 1,5 keer hogere kans om bij het amw terecht te komen. De incidentie voor Surinaamse (59 per 1000) en Antilliaanse (53 per 1000) vrouwen in 1993 was het hoogste. De incidentie voor autochtone vrouwen was veel lager (32 per 1000). Het aandeel allochtone vrouwen in de gehele vrouwelijke bevolking van Amsterdam is 18,4%. Het blijkt dat alle allochtone groepen boven gemiddeld gebruik maken van de hulp van het amw in verhouding tot hun aandeel in de Amsterdamse bevolking. Surinaamse en Antilliaanse/Arubaanse vrouwen maken het meest gebruik van het amw. De conclusie van de auteurs is dat het amw een relatief lage drempel voor allochtonen heeft.

### **Vrouwenopvangcentra**

Het aantal Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse, Turkse en Marokkaanse vrouwen dat opgenomen wordt (in 1993) in de vier Amsterdamse vrouwenopvangcentra bedraagt 26,8% van alle opgenomen cliënten. Hun aandeel in de gehele vrouwelijke bevolking van Amsterdam is 18,4%. Dit wijst dus op een sterke oververtegenwoordiging van allochtone vrouwen in de intramurale maatschappelijke zorg. In de stichting Algemene Fiom-hulpverlening Regio Amsterdam (AFRA) worden procentueel nog meer allochtone vrouwen opgenomen, namelijk 36,4%. De allochtone vrouwen hebben ook een relatief langduriger verblijf in vergelijking met Nederlandse vrouwen. Niet alle allochtone groepen worden meer dan gemiddeld opgenomen in deze instellingen. Turkse vrouwen zijn ondervertegenwoordigd en vormen een uitzondering op deze regel. Jaarlijks worden er nog geen twee per 1000 Turkse vrouwen, woonachtig in Amsterdam, opgenomen in een vrouwenopvangcentrum. In de vrouwenopvang valt vooral het hoge percentage Marokkaanse vrouwen op en in iets mindere mate Antilliaanse/Arubaanse vrouwen. Vergeleken met Nederlandse vrouwen hebben Marokkaanse vrouwen driemaal, en Antilliaanse/Arubaanse vrouwen tweemaal zoveel kans om opgenomen te worden in een van de vier Amsterdamse vrouwenopvangcentra.

### **Weinig contacten**

In Rotterdam blijken allochtone cliënten, met name Surinamers, vaker (meer dan 60 %) alleen éénmalig contact te hebben met de ggz. Voor autochtonen ligt dit percentage boven de 50 %. Ook in de Haagse RIAGG's (May, 1997) valt het grote aantal allochtonen op met slechts een éénmalig contact (21,9%). Dat percentage ligt voor autochtone cliënten lager (18,8%). Ook het aandeel van allochtone cliënten dat minder dan vijf contacten (58,1%) heeft is bepaald groter dan het autochtone deel (52,9%). Hetzelfde doet zich voor bij de afdeling psychotherapie. In het onderzoek van Langendoen (1995) in RIAGG Westelijk Utrecht kwam daarentegen geen significant verschil naar voren tussen het aantal contacten van allochtonen (gemiddeld 8,5%) en autochtonen (gemiddeld 11,9) vinden. Wel bleek de inschrijvingsduur opmerkelijk korter bij allochtone cliënten (gemiddeld 6,3 maanden tegenover gemiddeld 9,8 maanden).

### **Leeftijdsofbouw**

Allochtone cliënten in de ambulante ggz zijn significant jonger dan autochtone cliënten. Langendoen (1995) vond een gemiddelde leeftijd van 30,6 jaar voor allochtone cliënten binnen de RWU, terwijl de niet-allochtone cliënten een gemiddelde leeftijd van 45,4 jaar hebben. In de leeftijdscategorie 0-19 jaar komen relatief meer allochtonen (en migranten) dan autochtonen naar de Haagse RIAGG's (May, 1997). Ruim 56% van de inschrijvingen onder de allochtonen is ouder dan 20 en jonger dan 40 jaar. Bij de migranten is dit percentage nog hoger (61,6%). In alle leeftijdscategorieën zijn meer vrouwen dan mannen ingeschreven. Per bevolkingsgroep zijn er echter enkele opvallende verschillen. Bij Mediterraneanen en Marokkanen is er in vergelijking met de leeftijdscategorie van 0 tot 19 jaar een sterke ondervertegenwoordiging van vrouwen te zien in de leeftijdscategorie van 20 tot 64 jaar. Met name in de leeftijdscategorie van 20 tot 64 jaar zijn Surinaamse, Antilliaanse en Arubaanse vrouwen ten opzichte van de mannen oververtegenwoordigd. Bij de Turkse bevolkingsgroep is de geslachtsverhouding naar leeftijd bijna gelijk.

## **3.3 Intramurale ggz**

### **Antillianen en Arubanen**

De zorg voor Antillianen begint vaker met een opname in de intramurale ggz en er is ook sprake van een hoger aantal heropnames (Wierdsma en Uniken Venema, 1996).

### **Surinamers**

In vergelijking met andere etnische groepen worden relatief veel Surinaamse Nederlanders opgenomen (Wierdsma en Uniken Venema, 1995; Uniken Venema & Wierdsma, 1993; Selten & Sijben, 1994). De zorg begint vaker, met voorbijgaan aan ambulante zorg, met een opname en ook het percentage heropnames is relatief hoog (11,6%). Volgens Dekker e.a. (1996) worden in vergelijking met de andere etnische groepen veel Marokkanen en Surinamers in de leeftijdscategorie van 18 tot 39 jaar opgenomen in de psychiatrische ziekenhuizen in Amsterdam. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat het aantal vrijwillige opnames bij de Surinaamse patiënten (80%) significant lager is dan dat aantal bij autochtone cliënten (90%).

### **Marokkanen**

In Rotterdam komen Marokkaanse cliënten in vergelijking met andere allochtone groepen, met uitzondering van de Turkse groep, minder in zorg in de intramurale ggz (Wierdsma en Uniken Venema, 1996). In de psychiatrische ziekenhuizen in Amsterdam worden, zoals al vermeld, in vergelijking met de andere etnische groepen echter meer Marokkanen en Surinamers in de leeftijdscategorie 18-39 jaar opgenomen (Dekker e.a., 1996).

### **Turken**

Turkse mannen (1%) worden in vergelijking met autochtone cliënten (2,5%) minder in de intramurale ggz opgenomen (Wierdsma en Uniken Venema, 1995; Dekker e.a., 1996). Voor Turkse vrouwen geldt dat in nog sterkere mate (Ten Have, Rodrigues en Bijl, 1996).

In de intramurale ggz in Amsterdam zijn allochtonen ondervertegenwoordigd. In de Jaaroverzichten 1994 en 1995 van de ggz Amsterdam wordt gesproken van respectievelijk 21,9% en 23,7% allochtone cliënten. Deze cijfers hebben betrekking op opnames in APZ, PAAZ, RIBW en K&J-instellingen. Dit lijkt een aanwijzing voor onderconsumptie door allochtone groepen, aangezien het aandeel eerste en tweede generatie allochtonen onder de Amsterdamse bevolking in de twee jaren op 40% en 41,9% wordt geschat. Ook in het Jaaroverzicht van 1996 is er sprake van

onderconsumptie door allochtonen. Bij deze cijfers moet worden opgemerkt dat de PIGGZ-registratie (Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg) niet specificeert naar nationaliteit of etniciteit. Vermoedelijk is er dan ook sprake van onderrapportage. De auteurs menen dat de intra- en semimurale ggz een relatief hoge drempel hebben voor allochtone cliënten (Jaaroverzicht ggz Amsterdam, 1994; 1995; 1996). Deze bevindingen worden in landelijk onderzoek van Selten en Sijben (1994) gecorroboereerd, maar door Dekker e.a. (1996) niet bevestigd. De laatste auteurs vinden juist een verhoogde opnamekans voor allochtone cliënten.

#### **Intramurale bias voor Surinamers en Antillianen?**

In Rotterdam komt het grootste deel van de cliënten geboren in Turkije, Marokko of op de Kaap Verdische Eilanden via de RIAGG voor het eerst in contact met de ggz. Naar verhouding worden Surinamers en Antillianen vaker bij het eerste ggz-contact opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. De ambulante contacten blijven, zoals hierboven al werd besproken, vaak beperkt tot 1 of een gering aantal contacten. Dat wil zeggen dat met name voor Surinaamse en Antilliaanse mannen de zorg naar verhouding vaker met een opname in een psychiatrisch ziekenhuis begint. Ook de Amsterdamse cijfers suggereren dat er in zekere zin sprake zou kunnen zijn van een 'intramurale bias'. Van de allochtone cliënten in de Amsterdamse ggz wordt 64% kortdurend klinisch behandeld en 24% in het Crisiscentrum. Voor autochtone Nederlanders betreft dit respectievelijk 58% en 15%. Daarbij maken allochtone cliënten minder gebruik van andere ggz-functies. Het aandeel allochtone cliënten is het grootst in de kortdurende klinische behandeling (24%) en in het Crisiscentrum (32%).

#### **Gedwongen opnames**

De Jong (1996) wijst er op dat er weinig bekend is over de factoren die samenhangen met de opnamekans van allochtone cliënten. Het is wel duidelijk dat migranten vaker met een juridische maatregel worden opgenomen (Dekker e.a., 1990; 1997; Uniken Venema en Wierdsma, 1993) en dat er vaker 'bedreiging van anderen' aan de orde was (34% van alle opnames, tegenover 16% bij autochtone cliënten). Ook in de Jaaroverzichten van ggz Amsterdam (1994; 1995) worden aanzienlijk meer onvrijwillige opnames gemeld bij allochtone cliënten dan bij autochtonen, zij het dat percentages voor de verschillende allochtone cliëntengroepen nog aanmerkelijk verschillen (in 1994 als volgt: Surinamers: 29%; Antillianen: 56%; Turken: 34%; Marokkanen: 18%, autochtone

Nederlanders: 18%). De auteurs van het Jaaroverzicht 1995 ggz Amsterdam wijzen er overigens terecht op dat bij de interpretatie van dit type data rekening gehouden moet worden met de gemiddeld lagere leeftijd van allochtone cliënten en de oververtegenwoordiging van mannen. Jonge mannen worden immers over het algemeen vaker onvrijwillig opgenomen.

Een tweede in het oog springende opnamefactor is natuurlijk het relatief grote aantal allochtone cliënten dat op grond van psychotische stoornissen c.q. de diagnose schizofrenie wordt opgenomen (Jaaroverzicht 1995 ggz Amsterdam). Zo komt de diagnose schizofrenie onder opgenomen Surinaamse mannen (58%) en Antilliaanse mannen (63%) veel meer voor dan bij autochtone mannen (38%). Soortgelijke bevindingen geven Dekker e.a., 1997 voor Surinaamse mannen (61%) en Selten en Slaets (1997) voor Antilliaanse mannen. Bij dit alles nemen Turkse ggz - cliënten overigens een afzonderlijke plaats in met juist veel minder gevallen van schizofrenie (14%) en meer neurotische stoornissen (Dekker e.a., 1996).

Verder lijkt er in vergelijking met autochtone cliënten sprake van een hoger percentage heropnames (De Jong, 1996). Opmerkelijk is ook dat allochtone cliënten vaker door de RIAGG worden verwezen. (Jaaroverzicht 1995 ggz Amsterdam). Dit is met name voor vrouwen het geval. Ook hier doet zich een afwijkend patroon voor bij Turkse ggz - cliënten. Deze worden juist vaker vanuit het algemeen ziekenhuis verwezen. Dit gegeven komt overeen met de hypothese dat Turken met psychische problemen zich in vergelijking met de andere bevolkingsgroepen vaker wenden tot de somatische zorg dan tot de ggz. (Knipscheer en Kleber, 1994).

### **Sekseverschillen**

Ten Have en Bijl (1997) vermelden dat de hulpverleners in de extramurale zorg, in het bijzonder de RIAGG's in Amsterdam meer allochtone vrouwen in behandeling krijgen dan hun collegae in de intramurale psychiatrie. Van de allochtone bevolking komen meer mannen in zorg bij een intramurale ggz-instelling (Jaaroverzicht ggz Amsterdam, 1995, 1996). In 1995 bleek van de autochtone cliënten in kortdurende behandeling 48% man, tegenover 62% van de allochtone cliënten (de cijfers voor 1996 zijn soortgelijk). Bij Turks en Marokkaanse cliënten is het aandeel van de mannen nog groter, respectievelijk 67% en 75%. Demografisch gezien is

het aantal mannen in deze groepen ook groter dan vrouwen, maar ondanks dit gegeven, zijn zij oververtegenwoordigd in de klinische sector. Ook uit het onderzoek van Ten Have e.a. (1996) in Amsterdam, blijkt dat allochtone vrouwen vergeleken met autochtone vrouwen minder gebruik maken van intramurale en semimurale ggz -instellingen en verblijven er ook korter. In 1993 was het percentage opgenomen allochtone vrouwen 8, 5% van alle opgenomen vrouwen in Amsterdam, terwijl hun deel uit de Amsterdamse bevolking 18,4% is. Er zijn grote verschillen tussen de allochtone groepen onderling. Turkse vrouwen maken het minst gebruik van de intramurale ggz -instellingen, minder dan 1 per 1.000 Turkse vrouwen wordt jaarlijks opgenomen in Amsterdam. Voor de Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse vrouwen is dit cijfer 3 per 1.000. Vergeleken met autochtone vrouwen hebben alle allochtone vrouwen samen bijna drie keer minder kans om opgenomen te worden.

### 3.4 Jeugdzorg

Het gebruik van de Rotterdamse ggz door jonge allochtonen ziet er conform Wierdsma en Uniken Venema (1996) als volgt uit:

#### Jaaraantal patiënten uit de registerregio (exclusief dubbeltellingen) in 1991 naar etnische herkomst per 1000 van de bevolking

Leeftijd	Ned	Ma	Tu	KV	Na	Sur	Ov.
0-17	19.2**	12.2*	10.3*	36.7	33.0	55.6	31.4

\* Per 1000 inwoners van de bevolking t/m 17 jaar naar nationaliteit

\*\* Herberekend voor in Nederland geboren Marokkanen en Turken t/m 17 jaar (zij zijn niet meegenomen in deze groep). Ned=Nederland; Ma=Marokko; Tu=Turkije; KV=KaapVerdische eilanden; NA=Nederlandse Antillen; Sur= Suriname; Ov=overigen (waaronder: Europa, Amerika, Azië, enz.)

De tabel laat zien dat Turkse en Marokkaanse jongeren minder contacten hebben met de ggz dan de overige etnische groepen. Surinaamse, Kaapverdiaanse of Antilliaanse jongeren daarentegen maken opvallend vaker gebruik van de ggz .

Daarmee zou het ggz -gebruik van groepen allochtone jongeren verrassend genoeg spiegelbeeldig zijn aan het gebruik van ggz door volwassen allochtonen. Hierbij moet worden aangetekend dat de cijfers van laatstgenoemde groepen mogelijk zijn overschat door de manier van registreren. Denkbaar is dat in een aantal gevallen herkomst van jongeren die in Nederland geboren zijn en de Nederlandse nationaliteit hebben als etnisch zijn aangemerkt. Daardoor zouden de Surinaamse, Kaapverdiaanse en Antilliaanse jongeren wel in het Psychiatrisch Casusregister, maar niet in de bevolkingsgegevens als migrant worden geteld. Wanneer dat zo is, komt het prevalentiecijfer voor 0-17 jarigen natuurlijk lager uit en zou het spiegelbeeldig zorggebruik mogelijk een artefact kunnen zijn van de gebrekkige en niet-uniforme registratie.

Uit de analyse van registratiegegevens van cliënten bij de Haagse RIAGG's blijkt dat allochtone cliënten (Marokkanen, Turken, Surinamers, Antillianen, Arubanen, Mediterraneanen, Indische Nederlanders en Indonesiërs) relatief jonger zijn dan de Nederlandse cliënten. In de leeftijdscategorie van 0 tot 9 jaar komen relatief meer allochtonen voor dan in de overige leeftijdscategorieën. Van alle autochtone cliënten is 10,5% tussen de 0 en 19 jaar oud, terwijl het percentage allochtonen in die leeftijdscategorie 18,7% bedraagt. Allochtonen zijn binnen de Haagse RIAGG's dus beter vertegenwoordigd in de categorie van 0 tot 19 jaar in vergelijking met de overige leeftijdscategorieën. Echter op grond van de bevolkingsgegevens zou verwacht mogen worden dat er nog meer allochtonen in deze leeftijdscategorie bij de RIAGG's ingeschreven zouden staan. De allochtone bevolking in Den Haag bestaat namelijk voor 39% uit mensen die jonger zijn dan 20, terwijl het percentage inschrijvingen in deze categorie 18,7% is (May, 1997).

Volgende tabel geeft een overzicht van de percentages jeugdige cliënten naar etnische herkomst en geslacht. Ongeveer driekwart van de 0- tot 19 jarigen van zowel de mannelijke als van de vrouwelijke cliënten is van autochtone herkomst. Bijna een derde in deze leeftijdscategorie is allochtoon. Ongeveer een vijfde bestaat uit Marokkanen, Turken, Surinamers, Antillianen, Arubanen en Mediterraneanen, Indische Nederlanders en Indonesiërs.

**Percentages cliënten in de leeftijdscategorie 0 tot 19 jaar  
naar etnische herkomst en geslacht**

	0-19 jaar	
	M %	V %
Nederlanders	71,5	69,5
Mediterranen/Marokkanen	3,7	4,3
Indonesiërs/Indische Ned.	1,6	0,6
Surinamers	10,6	12,1
Antillianen/Arubanen	2,1	1,9
Turken	4,5	4,6
Anders	5,7	7,1
Totaal	100	100
Allochtonen	8,4	30,5
(alle niet-Nederlanders)		
Migranten	21,1	22,8
(uit doelgroepenlanden)		

De oververtegenwoordiging van Surinaamse jongeren wordt ook in onderzoek van Langendoen (1995) bevestigd. Konijn en Schuur (1992) vonden onder 205 jeugdige cliënten (0-23 jaar) van vijf verschillende RIAGG's verspreid over Nederland een percentage van 18% allochtone cliënten. Dit betreft vooral jeugdigen van Marokkaanse, Turkse of Surinaamse afkomst. Ook hier lijkt sprake te zijn van een 'Randstadeffect'. De RIAGG Amsterdam Zuid/Nieuw-West ziet het grootste aantal allochtone jongeren (43%), in Den Haag is het 16%, RIAGG Groningen en Maastricht zien het geringste aantal (2% resp. 3%).

Over de intramurale kinder- en jeugdpsychiatrie zijn vrijwel geen gegevens bekend. Op grond van SIGRA gegevens (1996) over de kinder- en jeugdinstellingen in Noord-Holland lijkt er sprake van afwezigheid van allochtone jongeren. Vier procent bestond uit jongeren uit Afghanistan, Marokko, Suriname, Egypte en Spanje. Omdat er enkel naar nationaliteit en niet naar etniciteit wordt geregistreerd, zou dit een artefact kunnen zijn.

Uit gegevens van de SRJV (in: SCP, 1998) blijkt dat er, in tegenstelling tot de jeugd-ggz, verhoudingsgewijs veel allochtone jeugdigen gebruik maken van jvh-voorzieningen. Dit geldt vooral voor de landelijke residentiële voorzieningen, waaronder de justitiële voorzieningen, waar zij een aandeel vormen van 37%.

### Gebruik van jvh<sup>1</sup> voorzieningen op landelijk niveau, 1996

	Dagbehandeling	Ambulant	Pleegzorg	Residentieel
Aantal	8879	3211	884	2210
Allochtoon <sup>2</sup> (%)	25	25	23	37
Autochtoon (%)	75	75	77	63
Onbekend (%)	7	3	7	4

<sup>1</sup> Jeugdhulpverlening: Kindertelefoons, JAC's, Crisisopvangcentra, Begeleid wonen projecten, Tehuizen voor opvoeding en verzorging. Jeugdbescherming: gezinsvoogdij en Justitiële Jeugdinrichtingen. Daarnaast zijn er instellingen die niet gefinancierd worden uit de doeluitkering JHV, maar wel bevoegd zijn om jeugdigen uit huis te plaatsen, zoals RIAGG's, Raad voor de kinderbescherming, SPD'en, verschillende ziekenhuizen en amw-instellingen.

<sup>2</sup> Als allochtoon zijn hier benoemd alle jeugdigen die zelf, of waarvan één van de ouders, in een van de doelgroepenlanden zijn geboren. Dit zijn landen die potentieel doelgroep zijn van het achterstandsbeleid.

In de landelijke jvh-voorzieningen is de verhouding tussen autochtone en allochtone jeugdigen in 1996 als volgt: 68 % autochtonen en 28% allochtonen (4 % behoorde tot de overige 'rijke' landen). Van die 28% allochtonen in de jvh is 28% Surinaams, 20% Marokkaans, 12% Antilliaans en 8% Turks (overige 33% is afkomstig uit Indonesië, Colombia, Kaapverdië, Joegoslavië, Dominicaanse republiek en nog overige landen). Het percentage allochtonen in de jvh is dus onevenredig groot in vergelijking met de aantalen allochtonen in de bevolking. De weg naar de jvh lijken deze groepen wel te vinden. Uit de cijfers van de SRJV blijkt echter dat allochtonen relatief minder snel in aanraking komen met vrijwillige hulpverlening, maar relatief vaker te maken krijgen

met gedwongen hulpverlening zoals Onder Toezicht Stelling (OTS).

### 3.5 Ouderenzorg

Er is weinig bekend over het gebruik van ambulante ouderenzorg door allochtonen. De schaarse gegevens indiceren een bepaald gering zorggebruik. Zo treft Langendoen (1995) in de RIAGG Westelijk Utrecht bij een percentage van migranten en asielzoekers in het cliëntenbestand 1995 van 5,1 %, welgeteld 1 Surinamer op afdeling ouderen in behandeling aan. Wierdsma en Uniken Venema (1996) laten zien dat oudere allochtonen niet of nauwelijks gebruik maken van de Rotterdamse ggz. De enige groep oudere allochtonen die als cliënt is ingeschreven bestaat uit Surinamers, maar ook zij zijn ondervetegenwoordigd vergeleken met autochtone ouderen. Opmerkelijk genoeg blijken er geen oudere Marokkanen, Turken, Kaapverdianen of Antillianen ingeschreven geweest te zijn.

#### Jaaraantal patiënten uit de registerregio (exclusief dubbeltellingen in 1991 naar etnische herkomst (per 1000 van de bevolking)

	Ned	Ma	Tu	Kv	Na	Sur
65 en ouder	39.6	-	-	-	-	12.0
Per 1000 inwoners over alle leeftijden	31.7	21.5	25.1	12.2	16.3	22.3

Ook het onderzoek in de Haagse RIAGG's (May, 1997) maakt duidelijk dat weinig oudere allochtonen ingeschreven zijn bij de afdelingen Ouderenzorg. Opvallend, maar niet verrassend, is het grote aandeel Indonesiërs en Indische Nederlanders. 27,8 % van alle inschrijvingen van deze groep is bij de afdeling Ouderenzorg. De percentages voor de andere bevolkingsgroepen zijn als volgt: autochtone ouderen: 18,6%; Marokkanen en Mediterraneanen: 0,2%; Surinamers: 1,5%; Antillianen en Arubanen: 1,0%; Turken: 0,1%. In totaal is 0,9 % van de migranten ingeschreven bij de Ouderenzorg (zie ook tabel 7 van bijlage 1). Deze cijfers zijn mogelijk minder betrouwbaar vanwege het grote percentage onbekende of niet ingevulde culturele herkomst van cliënten.

Gericht onderzoek, bijvoorbeeld van Kürçü en Kloosterboer (1996) of van Kloosterboer en Yilmaz (1997), bij moslimouderen in Amsterdam respectievelijk Rotterdam komt uit op aanzienlijk hogere percentages. In Amsterdam zou 13% van deze mensen contact hebben gehad met de RIAGG en in Rotterdam maar liefst 17%. De cijfers zijn overigens niet nader gespecificeerd of onderbouwd. Ze suggereren wel dat Turkse en Marokkaanse ouderen bekend zijn met de RIAGG. Ook uit onderzoek bij Marokkaanse ouderen (boven 50 jaar) in Eindhoven (Federatie Overleg van Ouderenorganisaties, 1997) komt naar voren dat alle mannen en de helft van de vrouwen bekend zijn met de RIAGG. Geen van de respondenten bleek echter ooit gebruik gemaakt te hebben van de RIAGG. Het probleem is eenvoudigweg dat registratiegegevens vaak onbetrouwbaar zijn (vaak is de etnische achtergrond niet vermeld) en dat gericht onderzoek te klein van omvang is om er enige representativiteit of generaliseerbaarheid aan te kunnen verbinden.

Dekker e.a. (ibid) troffen in 1992 in Amsterdam in het APZ geen oudere Antillianen, Turken en Marokkanen aan. Wel werden oudere Surinaamse cliënten opgenomen, maar in veel mindere mate dan autochtone ouderen. Het ging hier, in tegenstelling tot autochtone ouderen, vooral om oudere Surinaamse mannen.

### **3.6 Forensische psychiatrie**

In zijn overzicht van behandeling van allochtonen in het kader van een Ter Beschikking Stelling stelt Que dat van de TBS-clienten in Nederland in 1991 een kwart een niet-Nederlandse culturele achtergrond had. De helft hiervan was van Surinaams/Antilliaanse afkomst, drie procent had een Turks/Marokkaanse achtergrond (In: Hoogsteder, 1994). De laatste jaren is het aandeel van allochtonen in deze populatie gestegen. Conform het WODC (1999) heeft 70% van de TBS-populatie een Nederlands culturele achtergrond, 15% een Antilliaans/Surinaams achtergrond en 6% een Turks/Marokkaans/Mediterrane achtergrond. Que (ibid) verwacht dat deze categorie in omvang zal toenemen. Hij baseert zich daarbij op een inventarisatie in de jeugdinstellingen waaruit blijkt dat al 50% een allochtone achtergrond heeft, waarvan circa de helft met een Marokkaanse of Turkse achtergrond en met circa een derde van Surinaamse of Antilliaanse afkomst: 'Gegeven het niet onaanzienlijke aantal patiënten met

jeugdmaatregelverleden moet (er) rekening mee worden gehouden dat in de nabije toekomst een deel daarvan zal doorstromen naar het TBS-veld’.

Allochtone TBS-gestelden zijn niet evenredig verdeeld over de TBS-inrichtingen. Een duidelijke reden hiervoor is er niet. Voor zover bekend is etniciteit geen criterium voor selectie bij een TBS-inrichting. Que (ibid) meent dat de relatie tussen de diagnose psychose en allochtoon zijn deze niet evenredige verdeling verklaart. Hij citeert gegevens van de Van Mesdagkliniek. Daar is een recent geopend psychoseafdeling waar 6 van de 10 cliënten allochtoon zijn. Het aanbod van allochtonen bij de Van der Hoevenkliniek is verhoudingswijs sterk toegenomen door de recente opening van een afdeling voor psychotische cliënten. In de Grote Beek is een kwart van de allochtonenpopulatie Creools en 8% Antilliaans.

Leuw (1998) schrijft de toename van aantal ‘gestoorde geweldplegers’ toe aan de toename van het aandeel van allochtone minderheden in de Nederlandse samenleving. Maatschappelijke marginalisering en isolement spelen een belangrijke rol bij dit type problematiek en het zijn juist deze factoren die helaas bij bepaalde etnische minderheidsgroepen overbelicht zijn. Migratie lijkt nu eenmaal gepaard te gaan met een risico op marginalisering. Het is denkbaar dat de cultuurshock van de migratie, een moeizaam proces van enculturatie en ‘cultuurconflicten en misverstanden’ direct bijdragen aan de aanwas van allochtone cliënten in dit in zekere zin ‘repressieve deel van de ggz’.

### **3.7 Verslavingszorg**

Van den Broek en Etman (1997) concluderen, op grond van onderzoek naar het bereik en de effectiviteit van de verslavingszorg voor allochtonen, dat verslaving ongelijk verdeeld is over onderscheiden etnische bevolkingsgroepen. Vergeleken met de schatting van het aantal verslaafden in de totale bevolking, conform Van de Wijngaart (1996) tussen de 0.1 en 0.2%, steken de percentages voor Turken (0.7%), Marokkanen (1.5%), Antillianen (1.7%), Surinamers (2%) en voor Molukkers (3%) bepaald ongunstig af.

Cruts e.a. (1997) schatten het aantal verslaafden tussen de 25.000 en 27.000. Bieleman e.a. (1995) gaan uit van circa 28.000. Het aantal allochtone verslaafden in Nederland wordt door Bieleman e.a. (ibid) geschat op minimaal 6.400 en

maximaal 9.900 (23 tot 36% van het totale aantal harddrugverslaafden). Stichting Tjandu komt daarentegen veel hoger uit, te weten op 46%, een percentage dat dan ook hoger uitvalt dan op grond van de bevolkingscijfers verwacht zou mogen worden (VWS, 1997).

#### **Aandeel binnen de totale bevolking en de populatie verslaafden**

Herkomst	perc. bevolking	perc. verslaafden
Moluks	0,3%	3,6%
Antilliaans	0,6%	6%
Surinaams	1,7%	16%
Marokkaans	1,3%	11,2%
Turks	1,6%	5,6%
'Nederlands'	93%	50%

De cijfers over het allochtone aandeel in de populatie drugsverslaafden komen overigens in gericht onderzoek in verschillende regio's doorgaans lager uit dan het hierboven genoemde percentage van circa vijftig procent. Braam e.a. (1998) rapporteren over een onderzoek onder Utrechtse heroïne-gebruikers een percentage van 36% (12% Surinamers, 12% Marokkanen, 3% Antillianen en 3% Molukkers). Eland-Goossensen (1977) komt op soortgelijke aantallen in een onderzoek in Den Haag. Uit een onderzoek in Rotterdam onder cocaïnegebruikers daarentegen blijkt slechts 12 % van de respondenten van niet-Nederlandse afkomst te zijn. (Braam, Verbraeck en Van de Wijngaart, 1998). Het probleem lijkt te zijn dat het schatten van het aantal allochtone verslaafden wordt gehinderd door het gebrek aan gegevens over het aantal allochtone verslaafden dat geen contact kan (of wil) zoeken met de zorg. Anders gezegd, er is weinig bekend van de omvang van de 'verborgen populatie' allochtone verslaafden.

#### **Aandeel in de zorg**

Volgens Van den Broek en Etman (1997) is er in weerwil van de veronderstelde oververtegenwoordiging van allochtonen in de populatie verslaafden, sprake van een ondervertegenwoordiging van allochtone drugsverslaafden in

de verslavingszorg. Naar schatting bestaat immers de helft van de populatie (drugs-)verslaafden uit allochtonen, terwijl slechts een kwart van de cliënten van de verslavingszorg een allochtone achtergrond heeft. Deze veronderstelling wordt ondersteund door bevindingen van het Instituut voor Verslavingszorg Rotterdam (1996). Van de groep verslaafden die zich willen laten behandelen blijkt 27% allochtoon. De groep die geen hulp zegt te willen bestaat voor 44% uit allochtonen. Met Van den Broek en Etman moet worden gewezen op het feit dat de cijfers met enige prudentie geïnterpreteerd moeten worden. Zo lijkt er op basis van landelijke cijfers er sprake te zijn van een oververtegenwoordiging van allochtonen in de verslavingszorg. Indien wordt uitgegaan van de samenstelling van de verslaafdenpopulatie is er eerder sprake van een ondervertegenwoordiging in de verslavingszorg (slechts een op de vier cliënten is allochtoon).

### Zorggebruik

De belangrijkste gegevens over allochtonen in de verslavingszorg zijn afkomstig uit LADIS, het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. LADIS bevat anonieme gegevens over cliënten die bij een ambulante instelling voor verslavingszorg hulp ontvangen. Indien het begrip allochtoon gedefinieerd wordt als 'het hebben van een niet-Nederlandse nationaliteit', dan is 6% van de cliënten allochtoon. Indien allochtoon staat voor 'het hebben van een niet-Nederlandse culturele herkomst', dan is 15% van de cliënten allochtoon. In 1995 waren de percentages allochtonen van alle ingeschreven cliënten als volgt:

Afkomst	Percentage
Turkse cliënten	9%
Molukse cliënten	7%
Surinaamse cliënten	26%
Antilliaanse cliënten	9%
Marokkaanse cliënten	13%

De conclusie lijkt te zijn dat de verslavingszorg naar verhouding meer allochtonen dan autochtonen bereikt. Cruts (1996) baseert dit op het gegeven dat 5% van de Nederlandse bevolking allochtoon is op grond van nationaliteit en/of land van herkomst, terwijl van de cliënten in LADIS 6 tot 15%

allochtoon is. De verdeling van verslavingen binnen de bevolking is echter niet goed bekend. Zo is in de ambulante zorg in Utrecht (Centrum Maliebaan) 25% allochtoon en van de groep verslaafden die geen contact met Centrum Maliebaan heeft 46% (Braam, Verbraak en Wijngaart, 1998). Van Driel en Wierdsma (1999) maken gebruik van het Rotterdams Drugs Informatie Systeem (RODIS) en menen dat Marokkanen per 10.000 inwoners iets meer in de methadonhulpverlening terechtkomen dan autochtonen. Cliënten geboren in Turkije zijn ondervertegenwoordigd. Surinaamse of Antilliaanse cliënten worden meer dan tweemaal zoveel in de hulpverlening gezien dan autochtone cliënten (zie tabel 5 in bijlage 1). Voor de methadonverstrekking liggen de verhoudingen, conform Buster en Reus (1999) daarentegen wat anders:

#### Verdeling naar geboorteland en geslacht, ambulante Amsterdamse cliënten

Geboorteland	Man		Vrouw		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
Nederland	1304	43.9	515	56.2	1819	46.8
Suriname/Ned.Antillen	686	23.1	63	6.9	749	19.3
Marokko	181	6.1	11	1.2	192	4.9
Turkije	55	1.9	0	0	55	1.4

#### Verdeling naar geboorteland en geslacht methadoncliënten, verstrekt via de Jellinek

Geboorteland	Man		Vrouw		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
Nederland	128	54.7	61	79.2	189	60.8
Suriname/Ned.Antillen	39	16.7	4	5.2	43	13.8
Marokko	13	5.6	1	1.3	14	4.5
Turkije	11	4.7	0	0	11	3.5

In Cliëntprofielen (1998) 'Ambulante hulpverlening, een overzicht van de cliënten van Kentron, CAD West- en Midden Brabant', wordt vermeld dat 86,7% van de cliënten autochtoon is en 11,9% allochtoon. Van de allochtone

cliënten is 19,2% Surinaams, 16,1% Marokkaans, 11,5% Turks, 8,7% Antilliaans en 4,8% Moluks.

In Rotterdam blijkt volgens Ataman (1997) 1,7% van alle cliënten van het Boumanhuis een Turkse achtergrond te hebben. Het aandeel van cliënten met een Surinaamse achtergrond is 6,8%, 2,8% heeft een Marokkaanse achtergrond en 2,7% een Antilliaanse achtergrond. Er is met andere woorden een duidelijke ondervertegenwoordiging van de Turkstaligen, toch de op één na grootste allochtone bevolkingsgroep in Rotterdam. Uit de landelijke registratiegegevens van 1995 blijkt 1,6% op het totaal van nieuwe inschrijvingen Turkstalig te zijn. Van deze groep heeft 26,0% zich in verband met alcoholproblematiek aangemeld, 24,0% in verband met gokproblematiek en 49,5% in verband met overige verslavingsproblematiek. Opvallend is het grote percentage heroïnegebruikers. Bij de registratie van het Boumanhuis is dit 38,1% en landelijk is het 28,6%. Merkwaardig is ook de stijging van cocaïnegebruik met 5,2% in 1995.

#### **Intramurale zorg**

Over de intramurale zorg is hoegenaamd niets bekend, eenvoudigweg omdat er niet systematisch wordt geregistreerd. Braam (1998) schrijft: 'Van de intramurale instellingen is er geen op allochtone verslaafden toegespitste informatie beschikbaar over het aantal opnames, reden van ontslag, verblijfsduur etc'. Dat is des te meer te betreuren omdat uit ervaringsgegevens bekend is dat allochtonen het in de meeste klinieken niet lang uithouden' (Ministerie van VWS 1997).

#### **Kenmerken van allochtone cliënten**

Allochtone cliënten zijn vaker drugcliënt dan alcoholcliënt. Van de allochtone cliënten is 69,4% drugcliënt en is slechts 20,7% alcoholcliënt. Bij autochtonen is dit verschil kleiner (47,6% drugcliënt tegen 43,9% alcoholcliënt). In dezelfde bron wordt vermeld dat 536 cliënten afkomstig uit Turkije en 1067 cliënten afkomstig uit Marokko in 1998 een beroep op de hulpverlening hebben gedaan (Kerncijfers LADIS 1998). Een andere karakteristiek van allochtone cliënten is dat zij minder vaak gokcliënten zijn. Uit de profielschets van gokcliënten van het LADIS blijkt dat een meerderheid van 81% van de in 1994 nieuw ingeschreven gokcliënten van autochtone afkomst is, 18% is allochtoon. Van de allochtone gokcliënten is 16% van Turkse herkomst, 23% van Surinaamse of Antilliaanse

herkomst, 17% Marokkaans en 4% Moluks. (In: Braam, Verbraeck en Wijngaart, 1998.)

### **Drop-out en hulpverleningscontacten**

Volgens Braam e.a. (1998) hebben allochtonen gemiddeld minder contacten met de hulpverlening en een hoger drop-out percentage dan autochtonen. De drop-out onder allochtonen ligt op bijna 65%, bij autochtonen op ruim 50% (Cruts, 1996). Marokkanen, veelal aangemerkt als probleemgroep bij uitstek, hebben het hoogste uitvalpercentage 70%, Turken 65%, Surinamers en Antillianen 64% en Molukkers het laagste 54%. Van den Broek en Etman (1997) menen: 'Er zijn al weinig allochtonen in de verslavingszorg, maar die er zijn, zijn in een maand verdwenen'. Cruts (1996) zoekt een deel van het drop-out probleem in de aard van het middelengebruik. Er zou ook sprake zijn van hogere drop-out, omdat allochtone cliënten vaker drugscliënt zijn.

## 4 Verklaring van verschillen in zorggebruik

### 4.1 Risicofactoren

Allochtonen vormen een bijzondere en mogelijk een kwetsbare groep in de samenleving. Zo wijst Schuyt (1995) op de problemen die zich bij migratie kunnen voordoen, zoals conflicten tussen de gedragsnormen van de oude en de nieuwe cultuur; de overgang van een plattelandsgemeenschap naar een stedelijke omgeving en de overgang van een homogene samenleving en cultuur naar een heterogene samenleving'. Allochtonen kunnen in het dagelijks leven op allerlei terreinen worden geconfronteerd met een 'conflict' tussen de culturele waarden uit het land van herkomst en die van het land van verblijf. Het leven in én met twee culturen is voor veel mensen een bijzondere opgave, die kan resulteren in het gevoel 'er niet bij te horen' en gemarginaliseerd te zijn.

De laatste jaren wordt wel gesignaleerd, met name in dagbladen, dat allochtone jongeren ook profijt hebben van hun 'tussenculturele positie', waardoor ze als het ware kunnen profiteren van 'the best of both worlds'. Schuyt gebruikt in dit verband de term 'maatschappelijke kwetsbaarheid'. Volgens Eldering & Knorth (1997) is het fenomeen van marginalisering van allochtone groepen kenmerkend voor alle Europese landen. Zij omschrijven met Werdmölder (1990) marginalisering als: '(...) een proces van afnemende participatie in maatschappelijke instituties, hetgeen vaak gepaard gaat met een vermindering in maatschappelijke weerbaarheid en zelfvertrouwen'. Voor jongeren zou dit in nog sterkere mate het geval zijn. Met de cultuur van hun ouders kunnen ze zich niet meer identificeren en met de dominante cultuur kunnen ze zich (nog) niet identificeren.

Marginalisering wordt volgens Elderingh en Knorth (ibid) zichtbaar in verhoogde percentages jongeren met slechte schoolresultaten, delinquent gedrag en zwerfgedrag. Zij wijzen hierbij ook op de invloed van risicofactoren in bepaalde allochtone gezinnen. Vooral allochtone jongeren uit grote gezinnen, waarin een autoritaire opvoedingsstijl wordt gebezigd en waarin een negatieve attitude ten opzichte van de kinderen heerst, lopen een verhoogd risico op marginalisering. Schuyt (ibid) schrijft, verwijzend naar de Rapportage Jeugd uit 1994 van het SCP: 'Vooral het beeld van jongeren van

allochtone herkomst is somber, hun kansen op werk zijn beduidend lager dan gemiddeld, terwijl de kans om problemen te krijgen (weglopen, druggebruik, zwerven) of zelf problemen te maken (vandalisme, diefstal en andere criminaliteit) verhoudingsgewijs veel hoger ligt. Schoolopleidingen worden minder vaak afgemaakt en als zij tot de diplomering op school blijven is deze opleiding weer lager dan de gemiddelde opleiding van hun leeftijdsgenoten. Er zijn belangrijke verschillen tussen allochtone meisjes en jongens, maar bij beide groepen zijn de psychosociale problemen het hoogst'. Een verklaring kan zijn dat de problematiek van de eerste generatie migranten wordt 'doorgegeven' aan de volgende generaties.

De maatschappelijke kwetsbaarheid van allochtonen zou onder meer blijken uit een verhoogd risico op psychische problemen en verslavingsgedrag. Oetting en Beauvais (1991) brengen verslaving ook in verband met etnische en culturele achtergronden en het functioneren in een multi-etnische samenleving en Galan (1988) wijst op de relatie tussen gezondheidsproblemen en biculturaliteit.

Er zijn aanwijzingen dat er bij allochtonen sprake is van specifieke risicofactoren. Zo wordt gewezen op discriminatie op grond van huidskleur als bron van stress; op sociaal-culturele determinanten als: andere opvattingen over ziekte en gezondheid, taalproblemen, lagere kwaliteit van gezondheidszorg in de landen van herkomst, de migratie zelf, andere opvoedingsgewoonten en leefstijlen en tenslotte op de gemiddeld lagere sociaal-economische status (Stronks, in: NWO/ZON, 1998; Uniken Venema, Schulpen & Van Wersch, in: NWO/ZON, 1998).

Op grond van verschillende overzichtsstudies werd door NWO/ZON een algemeen determinantenmodel ontwikkeld en gepresenteerd als 'Conceptueel model cultuur en gezondheid' voor het Onderzoeksprogramma Cultuur en Gezondheid (vergelijk ook: Stronks, Uniken Venema, Dahhan & Gunning-Schepers, 1999).

Cheung (1990) stelde een verklaringsmodel op voor verslaving bij allochtonen, dat in zijn conceptie sterke verwantschap vertoont met de gebruikelijke verklaringsmodellen voor de incidentie van psychische stoornissen. Hij onderscheidt: 1) premorbide factoren: leeftijd op moment van migratie, opleidingsniveau, socialisatie; 2) uitlokkende factoren: stress,

egoproblemen, discriminatie, sociaal-economische positie en 3) interveniërende factoren: identificatie met eigen etnische en dominante cultuur; integratiepogingen; betrokkenheid bij sociale en culturele activiteiten van eigen en dominante groep. In dit model wordt het transitieproces dat allochtonen doormaken (Van Bekkum et al, in: De Jong & Van den Berg, 1996) gecombineerd met de problematiek van het leven in de multi-etnische samenleving.

De Jong (1996) meent dat er voldoende indicaties zijn van een als slechter (dan autochtonen) ervaren gezondheid en een grotere prevalentie van psychosociale en psychosomatische problemen. Uniken Venema, Schulpen & Van Wersch (1998) komen in een overzichtsstudie tot dezelfde slotsom. In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 (Maas e.a., 1997) wordt het als volgt geformuleerd: ‘Over de gezondheidstoestand van de allochtone bevolking zijn weinig gegevens bekend. De informatie die er wel is, wijst in de meeste gevallen op een achterstand ten opzichte van de autochtone bevolking, ook als er vergeleken wordt met de autochtone bevolking met een lage SES’.

## **4.2 Psychische problemen en klachten**

Schrier en Selten (1995) vonden dat mannen en vrouwen geboren in Suriname, vrouwen geboren op de Nederlandse Antillen of in Kaap Verdi en mannen geboren in Marokko significant vaker bij een Rotterdamse AGGZ-instelling onder behandeling zijn voor schizofrenie dan seksegenoten geboren in Nederland. Wat de cliënten uit de tweede generatie betreft valt de hoge prevalentie van schizofrenie op bij mannen waarvan moeder en/of vader geboren is in Suriname. Deze bevindingen stemmen overeen met Brits onderzoek, waarin geconstateerd wordt dat bij eerste opnames van migranten uit het Afro-Caraïbische gebied de diagnose schizofrenie 3-7 maal zo vaak wordt gesteld als bij Britten (Cochrane, R. In: Bogers en de Jong, 1998). Een mogelijke verklaring van dit fenomeen wordt gezocht in de zogeheten ‘positieve-selectiehypothese’.

De suggestie is dat Surinamers met schizofrenie meer naar Nederland emigreren dan niet-schizofrene Surinamers, met als gevolg dat er relatief veel schizofrene Surinamers in de psychiatrische klinieken in Nederland zouden verblijven. Deze hypothese is onderzocht in een studie van Bogers en de Jong (1998) bij Surinamers in Nederland. De auteurs komen tot de

conclusie dat schizofrene cliënten en cliënten met symptomen van schizofrenie niet meer naar Nederland emigreren dan de Surinaamse bevolking in het algemeen. Cliënten lijken eerder minder te emigreren en bovendien meer te remigreren dan Surinamers in het algemeen. Zo dient, volgens de auteurs, de 'positieve-selectiehypothese' als verklaring voor de hoge frequentie van eerste opnames voor schizofrenie bij Surinamers verworpen te worden (Bogers en de Jong, 1998). De Jong meent dat de verklaring gezocht moet worden in de culturele bias van de DSM. De diagnose schizofrenie wordt gesteld bij mensen van een niet-westerse cultuur op basis van een westers diagnostisch systeem. In de transculturele psychiatrie wordt hiervoor de term 'categoriefout' gehanteerd (Forumdiscussie in: Culturen binnen psychiatriemuren III, 1995).

Bij allochtone cliënten is vaker sprake van gelijktijdige lichamelijke en psychische klachten, terwijl autochtone cliënten zich doorgaans alleen met psychische klachten melden. Allochtone cliënten, met name mannen, melden vaker spanningen, irritatie en agressie. Bij Turkse en Marokkaanse cliënten overheersen lichamelijke klachten (Hosper e.a., 1999). Knipscheer en Kleber (1998) menen dat niet-westerse mensen onwelbevinden op een geïntegreerd somatopsychologische wijze zouden ervaren. Onwelbevinden (distress) uit zich dan ook tegelijkertijd lichamelijk en psychisch. Bovendien bevordert taalisolement een zekere neiging tot somatiseren, 'lichaamstaal' is immers de enige taal die iedereen verstaat. Het uiten van lichamelijke klachten maakt voor deze mensen wellicht de lijdensdruk beter zichtbaar dan het eigen, subjectieve verhaal. Volgens Knipscheer en Kleber is somatisatie dan ook niet zozeer met bepaalde etnische culturen verbonden gedrag, maar eerder een uiting van de benarde situatie waarin de migrant verkeert. Somatiseren moet, in dit licht bezien, dan ook nadrukkelijk worden onderscheiden van een somatisatiestoornis.

Goetstouwers (1995) meent dat in de meeste gevallen sprake is van complexe problematiek, omdat er bij vrijwel iedere allochtone RIAGG-cliënt overleg is met andere instanties (politie, maatschappelijk werk etc.). De inventarisatie bij de ggz -instellingen in Westelijk Noord-Brabant (Van Thiel, 1997) laat zien dat bij de RIAGG (afdeling volwassenen) de hulpvragen van allochtone vrouwen geconcentreerd zijn rond gezinsproblematiek, opvoedingsproblemen en depressies. Hierbij worden bij de aanmelding vaak psychosomatische

klachten als eerste genoemd. Bij allochtone mannen staan de meeste klachten in verband met werkloosheid, problemen in de werksituatie en ermee samenhangende financiële problemen. Belangrijke aanmeldingsklachten vormen ook 'cultuurdilemma's' als bijvoorbeeld gezagscrises thuis. Bij de afdeling jeugd gaat het vooral over ontwikkelingsachterstand, cultuurproblemen en seksueel misbruik bij meisjes en een relatief hoog percentage tentamen suïcide. Bij de jongens komen vooral klachten voor rond leerproblemen en agressie. Bij de afdeling ouderen komen heel weinig hulpvragen. Meestal hebben zij met depressiviteit, miskenning en angst te maken.

Volgens Van Thiel zijn de hulpvragen bij de RIAGG sterk gerelateerd aan het klem zitten tussen twee culturen. In dit kader (zeker als het om therapiegevoeligheid gaat) is het natuurlijk van belang of mensen een interne, dan wel een externe attributiestijl hanteren. Hosper e.a. (1999) wijzen er op dat allochtone cliënten de oorzaak van hun klachten eerder zoeken in een vervelende gebeurtenis of situatie waar men geen controle over heeft. Minder snel geven zij een intrapsychische of relationele verklaring. Daarentegen zoeken veel autochtone cliënten naar verklaringen in de jeugd en in onzekerheid en identiteitsproblemen. Deze verklaringen lijken beter aan te sluiten bij de meer introspectieve benadering van veel hulpverleners, waarbij vooral psychische en relationele verklaringen worden gezocht bij het ontstaan van de klachten.

In een onderzoek onder eerste-generatie Turkse, Marokkaanse en Surinaamse vrouwen bij de RIAGG (Kunst en Pels, 1995) melden veel van de onderzochte vrouwen naast psychische klachten ook psychosociale problemen, die de woonsituatie, de leefsituatie en de relatie met anderen betreffen. Surinaamse en autochtone vrouwen schrijven de oorzaak van hun klachten veelal toe aan zichzelf of hun verleden. Turkse vrouwen noemen vooral een lichamelijk oorzaak en geven de voorkeur aan een behandeling met medicijnen. Mogelijk heeft ook hun keuze voor een behandeling door een arts of een psychiater hiermee te maken.

Marokkaanse en Surinaamse vrouwen geven vaker de voorkeur aan een behandeling door een maatschappelijk werkende. Weinig allochtone vrouwen kiezen voor psychotherapie. Bij Turkse en Marokkaanse vrouwen hangt dit wellicht samen met geringe mate van protoprofessionalisering (De Swaan e.a, 1979). Dit begrip verwijst naar de mate waarin

iemand in staat is zijn eigen klachten te vertalen in een behandelbaar probleem en daar vervolgens gepaste hulp voor te zoeken. Veel Turkse vrouwen willen een vrouwelijke hulpverlener. Dit kan mogelijk verklaard worden uit het feit dat zij meer problemen rapporteren met hun zelfbeeld alsook met seksualiteit en dat zij vaker een lichamelijke oorzaak van hun klachten en problemen aangeven.

### **Protoprofessionalisering**

De zorgvraag van allochtonen heeft vaak met sociale en cultuurspecifieke problemen te maken. De belangrijkste knelpunten bij het zoeken naar zorg zijn taalbarrière en cultuurverschillen. Schaamtegevoelens en onbekendheid met de instellingen spelen ook een grote rol. Het ontbreekt de ggz op zijn beurt aan voldoende zicht op allochtone verslaafden en cliënten met psychische problemen, verder is het moeilijk om cliënten in zorg te houden én ontbreekt het aan een eenduidig en consistent beleid.

Het is bekend dat de spectaculaire toename van het gebruik van ggz in de afgelopen decennia met name toegeschreven moet worden aan de toename van ambulante zorg. Dit heeft twee aspecten. Aan de ene kant worden psychische en psychosociale problemen door cliënten ervaren als 'behandelbaar' en zoekt men hulp bij het amw, de eerste lijn en de ambulante ggz. Aan de andere kant behoort heden ten dage meer en andersoortige problematiek thuis in het domein van de geestelijke gezondheidszorg.

Deze ontwikkeling wordt wel toegeschreven aan sociale processen als democratisering van de sociale verhoudingen, emancipatie van de burger en een sterke tendens naar individualisering, zowel in geografische als in sociaal-culturele zin (Wennink, 1998). Anders gezegd, tegelijk met de professionalisering van de ambulante ggz vond er in de samenleving een proces van protoprofessionalisering van cliënten plaats. De huidige cliëntèle van de RIAGG heeft geleerd het eigen leven, en de problemen die zich daarin voordoen, te duiden in ontwikkelingspsychologische termen en zoekt therapeutische oplossingen.

Het is denkbaar dat bepaalde categorieën migranten deze ontwikkeling niet of nog niet heeft doorgemaakt. Ook lijkt het van belang dat veel allochtonen in zogeheten 'gesloten netwerken' verkeren, waarin weinig kennis over geestelijke (on)gezondheid en geestelijke gezondheidszorg voorhanden is.

Dit kan psychologisch gezien resulteren in weerstand tegen het spreken over persoonlijke problemen of zelfs in een taboe op het spreken zelf. Het is in ieder geval opvallend dat psychische problemen vaak in combinatie met somatische problemen worden gepresenteerd, dan wel dat er sprake lijkt van het somatiseren van psychische problemen. Het sociale isolement, nog versterkt door een taal- en cultuurisolement, zou de neiging tot somatiseren sterk bevorderen.

Hoe het ook zij, het vermoeden lijkt gewettigd dat allochtonen zich pas tot de ggz wenden, wanneer er sprake is van wat wel 'grande psychiatrie' wordt genoemd, dat wil zeggen psychische stoornissen als psychosen en stemmingsstoornissen. Ook als gaat het om organische syndromen, verslaving en gedrags- of persoonlijkheidsstoornissen, mag verwacht worden dat de gang naar de (intramurale)ggz sneller wordt gemaakt. In al deze gevallen geldt immers dat de aanwezigheid van deze problematiek niet alleen voor de cliënt een last is, maar ook voor diens omgeving. Een en ander kan mogelijk dienen als verklaring voor bijvoorbeeld het grote aantal allochtone cliënten, zowel in de ambulante ggz als in de intramurale ggz, met de diagnose schizofrenie of voor bijvoorbeeld het grote aantal cliënten dat met voorbijgaan aan de ambulante ggz direct wordt opgenomen, dan wel dat via crisisdiensten met de ambulante ggz in contact komt. Ook verklaart dit fenomeen mogelijk voor een deel het grote verschil tussen enerzijds de redelijke initiële toegang tot de ggz en anderzijds de achterblijvende prevalentie en de lage intensiteit van zorg (weinig contacten, hoge drop-out en lage zorgtrouw).

#### **4.3 Hulpbehoeften van cliënten en hulpzoekgedrag**

Hosper e.a. (1999) menen dat de hulpvragen van allochtonen weinig verschillen van die van autochtonen. Autochtonen vragen alleen significant minder om medicijnen. Meer dan de helft van de door hen geïnterviewde allochtone cliënten heeft behoefte aan een hulpverlener uit de eigen etnische groep. Deze behoefte is niet bij alle groepen even sterk aanwezig. Surinaamse cliënten hebben opvallend vaak behoefte aan een Surinaamse hulpverlener (77%), terwijl Turken (47%) en vooral Marokkanen (20%) minder behoefte hebben aan een hulpverlener met gelijke etniciteit.

Uit de onderzoeken van Hosper e.a. (1999) en Langendoen (1995) blijkt dat autochtone cliënten vaker dan allochtonen door een andere ggz-instelling verwezen worden naar de RIAGG. Allochtonen worden vaker verwezen via gemeenschapsvoorzieningen. Volgens Sterman (1996) is het gebrek aan voorlichting door de verwijzer een van de oorzaken van de slechte aansluiting tussen het hulpaanbod en de verwachtingen van de cliënt. Hosper e.a. (ibid) constateren dat de (sub)culturele en sociale achtergrond van de cliënt een belangrijke rol spelen bij het zoeken naar een verklaring voor verschillen in het verwijstraject en het hulpzoekgedrag. De grote onbekendheid van allochtonen met de ggz heeft vermoedelijk te maken met het feit dat veel van deze cliënten over het algemeen minder geprototprofessionaliseerd zijn dan autochtonen.

Veel allochtonen zijn afkomstig uit landen waar de geestelijke gezondheidszorg weinig ontwikkeld of gedifferentieerd is. Bovendien verkeren veel (oudere)allochtonen in relatief gesloten netwerken en zijn zij sterk gericht op de familie. Het valt te betwijfelen of binnen die gesloten netwerken veel kennis bestaat over de Nederlandse ggz. Evenmin lijkt het waarschijnlijk dat men gemakkelijk persoonlijke of psychische problemen ter sprake zal brengen. Hier komt bij, verschillende auteurs wijzen daar op, dat er een zekere angst bestaat voor stigmatisering als psychisch gestoorde en dat, wellicht mede daarom, veel psychische klachten worden gepresenteerd als somatische klachten. De gepresenteerde cijfers maken duidelijk dat de initiële toegang tot de ambulante ggz voor met name Turken en Marokkanen bepaald goed te noemen is. Het probleem schuilt in de lage prevalentie en in een vooral voor Surinamers, Antillianen en Arubanen geldende 'intramurale bias'. Het heeft er alle schijn van dat de ggz, tengevolge van dit type cultuurverschillen, niet adequaat is toegerust op zijn allochtone cliënten (Vissers, 1996).

#### **4.4 Cultuurverschillen**

De taalbarrière en mogelijke cultuurverschillen worden benadrukt door Thiel en Bonarius (1997), die onderzoek uitvoerden onder de Turkse en Marokkaanse bevolking in de regio Westelijk Noord-Brabant. Zij menen dat de hulpvragen van allochtonen op het eerste gezicht niet verschillen van die van autochtonen, maar wijzen op de samenhang met de specifieke situatie van allochtonen. Het betreft problemen die

kenmerkend zouden zijn voor allochtonen, zoals sociaal isolement, slechte arbeidsmarktpositie, rollen en opvoedingsconflicten

die samenhangen met de cultuurverschillen thuis en in de Nederlandse samenleving, financiële problematiek en een als uitzichtloos ervaren situatie.

Saillant zijn de knelpunten die de respondenten ervaren in hun contact met de ggz. Men heeft het idee dat klachten niet goed overkomen bij de hulpverlener en dat zij niet serieus genomen worden. De meerderheid van de respondenten geeft de voorkeur aan een hulpverlener met een zelfde achtergrond. Nederlandse hulpverleners kunnen zich minder inleven in de problemen en oplossingen passen lang niet altijd bij de cultuur van de hulpvrager. Men heeft geen tolk of wil geen tolk inschakelen vanwege geheimhouding. Bij problemen met betrekking tot opvoeding vinden veel allochtone ouders dat hun kinderen, die meer vernederlandst zijn, voorgetrokken worden.

Als een knelpunt worden ook schaamtegevoelens om voor problemen hulp te zoeken genoemd. Voor hulp of zorg stappen de meeste respondenten als eerste naar familie en vrienden. Vaak weten de respondenten niet bij welke instelling ze moeten zijn als ze bepaalde problemen hebben of weten zij niet hoe zij de instellingen moeten benaderen. Men heeft ook weinig informatie over wat de instellingen te bieden hebben. De meeste respondenten vinden bovendien dat zij te lang moeten wachten voor er hulp wordt geboden.

Uit de geraadpleegde literatuur naar voren dat er relatief weinig systematische kennis voorhanden is over de aard van de hulpvraag van allochtone verslaafden (Braam e.a., 1998), noch over de effectiviteit van de hulpverlening voor deze cliënten (Van den Broek en Etman, 1997). Het zijn problemen die 'het-resultaten-scores' op dit terrein mogelijk enigszins belemmeren. Braam e.a. (1997) voegen aan deze problemen nog enige knelpunten toe: Er is sprake van gebrek aan grip op degenen die zich bij de zorg aangemeld hebben. Vaak ervaren allochtonen het intakegesprek als te formeel en bureaucratisch, zij vinden het moeilijk om binnen korte tijd alle vuile was buiten te hangen, terwijl men dat liever binnen de familie houdt, vaak zijn intake gesprekken te confronterend en veroorzaken schaamte.

Er is geen doorstroom naar hoogdrempeliger vormen van zorg. Uit de bronnen komt naar voren dat allochtone harddrugverslaafden (vooral Surinamers) in laagdrempelige methadonverstrekkingprogramma's blijven zitten en geen gebruik maken van therapeutische hulp.

Communicatieproblemen spelen zich op verschillende niveaus af. Op het meest basale niveau zijn er problemen tussen allochtone hulpvrager en de hulpverlener, omdat zij niet dezelfde taal spreken. Vaak is er sprake van een inhoudelijk communicatie probleem. Tenslotte is er nog een relationeel communicatieprobleem: de relatie tussen een hulpverlener en een hulpvrager is per definitie een verticale relatie. Een andere knelpunt is dat men vooral 'witte' hulpverleningsmethodieken zou gebruiken en dat hulpverleners culturele deskundigheid ontberen.

## **5 Samenvatting en slotopmerkingen**

### **5.1 Inleiding**

Dit afsluitende hoofdstuk bestaat uit een samenvatting waarin de resultaten van onderzoek naar zorggebruik nog eens op een rij worden gezet. Daarnaast volgt ter afsluiting van deze achtergrondstudie een korte beschouwing over de resultaten.

### **5.2 Gedifferentieerd beeld**

De toegang tot de ggz en het gebruik van zorg verschillen markant voor de verschillende groepen allochtone cliënten. De relatie van de ggz met Surinaamse, Antilliaanse en Arubaanse cliënten is kenmerkend anders dan de relatie met Turkse en Marokkaanse cliënten. De toegankelijkheid van de ambulante ggz voor de laatste twee groepen lijkt goed, maar juist slecht voor de eerste drie groepen. Surinaamse, Antilliaanse en Arubaanse cliënten zijn daarentegen vooral te vinden in de intramurale ggz, die daarmee in zekere zin voor hen juist te toegankelijk lijkt. Turkse en Marokkaanse cliënten worden in de intramurale ggz vrijwel niet aangetroffen.

Hierbij moet worden aangetekend dat de toegankelijkheid per regio sterk lijkt te verschillen en dat er een verschil lijkt te bestaan tussen de grote steden en de rest van Nederland. Voor alle groepen allochtone cliënten geldt dat de zorgconsumptie achterblijft bij die van autochtone Nederlanders. Om dit beeld te compliceren, zijn er sterke aanwijzingen dat de relatie van de ambulante ggz met jongere allochtonen het spiegelbeeld is van de relatie met volwassen allochtonen. Zo komen Antilliaanse en Surinaamse jongeren meer dan hun autochtone leeftijdsgenoten in zorg. Een tweede complicatie betreft het grote verschil tussen het zorggebruik van allochtone mannen en vrouwen.

Het grootste probleem ligt niet zozeer in een gebrekkige toegankelijkheid van de ggz, maar in enerzijds het geringe aantal contacten en anderzijds in de hoge drop out bij allochtone cliënten. Verklaringen hiervoor worden gezocht in communicatieproblemen en culturele verschillen die het volgen van een behandelplan kunnen bemoeilijken. Opmerkelijk is dat het geringe aantal contacten en de hoge drop out ook wel verklaard worden met de (soms) andere aard

van de hulpvraag van allochtone cliënten. In een aantal gevallen zou het niet-psychiatrische of minder ernstige problematiek betreffen die (ten onrechte) door de eerstelijnszorg wordt doorverwezen.

Ook problemen rond toegankelijkheid of zorggebruik in de verslavingszorg worden gerelateerd aan het gefragmenteerde aanbod, een onvoldoende match van het aanbod met de hulpvraag van allochtone cliënten. De kritiek richt zich op het vermeende ethnocentristische karakter van de verslavingszorg, een gebrek aan deskundigheid en vooral aan het ontbreken van voldoende allochtone hulpverleners. Natuurlijk wordt als verklaring voor de ondervertegenwoordiging en hoge drop out van allochtone cliënten ook gewezen op taalproblemen, onbekendheid met de hulpverlening, en gevoelens van wantrouwen en schaamte.

### **Ambulante ggz**

Van alle ggz-instellingen hebben de RIAGG's het hoogste percentage allochtone cliënten in zorg en het heeft er alle schijn van dat het aantal allochtone cliënten aan het toenemen is. Hierbij is overigens wel sprake van aanzienlijke regionale verschillen. In de Randstad zijn allochtonen in veel (maar niet alle) RIAGG's oververtegenwoordigd (ten opzicht van hun aandeel in de bevolking), terwijl in de RIAGG's buiten de randstad sprake is van een relatieve ondervertegenwoordiging. In vergelijking met autochtone Nederlanders komen veel allochtone cliënten via de crisisdienst met de RIAGG in contact. Het crisiscontact voor veel van deze cliënten verloopt via het politiebureau (meer dan de helft van alle politiebureaucontacten betreft allochtone cliënten). Veel allochtone cliënten hebben slechts éénmalige contacten met de ambulante ggz of krijgen vaker kortdurende behandelingen.

In het algemeen zijn allochtone cliënten van de ggz jonger dan autochtone cliënten. De meeste allochtone cliënten van de RIAGG bevinden zich in de leeftijdsgroep van 20 tot 40 jaar. Opvallend is het kleine aantal allochtonen dat in de ouderenzorg ingeschreven is.

Net zoals bij autochtone cliënten van de RIAGG vormen bij allochtone cliënten de vrouwen de meerderheid. Turkse en Marokkaanse cliënten daarentegen zijn voornamelijk man (van alle groepen maken Marokkaanse vrouwen het minst gebruik van de RIAGG). Dit neemt niet weg dat er relatief gesproken meer allochtone dan autochtone mannen bij de RIAGG

bekend zijn. Het contact met allochtone vrouwen blijft vaak beperkt tot de intake.

Allochtonen melden zich vaker dan autochtonen met complexe problematiek. Zij hebben naast psychische klachten ook somatische, psychosociale en materiële problemen. Zij hebben ook vaker een voorkeur voor medicijnen. Er zijn belangrijke verschillen tussen de diagnostische kenmerken van de twee groepen gevonden. Het meest opvallend is de relatief grotere omvang van psychotische stoornissen bij allochtone cliënten en het grote aantal gevallen van schizofrenie bij Surinaamse cliënten. Allochtonen lijden vaker aan aanpassingsstoornissen, terwijl autochtonen vaker de diagnose stemmings- of angststoornis krijgen. Opvallend is verder dat autochtone cliënten veelal intrapsychische of relationele verklaringen zoeken voor hun problemen, terwijl allochtone cliënten meer geneigd zijn om de oorzaak van hun klachten buiten zichzelf te zoeken.

### **Intramurale ggz**

In de intramurale ggz zijn allochtone cliënten ondervertegenwoordigd. Zij worden in veel mindere mate opgenomen dan op grond van de bevolkingsaantallen en de veronderstelling van een verhoogd risico (lage sociaal-economische status) mag worden verwacht. Allochtone cliënten (op Turken na) worden vaker door de RIAGG verwezen dan autochtone cliënten. Dit verschil is heel duidelijk bij vrouwen. Het is opmerkelijk te noemen dat Turkse vrouwen en mannen in vergelijking met autochtonen vaker verwezen worden door een algemeen ziekenhuis. Naar verhouding worden veel Surinaamse en Antilliaanse en minder Turkse en Marokkaanse cliënten opgenomen. In geval van ziekte worden allochtonen in het algemeen langer door de familie verzorgd.

Allochtone cliënten, en dan met name Surinaamse en Antilliaanse mannen, worden vaker onvrijwillig opgenomen en hebben een kortere behandelduur. Een deel van het grote aantal onvrijwillige opnames bij allochtonen hangt mogelijk samen met het feit dat het om jonge mannen gaat. Jonge mannen worden nu eenmaal vaker gedwongen opgenomen. Ten opzichte van de autochtone cliënten is er bij Antilliaanse en Surinaamse cliënten sprake van meerdere opnames. Opvallend is overigens dat, evenals in de ambulante ggz, ook bij opgenomen Surinamers en Antillianen de diagnose schizofrenie vaker wordt gesteld dan bij autochtonen. Even

opvallend is natuurlijk dat dit bij Turkse cliënten juist niet het geval is.

Allochtone vrouwen zijn sterk ondervertegenwoordigd in de intramurale ggz en als zij gebruik maken van intramurale zorg verblijven zij korter dan autochtone vrouwen. Er is daarentegen een sterke oververtegenwoordiging van allochtone vrouwen in de maatschappelijke opvangvoorzieningen. Zij hebben ook een relatief langduriger verblijf dan autochtone vrouwen in die instellingen. Het valt op dat vergeleken met autochtone vrouwen Marokkaanse vrouwen driemaal en Antilliaanse en Arubaanse vrouwen tweemaal zoveel kans hebben om opgenomen te worden in een van de vier Amsterdamse vrouwenopvangcentra (Ten Have e.a., 1996).

### **Jeugdzorg**

Per instelling lijken de aantallen allochtone jeugdige cliënten sterk te wisselen. In de ene instelling zijn zij oververtegenwoordigd en in de andere ondervertegenwoordigd. De beschikbare gegevens suggereren dat de aantallen allochtone jeugdige cliënten in de ambulante ggz in de randstad aanzienlijk groter zijn dan buiten de randstad. Of dit zo is omdat jongeren in de randstad meer problemen hebben of omdat de instellingen in de randstad meer toegankelijkheid zijn, is niet duidelijk. Aannemelijk is dat veel allochtone jeugdigen in een laat stadium met de hulpverlening in aanraking komen, aangezien zij eerder met gedwongen vormen van hulpverlening te maken krijgen (zoals justitiële inrichtingen, OTS).

### **Ouderenzorg**

Uit de nu beschikbare cijfers blijkt dat er nagenoeg niets bekend is over het gebruik van ggz door oudere allochtonen. De beschikbare cijfers zijn bovendien vaak van lage kwaliteit en verouderd. Voor zover er data voorhanden zijn, suggereren ze een sterke ondervertegenwoordiging van allochtonen in de zorg. De cijfers suggereren bovendien grote regionale verschillen. Van de onderscheiden groepen allochtonen lijken Surinamers (met name mannen) nog relatief het best vertegenwoordigd. Oudere allochtonen lijken meer bekend te zijn bij de RIAGG dan bij andere vormen van GGZ en verslavingszorg.

### **Verslavingszorg**

In de verslavingszorg zijn relatief veel allochtonen te vinden. Echter, in vergelijking met hun aandeel in de bevolking zijn zij ondervertegenwoordigd. Ook voor de verslavingszorg geldt dat het drop-out percentage en het aantal éénmalige contacten van allochtone cliënten veel hoger is dan voor autochtonen. In de populatie van de ambulante verslavingszorgcliënten hebben Surinamers het grootste aandeel. Bij Marokkanen is het hoogste uitvalpercentage te zien. In deze sector is sprake van een forse ondervertegenwoordiging van Turkse cliënten. De aard van het middelengebruik van allochtone en autochtone cliënten verschilt duidelijk. Allochtonen zijn vaker drugsverslaafd, dan alcohol- of gokverslaafd.

### **Forensische psychiatrie**

In de forensische psychiatrie zijn allochtonen (in vergelijking met hun aandeel in de bevolking) in grotere mate vertegenwoordigd dan autochtonen. Markant is dat 30% van de totale TBS-populatie een niet-Nederlandse achtergrond heeft. Allochtone TBS-gestelden zijn niet evenredig verdeeld over de TBS-inrichtingen, maar sterker vertegenwoordigd in afdelingen voor psychotische cliënten. De etnische groepen verschillen ook in hun vertegenwoordiging in de forensische psychiatrie. De helft van de allochtone cliënten heeft een Antilliaanse of Surinaamse achtergrond, tegenover drie procent met een Turkse of Marokkaanse achtergrond. Naar verwachting zal de omvang van de laatste groep in de toekomst toenemen, gegeven het feit dat een kwart van de jongeren in de jeugdinstellingen van Marokkaanse of Turkse afkomst is.

### **Slotopmerkingen**

De bevindingen van deze studie onderstrepen nog eens hoe betekenisloos het is om in algemene bewoordingen te spreken over allochtonen. Natuurlijk is het niet verrassend dat de relatie van verschillende allochtone groepen met de ggz onderling verschilt, of dat het voor jongeren anders ligt dan voor volwassenen en ouderen, of voor vrouwen anders dan voor mannen, of in grote steden anders dan in de regio. Het denken en spreken in termen van allochtonen en autochtonen impliceert daarbij zowel een culturele partis pris, als een hindernis voor de analyse van de complexe en kennelijk wat onwennige relatie tussen de ggz en verschillende groepen allochtone cliënten.

Op grond van de verzamelde literatuur kan geconcludeerd worden dat de informatie over de geestelijke (on)gezondheid

van allochtonen en over het gebruik van de geestelijke gezondheidszorg door allochtone cliënten summier en nogal fragmentarisch is. Gegeven de ‘deplorabele’ stand van kennis en de geringe hoeveelheid informatie kan als eerste worden vastgesteld dat er dringend behoefte is aan uniformering van begrippen en de invoering van uniforme en gestandaardiseerde registratie van etniciteit in alle betrokken sectoren van zorg. Verder zal het duidelijk zijn dat er prioriteit zou moeten liggen bij:

- gericht epidemiologisch onderzoek naar psychische morbiditeit in de verschillende allochtone bevolkingsgroepen;
- cohortonderzoek om meer zicht te krijgen op risicofactoren voor psychische morbiditeit;
- verklarend en toetsend onderzoek naar de factoren die samenhangen met toegankelijkheid van de zorg, drop-out en zorgtrouw (zorgcarrières);
- onderzoek naar zorgbehoefte en satisfactie van allochtone cliënten;
- effectonderzoek naar verschillende vormen van (cultuurspecifieke) zorg en zorgprogramma’s.

Behalve knelpunten in de kennis, is uit deze studie gebleken waar knelpunten liggen in het zorgaanbod aan allochtone cliënten. Communicatieproblemen en cultuurverschillen liggen aan veel van deze knelpunten ten grondslag. In verwachtingspatronen, hulpzoekgedrag, ziektebeleving en –uiting, opvattingen over behandelingen, therapietrouw en effecten van behandelingen komt de verscheidenheid aan culturele en morele achtergronden aan het licht. Het zorgaanbod is daarop nog onvoldoende afgestemd, zorgverleners zijn nog onvoldoende voorbereid en toegerust op de zorg aan allochtone cliënten. Omgaan met zorgvragers met een verschillende culturele en morele achtergronden vraagt van zorgverleners het vermogen om cultuursensitief te zijn, verschillen te overbruggen en vervolgens zorg op maat te bieden. Dat is geen geringe opgave, maar wel een uitdaging.

# Bijlagen



## Bijlage 1

### Tabellen

**Tabel 1** Jaaraantal patiënten uit de registerregio (exclusief dubbelstellingen) in 1991 naar etnische herkomst per 1000 van de bevolking<sup>1</sup>

	Ned	Ma	Tu	KV	NA	Sur	Ov.
0-17 jaar	19.2**	12.2*	10.3*	36.7	33.0	55.6	31.4
19-64 jaar	33.5	32.0	34.6	9.4	11.6	18.4	21.0
65 eo.	39.6	-	-	-	-	12.0	7.2
Per 1000 inwoners	31.7**	21.5	25.1	12.2	16.3	22.3	20.3
N	21161	433	826	94	149	706	1086

\* Per 1000 inwoners van de bevolking t/m 17 jaar naar nationaliteit

\*\* Herberekend voor in Nederland geboren Marokkanen en Turken t/m 17 jaar. Ned=Nederland; Ma=Marokko; Tu=Turkije; KV=Kaap Verdische eilanden; Na=Nederlandse Antillen; Sur=Suriname; Ov=Overig

In Rotterdam e.o. zijn de bovenvermelde jaarprevalenties gevonden. De jaarprevalentie is het aantal inwoners in de registerregio dat in 1991 tenminste één contact of opnamedag heeft gehad. Iedere cliënt is slechts éénmaal geteld ook wanneer met meerdere instellingen contact is geweest. De onderzoekers hebben gebruik gemaakt van contactgegevens in 1991 van de RIAGG's, CAD's, poliklinieken, beschermende woonvormen (BW), psychiatrische woonvoorzieningen (PWV), crisisopvang, een herstellingsoord en psychiatrische klinieken (algemeen, universitair, kinder- en jeugd, verslavingsklinieken). (Wierdsma en Uniken Venema, 1996).

<sup>1</sup> De titels van tabel 1 en tabel 2 zijn veranderd ten opzichte van de oorspronkelijke publicatie. Dit is gedaan na een schriftelijke overleg met A. Wierdsma van 4 nov. 1999.

**Tabel 2 Het gebruik van voorzieningen in Rotterdam e.o. door migranten (obv. geboorteland). Jaaraantal patiënten in de leeftijd van 18 tot 65 jaar in 1991, percentages per voorziening en tussen hakken in vergelijking tot het aandeel in de bevolking (Wierdsma en Uniken Venema, 1996)**

Voorziening	Ned	Ma	Tu	KV	NA	Sur.	Ov.	Tot
RIAGG	83.2 (107)	2.9 (126)	4.1 (108)	0.5 (36)	0.5 (36)	3.1 (57)	4.5 (57)	13171
Polikliniek n	89.7 (115)	1.0 (43)	0.9 (24)	0.0 -	0.7 (50)	3.1 (57)	4.3 (54)	4293
CAD	90.0 (116)	0.4 (17)	0.1 (3)	0.0 -	0.2 (14)	1.3 (24)	7.7 (97)	4751
APZ dag behandeling	92.7 (116)	0.3 (13)	1.7 (45)	-	0.3 (21)	2.0 (37)	3.0 (38)	919
APZ kliniek	86.8 (119)	1.4 (61)	1.0 (26)	0.1 (7)	0.7 (50)	3.5 (65)	6.1 (77)	3246
PUK kliniek	87.7 (112)	1.0 (43)	1.3 (34)	- -	- -	5.5 (102)	3.9 (49)	309
Verslavings- kliniek	89.0 (114)	0.7 (30)	0.5 (13)	- -	0.7 (50)	2.8 (52)	6.4 (81)	998
BW/PW	86.5 (111)	1.0 (43)	- -	- -	1.3 (93)	6.4 (119)	4.8 (61)	311
Herst. Oord	96.7 (124)	0.5 (22)	1.2 (32)	- -	- -	0.5 (0)	- -	213
Bevolking Regio	77.8 (100)	2.3 (100)	3.8 (100)	1.4 (100)	1.4 (100)	5.4 (100)	7.9 (100)	

**Tabel 3 Eerste contact met de ggz in Rotterdam e.o. naar soort voorziening en geboorteland, uitgedrukt als percentage van het aantal patiënten in de leeftijd van 20 tot 60 jaar(Wierdsma en Uniken Venema, 1996)**

Soort voorziening	geboorteland					
	Nederland	Suriname	Nederlandse Antillen	Turkije	Marokko	Kaap Verd. Eilanden
RIAGG	85%	80 %	77%	95%	94%	94%
Polikliniek	9%	10%	9%	3%	1%	-
Semimurale zorg	2%	1%	3%	1%	1%	-
PAAZ / PUK	1%	0%	-	1%	-	-
APZ-kliniek	4%	9%	11%	0%	4%	6%
N	5077	233	35	337	190	32

**Tabel 4 Classificatie van patronen van zorg, percentage van het aantal patiënten in “gematchte” groepen (naar achterstandsscore van woonbuurt, leeftijd en geslacht) in Rotterdam e.o.(Wierdsma en Uniken Venema, 1996)**

Zorgpatroon	geboorteland					
	Nederland	Suriname	Nederland	Turkije	Nederland	Marokko
Enmalig contact	20,4	32,6	19,7	23,0	16,4	20,2
Kortdurende behandeling	36,5	33,7	32,4	38,7	38,4	41,3
Intensieve behandeling	38,0	22,1	41,3	37,2	39,0	35,6
Intramurale zorg	2,5	11,6	6,6	1,0	6,2	2,9
N	137	86	259	191	146	104

**Tabel 5 Methadoncliënten Rotterdam naar geboorteland, 1997 (Van Driel en Wierdsma, 1999)**

Geboorteland	Aantal inwoners (15 tot 65 jaar)	Aantal methadon- cliënten	Per 10.000 inwoners
Nederland	276.357	850	30.7
Suriname / Antillen	35.780	266	74.3
Marokko	14.442	53	36.7
Turkije	20.338	22	10.8
Overig	47.070	222	47.2
Totaal	394.167	1.413	35.8

**Tabel 6 Inschrijvingen in de Haagse RIAGG's naar culturele herkomst en geslacht (May, 1997)**

Culturele herkomst	Mannen		Vrouwen		Totaal
	Abs.	%	Abs.	%	
Nederlanders	8.449	39,7	12.840	60,3	21.289
Mediterranen/Marokkanen	507	68,3	235	31,7	742
Indonesiërs/Indische Nederlanders	232	40,3	343	59,7	575
Surinamers	750	37,7	1.237	62,3	1.987
Antillianen/Arubanen	119	41,3	169	58,7	288
Turken	400	47,8	437	52,2	837
Totaal	11.012		16.136	59,4	27.148
Migranten	1.776	46,1	2.078	53,9	3.854

**Tabel 7** Inschrijvingen in de Haagse RIAGG's naar culturele herkomst en afdeling (in percentages) (May, 1997)

Culturele herkomst	Psychotherapie	Sociale Psychiatrie	Volwassenenzorg	Jeugdzorg	Ouderenzorg
Nederlanders	33,4	27,5	61,0	20,5	18,6
Med./Marokk.	19,1	56,5	75,6	24,2	0,2
Ind./Ind.Ned.	31,3	26,1	57,4	14,8	27,8
Surinamers	25,6	39,8	65,4	33,1	1,5
Ant./Arubanen	33,4	28,8	62,2	36,8	1,0
Turken	23,7	48,0	71,7	28,2	0,1
Migranten	24,6	44,0	68,4	30,6	0,9

**Tabel 8** Amsterdamse bevolking naar culturele achtergrond, aantal opnames en opnames per 1000 inwoners, 1995 (Jaaroverzicht ggz Amsterdam,1995)

Culturele achtergrond	Bevolking - %	Opnames - %	Opnames per 1000 inw.
Nederland	58,1%	76,3%	5,24
Suriname	9,6%	7,5%	3,13
Nederlandse Antillen	1,5%	1,2%	3,43
Turkije	4,3%	1,5%	1,39
Marokko	6,5%	3,7%	2,29



## Bijlage 2

### Onderzochte populaties in de verschillende studies

Goetstouwers, 1995: Hier wordt onderscheid gemaakt tussen Surinamers, Ghanezen, Antillianen/Arubanen, ‘overige’ allochtonen, Marokkanen en Turken. Dit zijn cliënten geboren in deze landen. De tweede generatie blijft buiten beeld.

Ten Have, Rodrigues & Bijl, 1996: De auteurs hanteren de omschrijving van het Amsterdamse Bureau voor Onderzoek en Statistiek (O&S) van 1995: Allochtonen zijn personen die zich van elders komend in Nederland hebben gevestigd en hun nakomelingen tot in de tweede generatie.

Hosper e.a., 1999: Hier gaat het om cliënten van AGGZ-instellingen. Het merendeel van deze personen behoort tot de eerste generatie allochtonen.

Jaaroverzichten ggz Amsterdam 1994, 1995, 1996: Hier wordt de achtergrond van een cliënt als niet-Nederlands beschouwd als hij/zij of een van beide ouders in het buitenland geboren zijn.

Kunst & Pels, 1995: In dit onderzoek hebben 57 vrouwen, geboren in Turkije, Marokko of Suriname vragenlijsten beantwoord.

Langendoen, 1995: De allochtone cliënten die in het onderzoek worden betrokken zijn: Marokkanen, Turken, Surinamers, Antillianen/Arubanen en vluchtelingen/asielzoekers. Deze personen zijn in het buitenland geboren (eerste generatie) of tenminste een van de ouders is buiten Nederland geboren (tweede generatie).

May (1997): In dit onderzoek gebruiken de auteurs de term ‘allochtoon’ voor iedereen die niet als Nederlander is geregistreerd in het RIAGG Informatie Systeem (RIS). Bij de ene instelling wordt de nationaliteit als identificatiecriterium gebruikt, terwijl bij de andere instelling sprake is van zelfidentificatie of identificatie naar inzicht van de behandelaar. Migrant wordt gebruikt als een verzamelnaam

binnen de categorie allochtonen, die betrekking heeft op Surinamers, Turken, Mediterraneanen, Marokkanen, Antillianen en Arubanen.

Register bulletin Rotterdam, 1994: In dit bulletin zijn cliënten in de intramurale sector naar geboorteland geregistreerd. In de ambulante sector wordt de nationaliteit van de cliënten geregistreerd, gespecificeerd voor het geboorteland.

Selten & Sijben, 1994: In dit onderzoek wordt gekeken naar geboorteland.

Schrier & Selten, 1995: In het onderzoek wordt onderscheid gemaakt naar geboorteland (eerste generatie cliënten). De tweede generatie wordt in dit onderzoek gedefinieerd als de mensen die zelf geboren zijn in Nederland, doch wiens moeder en/of vader buiten Nederland is geboren.

Van Thiel & Bonarius, 1997: In dit onderzoek zijn 94 Turkse en Marokkaanse personen geïnterviewd. Het wordt niet gespecificeerd of er om slechts eerste of ook om de tweede generatie gaat.

Vissers, 1996: Hier wordt het geboorteland als criterium genomen.

Wierdsma & Uniken Venema (1996): In dit onderzoek wordt alleen gekeken naar het geboorteland van cliënten (de verschillende instellingen definiëren en registreren etniciteit té uiteenlopend). Wanneer het geboorteland niet bekend is, maar wel de nationaliteit, dan wordt deze als aanwijzing voor het geboorteland gebruikt. De beperking van de informatie tot het geboorteland van de betrokkene betekent dat het gedeelte van de tweede-generatiemigranten met een Nederlandse nationaliteit uit beeld verdwijnt vanwege onbekendheid van het geboorteland van een of beide ouders.

## Bijlage 3

### Lijst met afkortingen

AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
CAD	Consultatiebureau Alcohol en Drugs
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
JAC	Jongeren Advies Centrum
JHV	Jeugd Hulpverlening
KIB	Kliniek Intensieve Behandeling
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie- systeem
NCB	Nederlands Centrum Buitenlanders
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NIG	Nederlands Instituut voor Gerontologie
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheids- bevordering en Ziektepreventie
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschap- pelijk Onderzoek
NZI	Nationaal Ziekenhuisinstituut
OTS	Onder Toezicht Stelling
PAAZ	Psychiatrische Afdeling van een Academisch Ziekenhuis
PIGGZ	Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg
PUK	Psychiatrische Universiteitskliniek
PWV	Psychiatrische Woonvoorziening
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RIVM	Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu
RSU	RIAGG Stad Utrecht
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
RWU	RIAGG Westelijk Utrecht

SBP	Stedelijk Bureau Patiëntenstromen
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SGBO	Onderzoeks-en adviesbureau
SOGG	Stichting Overleg Geestelijke Gezondheids zorg
SPD	Sociaal-psychiatrische Dienst
SRJV	Stichting Registratie Jeugd Voorzieningen
TBS	Maatregel voor Terbeschikkingstelling
Ti	Trimbos-instituut
VOG	Vereniging voor Ondernemingen in de Gepremieerde en gesubsidieerde sector
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Docu- mentatie Centrum van het Ministerie van Justitie
WPR	Wet Persoonsregistratie
ZON	Zorg Onderzoek Nederland

## Bijlage 4

### Geraadpleegde literatuur

‘Allochtonen en geestelijke gezondheid’. Themanummer  
Epidemiologisch bulletin, 1999, 34, nr. 2-3.

APZ Endegeest. Culturen binnen psychiatrie-muren, verslagen  
van jaarlijkse congressen sinds 1992. S.l.: s.n., s.a.

Ataman, K. Bagimlilik mi? Aliskanlik mi?: Verslaving? Of  
Gewoonte?. Rotterdam: Bouwmanhuis, 1997.

Bakker, M. “Werken met allochtone cliënten”, bevindingen  
van de pilot op de vestiging Amsterdam en de vestiging  
Rotterdam. S.l.: s.n., 1999.

Bekkum, D van, M. van den Ende, S. Heezen, A. Hijmans van  
den Bergh. Migratie als transitie: de liminele kwetsbaarheid  
van migranten en implicaties voor de hulpverlening. In: Jong J  
de, Berg M van den (red). Transculturele psychiatrie en  
psychotherapie: handboek voor hulpverlening en beleid. Lisse:  
Swets & Zeitlinger B.V., 1996.

Berg, M. van den. Werk- en organisatievormen in de zorg voor  
allochtonen. In: Jong, J. de en M. van den Berg. Transculturele  
psychiatrie en psychotherapie. Lisse: s.l., 1996.

Bieleman, B, J. Snippe, E. de Bie. Drugs binnen de grenzen.  
Harddrugs en criminaliteit in Nederland: schattingen van de  
omvang. Groningen: Intraval, 1995.

Bijl, R, G. van Zessen, A. Ravelli e.a. Psychiatrische  
morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het Nemesis-  
onderzoek. I. Doelstellingen, opzet en methoden. Nederlands  
tijdschrift voor geneeskunde 1997, 141, p. 2448-2452.

Boedjarath, I. Allochtone vrouwen en psychiatrie. Culturen  
binnen de psychiatriemuren, symposiumverslag II. Oegstgeest:  
apz-Endegeest, 1994, p. 71-78.

Boedjarath, I. en D. van Bekkum (red.) Een blik in de  
transculturele hulpverlening. Utrecht: s.l., 1997.

Bogers, J.P.A.M., J.T.V.M. de Jong. Hoge frequentie van opname wegens schizofrenie bij Surinamers in Nederland niet veroorzaakt door meer immigratie van (pre)schizofrene patiënten. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, 1998; 142, p. 464-468.

Bolt, A. De draaideur eindelijk stopzetten. Zorg en Welzijn, 1998, nr. 7, p. 20-21.

Bot, H. Werken met tolken in de psychiatrie' Tijdschrift voor Psychotherapie, 1998, 24, nr. 5, p. 311-327.

Braam, R.V., et al. Allochtonen en verslaving. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek, 1998

Braam, R.V., H.T. Verbraeck, G.F. van de Wijngaart. Allochtonen en verslaving. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek Universiteit Utrecht, 1998.

Broek, H van den, O. Etman. Allochtonen en Verslavingszorg: Onderzoek naar bereik en effectiviteit van de verslavingszorg voor allochtonen. Den Haag: Eysink Smeets & Etman, 1997.

Bruijnzeels, M. Vaststellen van de etnische herkomst van personen in onderzoek en in registraties in de gezondheidszorg. Den Haag: ZON, 1999.

Brussel, G.H.A. van, Buster MCA. Zorg voor de toekomst. Opiaatverslaafden in Amsterdam: trends en cijfers '96, '97, '98. Amsterdam: GG&GD, 1999.

Buster, M, H. Reus. Methadonverstrekking in Amsterdam 1998. Amsterdam: Centrale Methadon Registratie GG&GD, 1999.

CAD Kentron. Cliëntprofielen 1998. Ambulante hulpverlening, 1998.

Cheung, Y.W. Ethnicity and Alcohol/Drug Use Revisited: A Framework for future research. The International Journal of the Addictions 1990; 25, p. 581-601.

Cochrane, R. Mental illness in immigrants to England and Wales. In: Bogers, J.P.A.M. en J.T.V.M. de Jong. Hoge frequentie van opname wegens schizofrenie bij Surinamers in Nederland niet veroorzaakt door meer immigratie van (pre)schizofrene patiënten. In: Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, 1998, 142.

Cruts, A.A.N. Key Figures on Allochtonous Clients in the LADIS: The Dutch National Alcohol and Drugs Information System. Utrecht: IVV, 1996.

Cruts, A.A.N, A.W. Ouwehand, G.F. van de Wijngaart. Trend-Matig; Trendcijfers Verslavingszorg 1986 t/m 1996 en prognoses voor het jaar 2006 op basis van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Houten: Stichting IVV, 1997.

Dekker, J. e.a. Psychiatrische opnames in Amsterdam naar etnische achtergrond en diagnose. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, 1996, 140, p. 368-371.

Den, C ten, B. Bieleman, E. de Bie, J. Snippe. Pijn in het hart. Onderzoek naar aard en omvang van de harddrugproblematiek in de stad Utrecht. Groningen: Intraval, 1995.

Denktaş, S. De gezondheid van allochtonen. Minderhedenmonitor 1999. Rotterdam: ISEO/Cos, 2000

Derksen, E. Systeemtherapie en migranten. COBO-bulletin, coördinatiecommissie biologisch psychiatrisch onderzoek, 1993, 26, nr. 1, p. 13-18.

Dijk, R. van, *et al.* Interculturele geestelijke gezondheidszorg in de XXIe eeuw: een manifest. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 2000, nr. 2, p. 134-144.

Driel, H van, A. Wierdsma. Tien jaar methadon in Rotterdam e. o.. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., Sector gezondheidsbevordering, 1999.

Eland-Goossensen, M.A. Opiate addicts in and outside of treatment; Different populations? Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997.

Eldering, L., E.J. Knorth. Marginalisering van allochtone jongeren en risicofactoren in hun dagelijks leven. *Kind en Adolescent*, 1997, 18, p. 2-14.

Eppink, A. en I. Mouthaan. Migranten bijvoorbeeld: evaluatie van de voorbeeldprojecten psychosociale hulpverlening in de eerste lijn. Utrecht: NvGv, 1990.

Galan, F.J. Alcoholism prevention and hispanic youth. Special Issue: Alcohol problems and minority groups. *Journal of Drug Issues*, 1988, 18, p. 49-58.

GGZ E, Forensisch Psychiatrisch Circuit. Gegevens over klinische verwijzing, intake en behandeling inclusief cliëntkenmerken 1998. Eindhoven, 1998.

Goetstouwers, L. Publieksgroepenonderzoek RIAGG Zuid-Oost 1995; een studie ter ondersteuning en verbetering van het hulpaanbod aan allochtonen. Amsterdam, 1995.

Haan, H.F. de. Improviseren in een caleidoscoop. Management en innovatie van de geestelijke gezondheidszorg voor migranten. Leiden: s.n., 1993.

Have, M. ten, R. Bijl. Inequalities in mental health care and social services utilisation by immigrant women. *European Journal of Public Health*, 1999, 9, p. 45-51.

Have, M. ten, R. Bijl. Geestelijke gezondheidszorg voor allochtone vrouwen. *Psychiatrie en Verpleging*, 1997, 73, p. 134-143.

Have, M. ten, Rodrigues M, Bijl R, Hulpverlening aan allochtone vrouwen met psychische problemen. Utrecht: NvGv, 1996.

Heezen, S. Migranten in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. In: *Handboek Interculturele Zorg*, deel III, 2.9-1. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Hosper, K. *et al.* Culturele diversiteit en gelijkheid in de geestelijke gezondheidszorg. Cliënten en hulpverleners vergeleken. *De Psycholoog*, 1999, 34, nr. 6, p. 278-283.

Ingleby, D. Wat houdt interculturalisatie tegen? *De psycholoog*, 1999, 34, nr. 4, p. 152-156.

Jessurun, C.M. Transculturele vaardigheden. Utrecht: Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders, 1993.

Jessurun, N. Multiculturaliseren van (psycho)therapie-opleidingen. *Systeemtherapie*, 1998, 10, nr. 1, p. 24-45.

Jong, A. de, W. van den Brink, J. Ormel, D. Wiersma (red). *Handboek Psychiatrische Epidemiologie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.

Jong, J. de, M. van den Berg (red). *Transculturele psychiatrie en psychotherapie: handboek voor hulpverlening en beleid*. Lisse: Swets & Zeitlinger BV, 1996

Jong, J. de. Epidemiologie, hulpzoekgedrag en zorgconsumptie. In : Jong J de, Berg M van den (red). *Transculturele psychiatrie en psychotherapie: handboek voor hulpverlening en beleid*. Lisse: Swets & Zeitlinger BV, 1996.

Jong, J.T.V.M. Psychodiagnostiek bij allochtonen: vragen om moeilijkheden? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 51, 1996b, 5, p. 483-496.

Jong, J.T.V.M. Psychodiagnostiek met behulp van DSM of ICD: classificeren of nuanceren? In: Jong, J de en M. v.d. Berg. *Transculturele Psychiatrie en psychotherapie*. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1996.

Kloosterboer, D, B. Yilmaz. De leefsituatie van moslimouderen in Rotterdam. Rotterdam: NISBO, 1997.

Knipscheer, J.W., M.N. Klaveren, R.J. Kleber, R.W. Jessurun. Surinamers in de ambulante geestelijke gezondheidszorg: Een onderzoek naar hulpzoekgedrag en gezondheidsklachten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1999, 54, p. 589-604.

Knipscheer, J.W., R.J. Kleber. Migranten, psychische (on)gezondheid en hulpverlening. *De Psycholoog*, 1998, 151-157

Konijn, C, A. Schuur. Hoe uitzonderlijk is de RIAGG-jeugdzorg? Een onderzoek naar problematiek van cliënten, hulpverlening en samenwerking. Utrecht: NcGv, 1992.

Kortmann, F.A.M. Geestelijke gezondheidszorg: de kleurenblinde GGZ. In: Haveman, H.B. en P. Uniken Venema. Migranten en gezondheidszorg. Reeks: Gezondheidsbeleid, deel 10. Houten/Diegem: s.n., 1996.

Kortmann, F.A.M. Aspecten van farmacotherapie bij etnische minderheden. Tijdschrift voor Psychiatrie, 40, 1998, no. 3, p. 143-155.

Kranenburg, L.M. Psychiatrische diagnostiek en het antropologisch gezichtspunt. COBO-bulletin, coördinatiecommissie biologisch psychiatrisch onderzoek, 1993, 26, nr. 1, p. 11-12.

Kunst, M., Pels S. Hoe anders is anders? Eerste-generatie Turkse, Marokkaanse en Surinaamse migrantenvrouwen bij de RIAGG. Psychol. Maatschap. 1995; 19: 29-41.

Kürücü, T, D. Kloosterboer. De leefsituatie van moslimouderen in Amsterdam. Amsterdam: NISBO, 1996.

Langendoen, I. Allochtone cliënten binnen de RIAGG Westelijk Utrecht. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1995.

Lawalata, J.E. The Moluccan and other Minorities in the Netherlands. Utrecht: Stichting Tjandu, 1997.

Leuw, E. Instroom en capaciteit in de tbs-sector. Den Haag: WODC, 1998.

Limburg-Okken, A. Migranten in de psychiatrie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1989.

Limburg-Okken, A. Anamnestiche gesprekken met 1<sup>e</sup> generatie ouderen. Culturen binnen de psychiatriemuren, symposiumverslag II. Oegstgeest: APZ Endegeest, 1994, p. 25-30.

Maas, I.A.M., R. Gijsen, I.E. Lobbezoo, M.J.J.C. Poos (red). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. Maarssen: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu/Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

May, R.F. Allochtonen en Nederlanders bij de Haagse RIAGG's 1989-1992. Een analyse van de registratiegegevens. Den Haag: 1997.

May, R.F., E. van Meekeren. Psychotische stoornissen in transcultureel perspectief: culturen binnen psychiatriemuren III: symposiumverslag. Oegstgeest: APZ Endegeest, 1995.

May, R.F. Migranten in de GGZ, het beleid: consequenties voor de praktijk. COBO-bulletin, coördinatiecommissie biologisch psychiatrisch onderzoek, 1993, 26, nr. 1, p. 5-10.

May, R.F. De Haagse ggz en allochtonen. Epidemiologisch bulletin, 1999, 34, nr. 2/3, p. 8-13.

Meekeren, E. van. Migranten in de intramurale geestelijke gezondheidszorg. In: Handboek Interculturele Zorg, III, 2.8-1. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Mengistu, A. Acute psychiatrie in de RIAGG's Amsterdam Oost en Zuidoost. Amsterdam, 1999.

Meurs, P., *et al.* (red). Wortelen in andere aarde: migrantengezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil. Leuven/Amersfoort: s.n., 1998.

Migranten in de Rotterdamse ggz . Rotterdam: Register bulletin, 1994.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Verslavingszorg en Allochtonen . Beleidsbrief GVM/Vz, nr. 974926. Rijswijk, 1997.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Gezondheidsbeleid voor migranten: Advies over de Nederlandse gezondheidszorg in multicultureel perspectief. Zoetermeer: NRV, 1995.

Oetting, E.R., F. Beauvais. Orthogonal Cultural Identification. The theory: the Cultural Identification of Minority Adolescents. International Journal of Addictions 1991, 25, p. 655-669.

Ouder worden in den vreemde...en dan als Marokkaan of Marokkaanse: Onderzoek naar de geestelijke gezondheid van oudere Marokkanen in Eindhoven en naar het gebruik van voorzieningen. Federatie Overleg van Ouderenorganisaties, 1997.

Ouwehand, A.W., A.A.N. Cruts, L.J. de Vetten. Kerncijfers LADIS 1996. Utrecht: Stichting IVV, 1997.

Ouwehand, A.W., A.A.N. Cruts, L.J. de Vetten. Kerncijfers LADIS 1997. Utrecht: Stichting IVV, 1998.

Ouwehand, A.W., L.J. de Vetten, V.C.M. van Allen e.a. Kerncijfers LADIS 1998. Utrecht: Stichting IVV, 1999.

Que, F. De behandeling van allochtonen in het kader van een Ter Beschikking Stelling. In: Hoogsteder, J.W. Etnocentrisme en communicatie in de hulpverlening. Utrecht: Stichting Landelijke Federatie van Welzijnsorganisaties voor Surinamers, 1994.

Pannekeet, C. Riagg-hulpverlening aan Turken en Marokkanen. Meppel/Amsterdam: Boom, 1991.

Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke Dienstverlening in de Provincie Utrecht. Allochtonen en ggz in de provincie Utrecht. Utrecht: PRV, 1995

Ramnandanlal, G. en I. Wekker. Migranten in de GGZ: een inventarisatieonderzoek naar voorzieningen en projecten; de werkwijze van hulpverleners en de doorstroming t.a.v. de psychosociale hulpverlening aan migranten in Utrecht. Utrecht: RU en BVGB, 1986.

Richters, J.M. De medisch antropoloog als verteller en vertaler. Heemstede: Smart, 1991.

Schrier, A. J.P. Selten. De Prevalentie van schizofrenie bij migranten in de AGGZ. Amsterdam, 1995.

Schuyt, C.J.M. Kwetsbare jongeren en hun toekomst: beleidsadvies gebaseerd op literatuurverkenning. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995.

Selten, J.P., N. Sijben. First admission rates for schizophrenia in immigrants to the Netherlands. The Dutch national register. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1994, 29, p. 71-72.

SIGRA. Jaaroverzicht ggz Amsterdam 1994. Amsterdam, 1995.

SIGRA. Jaaroverzicht ggz Amsterdam 1995. Amsterdam, 1997.

SIGRA. Jaaroverzicht ggz Amsterdam 1996. Amsterdam, 1999.

Sociaal Cultureel Planbureau. Rapportage over de jeugd. Rijswijk: Sociaal Cultureel Planbureau, 1994.

Sociaal Cultureel Planbureau. Rapportage Jeugd 1997. Den Haag: VUGA, 1998.

SRJV: Stichting Registratie Jeugd Voorzieningen. Rapportage Jeugdhulpverlening: Landelijke voorzieningen. Utrecht, 1997.

Sterman, D. Een olijfboom op de ijsberg; een transcultureel-psychiatrische visie en behandeling van de problemen van Noord-Afrikanen en hun families. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders, 1996.

Stichting IVV. Kerncijfers LADIS 1995, Utrecht, 1996.

Stichting IVV. Kerncijfers Antillianen 1998. Utrecht, 1999.

Stronks, K. Migratie, acculturatie en gezondheid: een overzicht van de belangrijkste onderzoeksthema's. Den Haag: NWO/ZON. Onderzoeksprogramma Cultuur en Gezondheid, 1998.

Stronks, K., P. Uniken Venema, N. Dahhan, L.J. Gunning-Schepers. Allochtoon, dus ongezond?: Mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid geïntegreerd in een conceptueel model. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 1999, 77, p. 33-40.

TBS, een bijzondere maatregel. In: Hoogsteder, J.W. Etnocentrisme en communicatie in de hulpverlening, Stichting Landelijke Federatie van Welzijnsorganisaties voor Surinamers. Utrecht, 1994.

Thiel, T. van, M. Bonarius. Allochtonen over zorg en hulpverleningsvoorzieningen in de regio Westelijk Noord-Brabant. OGGZ-Zorgvernieuwing, 1997.

Uniken Venema, H.P., T.W.J. Schulpen, S. van Wersch. Morbiditeit, mortaliteit en determinanten. Den Haag: NWO/ZON. Onderzoeksprogramma Cultuur en Gezondheid, 1998.

Vissers, A. Surinamers en RIAGG Rijnmond Noord West, verwachte en aangeboden zorg. Rotterdam: Beleid en Management Gezondheidszorg. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1996.

Weide, M. Gezondheidszorg in de multiculturele samenleving: een overzicht van onderzoek naar de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor migranten. Den Haag: NWO/ZON. Onderzoeksprogramma Cultuur en Gezondheid, 1998.

Wennink, H.J. De ongelukkige relatie tussen maatschappij en geestelijke gezondheidszorg: Een bezinning op 25 jaar rumoer in de (sociale) psychiatrie. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998.

Wermölder, H. Een generatie op drift: de geschiedenis van een Marokkaanse randgroep. Arnhem: Gouda Quint, 1990.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Allochtonenbeleid. 's-Gravenhage: SDU, 1989.

Wierdsma, A.I., H.P. Uniken Venema. ggz -gebruik door migranten in Rotterdam e.o.: prevalentie, incidentie, en zorgpatronen naar sociaal-economische positie. In: Giel R, F. Sturmans (red.). Psychiatrische casusregisters in Nederland. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1996.

Wijngaart, G.F. van de. De drugsproblematiek onder allochtonen en vluchtelingen in Nederland en het Nederlandse zorg- en behandelstelsel. In: Lezingen van het ICAA parallelsymposium 'Ebony and Ivory', CCZ Nederland, 1996.

WODC. Criminaliteit en rechtshandhaving. Den Haag, 1999.

Wooding, C.J., Geesten genezen: etnopsychiatrie als nieuwe richting binnen de Nederlandse antropologie. Groningen: Konstapel, 1984.

Wooding, C.J. Geesten genezen. Ethnopsychiatrie als nieuwe richting binnen de nederlandse antropologie. Rijswijk: s.l., 1998.

Wolters, A. Het is donker om mij heen. Signaleringsonderzoek naar depressiviteit bij Marokkanen van 45 jaar of ouder. Utrecht: RIAGG Stad Utrecht, 1996.

Yapar, M. en R. Smulders. Een rijk mozaïek: de praktijk van de groepshulpverlening aan Turkse en Marokkaanse vrouwen in de eerstelijns gezondheidszorg en bij Riaggs. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders, 1994.