

MEER KLEUR IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Een onderzoek naar de etnische verschillen in de GGZ



Naam: Wendy de Ridder, 320462

Studie: Bachelor van Beleid & Management Gezondheidszorg (BMG) te Rotterdam

Begeleider: Dr. A.A. Choté

Meelezer: Mr. Drs. T.J.C. van Noord

Juni, 2012

Voorwoord

De scriptie 'meer kleur in de geestelijke gezondheidszorg' is ter afronding van de bachelorfase van Beleid & Management Gezondheidszorg (BMG). De scriptie is bedoeld om de bestudeerde wetenschappelijke kennis van de afgelopen jaren in praktijk te brengen.

Het was een intensief proces om het gehele onderzoek met alle tevredenheid af te ronden. De hoeveelheid werk van een afstudeerscriptie wordt toch vaak onderschat, waardoor het belangrijk is om op tijd eraan te beginnen. Uiteindelijk heb ik de bachelorscriptie als zeer leerzaam ervaren. Dit komt voornamelijk doordat het onderwerp mij erg aansprak.

Mijn dank gaat uit naar mijn scriptiebegeleidster Dr. A.A. Choté voor haar intensieve begeleiding en goede hulp. Bovendien wil ik Mr. Drs. T.J.C van Noord bedanken voor zijn rol als meezeer. Tot slot gaat mijn dank uit naar Dr. G.T. Koopmans voor zijn hulp bij het kwantitatieve gedeelte van mijn onderzoek.

Juni , 2012

Samenvatting

De aanleiding voor dit onderzoek is de huidige situatie in de GGZ wat betreft allochtone groepen. Een audio fragment van de NOS laat zien dat de bereikbaarheid van de GGZ onder allochtonen (jongeren) nog niet optimaal is. Hieruit volgt de vraagstelling van dit onderzoek: *wat zijn de verschillen in zorggebruik binnen de GGZ tussen Marokkanen en Surinamers enerzijds en Nederlanders anderzijds, met zowel een lage – als hoger opleiding, en hoe kunnen deze verschillen worden verklaard?*

Om de vraagstelling te onderzoeken worden verschillende manieren van dataverzameling toegepast, namelijk literatuuronderzoek, kwantitatief – en kwalitatief onderzoek.

Achtergrond

Uit het literatuuronderzoek komt naar voren dat allochtonen een 'inhaalslag' maken in de Nederlandse GGZ. Het percentage allochtonen is de afgelopen jaren flink toegenomen. Ondanks de toename, is het aandeel autochtonen ten opzichte van het aandeel allochtonen nog steeds groter in de GGZ. Allochtonen maken dus minder gebruik van mentale zorg (zorg uit de GGZ).

Tevens hebben allochtonen een groter risico op het krijgen van psychische ziekten ten opzichte van autochtonen, door bijvoorbeeld discriminatie, levensstijl, sociaal netwerk en eenzaamheid. Hieruit valt te concluderen dat zij meer behoefte moeten hebben aan mentale zorg. Hiervoor moet de cliënt zich wel ziek voelen (*'illness'*). De ziekte-ervaring van de cliënt is bepalend voor het zorggebruik, ondanks dat men een psychische ziekte heeft (*'disease'*). Andere onderzoeken laten zien dat de verschillen in behoefte aan zorg minder groot zijn tussen etnische groepen. Vooral bij de allochtonen bestaat een kloof tussen zorggebruik en zorgbehoefte. Maar welke determinanten hebben naast zorgbehoefte nog meer invloed op zorggebruik?

Het model van Andersen verklaart het zorggebruik aan de hand van drie determinanten, namelijk behoefte aan zorg, neiging tot zorg en mogelijkheid tot zorg. De determinanten die invloed hebben op het zorggebruik in de GGZ worden in het model van Andersen toegepast, waarbij bepaalde determinanten het zorggebruik positief – en andere negatief beïnvloeden.

Zorgbehoefte: het risico op psychische ziekten is al eerder besproken. Daarnaast zien steeds meer allochtonen en hun sociale omgeving de ernst van de klachten in. Het verschil tussen *'illness'* en *'disease'* is hierbij belangrijk.

Neiging tot zorg: heersende taboes en stigma over psychische ziekten kunnen het zorggebruik beperken. Bovendien twijfelen allochtonen aan de effectiviteit van de GGZ. Dit alles kan leiden tot sociale hulp of zelfhulp. In allochtone culturen wordt veel waarde gehecht

aan het oplossen van klachten binnen de familie.

Mogelijkheid tot zorg: kennis over het zorgstelsel neemt langzaam toe onder de allochtone burgers. Bovendien hoeven burgers in Nederland geen financiële barrières te ondervinden. Desondanks hebben allochtonen nog wel te maken met culturele barrières, zoals cultuurverschillen tussen arts en cliënt.

Methoden

Om deze gegevens te bestuderen worden statistische analyses (Tweede Nationale Studie) gedaan om de kwantitatieve gegevens omtrent zorggebruik te onderzoeken. Tevens worden interviews afgenomen om de verschillen in zorggebruik te verklaren. De interviews vinden bij Marokkaanse – en Surinaamse vrouwen plaats.

Resultaten

Uit de gegevens blijken geen significante verschillen te zitten tussen Marokkanen, Surinamers en Nederlanders ($p > 0.05$). Uiteindelijk wordt 4,3% van de variantie verklaard door de determinanten (opleidingsniveau, geslacht, etniciteit en leeftijdsklassen), waarbij etniciteit niet mag worden aangenomen ($p > 0.05$). Deze determinanten corrigeren het zorggebruik.

De antwoorden van de Surinaamse – en Marokkaanse respondenten verschillen regelmatig van elkaar. Daarnaast hebben de hoger – en lager opgeleiden mede andere gedachtes over de determinanten. Dit wordt echter in de resultaten vermeld.

De determinanten die onder de behoefte vallen, kunnen het zorggebruik positief beïnvloeden. De allochtone respondenten geven aan dat zij uiteindelijk mentale hulp zoeken, wanneer de klachten erger worden. Het onderscheid tussen ‘*disease*’ en ‘*illness*’ blijft hierbij belangrijk.

De respondenten zijn bekend met de determinanten die onder neiging vallen, zoals stigma, taboes, sociale hulp, kwaliteitservaring en zelfhulp. De meeste respondenten twifelen niet aan de effectiviteit van de GGZ, terwijl de literatuur daar wel nadruk op legt. Daarnaast komen alternatieve geneeswijzen veel aan bod.

Tot slot hebben financiële barrières weinig invloed op de verschillen in zorggebruik, terwijl kennisachterstand nog wel een rol kan spelen. Culturele barrières kunnen wel leiden tot minder zorggebruik onder de allochtonen.

Conclusie, discussie en aanbevelingen

In de conclusie worden de resultaten uit het literatuur onderzoek vergeleken met de resultaten uit het kwantitatieve – en kwalitatieve onderzoek. In de discussie worden mogelijke verklaringen gevonden om de zwakheden van het onderzoek en de verschillen in

resultaten te verklaren. Uiteindelijk komen aanbevelingen tot stand op het gebied van beleid en nader onderzoek.

Summary

The motivation for this thesis is the current situation concerning ethnic minorities in the Dutch mental healthcare. An audio fragment of the NOS shows us that the accessibility of the mental healthcare for (young) ethnic minorities is at present suboptimal. The main question of this thesis is: 'what are the differences in the use of mental healthcare between Moroccans, Surinamese and Dutch people with different education levels and how can these differences be explained?' Quantitative, qualitative and literature research are used to examine the main question.

Background

The literature shows us that ethnic minorities that make use of the Dutch mental healthcare are 'catching up' with the native Dutch people. The percentage of ethnic minorities making use of Dutch mental healthcare has increased significantly the last couple of years. Despite this growth, the amount of ethnic minorities is still much less than the amount of Dutch people. It may be concluded that ethnic minorities make less use of mental care.

Ethnic minorities have a larger risk to get mental diseases, because of their lifestyle, discrimination, social network and solitude. This larger risk suggests that ethnic minorities have more need for mental care. The difference between illness (feeling sick) and disease (being sick) is an important factor in the use of care. Especially with ethnic minorities there is a gap between the use of mental care and the need for mental care. The question remains which determinants, besides the need for care, also influence the use of care?

The model of Andersen explains the use of care with three determinants; need for care, predisposing factors and enabling factors. The determinants that influence the use of mental care are applied in the model of Andersen. Some of these determinants have a positive and other a negative influence on care use.

Need for care: the risk of getting a mental disease is already discussed. Beside the risk of getting a mental disease, we see that ethnic minorities and their social environment are increasingly taking the symptoms of mental diseases more seriously. The difference between illness and disease is important for this phenomenon.

Predisposing factors: these factors are about the tendency to use care. Current taboos and stigma around mental diseases can limit the use of care. Furthermore, ethnic minorities are sceptical about the effectiveness of the mental healthcare. These factors can lead to social help or self-help. In foreign cultures it is highly valued to resolve problems within the family.

Enabling factors: these factors are about the accessibility to the use of care. Knowledge about the healthcare system is slowly increasing under ethnic minorities in the Netherlands.

Beside Dutch civilians do not have financial barriers. Despite this, ethnic minorities still have to face cultural barriers like cultural differences between doctor and patient.

Methods

Statistical analysis are used to research the quantitative data about the use of care. Moroccan and Surinamese women were also be interviewed to provide more explanations about the differences in the use of care.

Results

The data shows us that there are no significant differences in use of mental healthcare found between Moroccans, Surinamese and Dutch people ($p > 0,05$). 4.3% of the variance in the use of care is explained by the determinants (education level, gender, ethnicity and age classes). Only ethnicity is not significant ($p > 0,05$). These determinants correct the use of care.

The answers of the Surinamese and Moroccan respondents differ from one another. In addition, there are also differences in the thoughts about the determinants between respondents with a higher education level and a lower education level. Almost all of the determinants from the literature research were discussed.

Determinants that determine the need for care can positively affect the use of care. The i ethnic minority respondents indicate that they eventually seek mental care when symptoms worsen. The distinction between illness and disease is still very important.

All of the respondents are familiar with the determinants that determine the possibility to the use of care like stigma, taboos, social help, quality experience and self-help. Most respondents do not doubt the effectivity of the mental health care. This is in contrast with the literature, that says that ethnic minorities do doubt the effectivity. In addition, ethnic minority respondents indicated that they tend to use alternative therapies.

Finally, financial barriers do not have a lot of influence on the differences in use of care, while a knowledge gap still may play a role in these differences.

Conclusion, discussion and recommendations

In the conclusion the results of the literature are being compared with the results of the qualitative and quantitative research. In the discussion possible explanations are postulated to explain the weaknesses of the thesis and differences between results. Final recommendations are made in the area of policy and further research.

Inhoudsopgave

Inleiding	11
1. Theoretisch kader	13
1.1 <i>Verschillen tussen zorggebruik en zorgbehoefte in de GGZ</i>	13
1.1.1 <i>Zorggebruik in de GGZ</i>	15
1.1.1.1 <i>Determinant ‘opleidingsniveau’</i>	16
1.1.2 <i>Zorgbehoefte in de GGZ</i>	16
1.2 <i>Determinanten die van invloed zijn op zorggebruik</i>	18
1.2.1 <i>Cliëntdeterminanten</i>	18
1.2.2 <i>Aanboddeterminanten</i>	20
1.2.3 <i>Model van Anderson</i>	22
1.2.4 <i>Conclusie</i>	25
1.3 <i>Genomen maatregelen in de GGZ</i>	25
1.4 <i>Doelstelling, vraagstelling en deelvragen</i>	26
2. Begripsverduidelijking	27
2.1 <i>Begrip ‘geestelijke gezondheidszorg’</i>	27
2.2 <i>Begrip ‘allochtonen’</i>	27
2.1 <i>Opleiding</i>	28
2.2 <i>Leeftijd en geslacht</i>	28
3. Werkwijzen en methoden	29
3.1 <i>Samenstelling onderzoeksgroep</i>	29
3.1.1 <i>Werving respondenten</i>	29
3.2 <i>Onderzoekssetting</i>	30
3.3 <i>Data</i>	30
3.3.1 <i>Methodetriangulatie</i>	30
3.3.2 <i>Statistische analyses</i>	31
3.4 <i>Validiteit en betrouwbaarheid</i>	32
3.4.1 <i>Validiteit en betrouwbaarheid voor kwalitatief onderzoek</i>	32
3.4.2 <i>Validiteit en betrouwbaarheid voor kwantitatief onderzoek</i>	33
3.5 <i>Ethische overwegingen</i>	34
4. Resultaten	34
4.1 <i>Zorggebruik in de GGZ</i>	34

4.1.1	<i>Basisgegevens onderzoek</i>	34
4.1.2	<i>Verschillen tussen etnische groepen</i>	35
4.1.3	<i>Invloed op mentale zorg</i>	36
4.1.4	<i>Doel kwalitatief onderzoek</i>	37
4.2	<i>Determinanten van invloed op zorggebruik</i>	37
4.2.1	<i>Definitie geestelijke gezondheidszorg en psychische klachten</i>	38
4.2.1.1	<i>Definities van Marokkaanse respondenten</i>	38
4.2.1.2	<i>Definities van Surinaamse respondenten</i>	40
4.2.2	<i>Behoefte aan mentale zorg</i>	42
4.2.2.1	<i>Behoefte aan mentale zorg bij Marokkaanse respondenten</i>	42
4.2.2.2	<i>Behoefte aan mentale zorg bij Surinaamse respondenten</i>	44
4.2.3	<i>Neiging tot mentale zorg</i>	46
4.2.3.1	<i>Neiging tot mentale zorg bij Marokkaanse respondenten</i>	47
4.2.3.2	<i>Neiging tot mentale zorg bij Surinaamse respondenten</i>	50
4.2.4	<i>Mogelijkheid tot mentale zorg</i>	55
4.2.4.1	<i>Mogelijkheid tot mentale zorg bij Marokkaanse respondenten</i>	55
4.2.4.2	<i>Mogelijkheid tot mentale zorg bij Surinaamse respondenten</i>	56
4.2.5	<i>Reductie verschillen in zorggebruik</i>	58
5.	Conclusie	59
5.1	<i>Zorgbehoefte en zorggebruik</i>	59
5.2	<i>Determinanten zorggebruik</i>	60
5.2.1	<i>Behoefte aan zorg</i>	60
5.2.2	<i>Neiging tot zorg</i>	61
5.2.3	<i>Mogelijkheid tot zorg</i>	63
6.	Discussie	64
6.1	<i>Methodologische beoordeling</i>	64
6.2	<i>Resultaten</i>	67
6.2.1	<i>Verschillen in zorggebruik</i>	67
6.2.2	<i>Kwaliteitservaring</i>	68
6.2.3	<i>Alternatieve geneeswijzen</i>	69
6.2.4	<i>Praktisch bruikbaar</i>	70
7.	Aanbevelingen	21
7.1	<i>Aanbevelingen voor beleid</i>	21

7.2 Aanbevelingen nader onderzoek.....	21
Literatuurlijst	21
Bijlagen	21

Inleiding

Op 25 februari 2010 zendt de Nederlandse Omroep Stichting (NOS) een audio fragment uit, dat gaat over de bereikbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) onder allochtone jongeren. Het fragment gaat over een allochtone adolescent die in de gevangenis is beland door het plegen van een geweldsdelict. E. had van kleins af aan al problemen met zijn gedrag en concentratie, maar niemand deed wat aan die problemen. De gemaakte fouten werden wel onder ogen gezien, maar enige hulp bleef weg. Vanuit de gevangenis krijgt E. nog wel goede hulp. De straffen van vroeger zijn nu vervangen door hulp van behandelaren. Dokter M. is één van zijn behandelaren. Hij vindt het raar dat de scholen van E. nooit iets hebben gemerkt, terwijl hij wel is doorgestuurd naar het speciaal onderwijs. Tevens deed deze school niets aan zijn problemen en hij werd aan zijn lot overgelaten.

Dokter M. vertelt over het feit dat veel allochtonen via de rechter in de GGZ terecht komen ten opzichte van autochtonen. Problemen die van kleins af aan spelen, worden pas in een later stadium herkend. Dit komt omdat allochtone ouders heel anders tegen problemen aankijken dan autochtone ouders. De GGZ is nog steeds bezig om allochtone mensen beter te bereiken. Hiervoor moeten genomen maatregelen beter worden geregistreerd en eveneens worden geëvalueerd (NOS, 2010).

Uit dit fragment komt naar voren dat de GGZ nog niet optimaal bereikbaar is voor allochtonen (jongeren).

De bovenstaande casus schetst de aanleiding van dit onderzoek. De aanleiding wordt namelijk bepaald door de huidige situatie van de etnische verschillen in het zorggebruik van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Hieruit blijkt dat het percentage allochtonen, dat gebruik maakt van de GGZ, gemiddeld lager is dan het percentage autochtonen (van 't Land e.a., 2008). In 2008 heeft het RIVM onderzoek gedaan naar het percentage allochtone cliënten in de GGZ. Uit dit onderzoek blijkt dat 56,4% van de ingeschreven cliënten van Nederlandse afkomst is. Bovendien heeft 8,8% een niet-Westerse afkomst. Van ongeveer een derde is de afkomst niet bekend. Toch hebben de allochtone groepen een grote 'inhaalslag' gemaakt. Ze zijn in de afgelopen jaren meer gebruik gaan maken van de GGZ (Dotinga e.a., 2008).

Ondanks de allochtone groepen minder gebruik maken van de GGZ, wordt in het onderzoek van Van 't Land e.a. (2008) geconcludeerd dat psychische ziekten meer voorkomen bij mensen met een Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse afkomst dan bij mensen met een Nederlandse afkomst. Zij hebben door verschillende redenen een groter risico op het krijgen van psychische ziekten, zoals cultuurverschillen en identiteitsproblemen (Kamperman e.a., 2003:321).

Uit de resultaten van het onderzoek van Van 't Land e.a. (2008) blijkt dat de Surinaamse -

Antilliaanse - en Marokkaanse respondenten over het algemeen meer behoefte hebben aan mentale zorg, oftewel zorg uit de GGZ, dan Turken en Nederlanders. Er zit dus een kloof tussen de zorgbehoefte en het uiteindelijke zorggebruik in de GGZ. Deze kloof is bij allochtone cliënten groter dan bij de autochtone cliënten (Fassaert e.a., 2008). Aan de hand van het model van Andersen (Mackenbach & van der Maas, 2008:397-399) wordt onderzocht welke determinanten van invloed zijn op het zorggebruik in de geestelijke gezondheidszorg. Het model onderscheidt: behoefte aan zorg, neiging tot zorg en mogelijkheid tot zorg. De determinanten kunnen het zorggebruik zowel stimuleren als tegenwerken. Het model van Andersen wordt in het theoretisch kader eerst uitgelegd. In dit onderzoek wordt van te voren rekening gehouden met opleidingsniveau. Opleidingsniveau kan namelijk een rol spelen bij het gebruik van de GGZ. Verschillende studies, onder andere naar huisartsenzorg en verloskundigezorg, tonen aan dat opleiding een invloed heeft op het (late) gebruik van de zorg. Vandaar wordt in dit onderzoek het opleidingsniveau meegenomen (Kunst e.a., 2007:68-69, Choté e.a., 2010:7-10).

De aanleiding van het onderzoek leidt tot een onderzoeksvraag: *wat zijn de verschillen in zorggebruik binnen de GGZ tussen Marokkanen en Surinamers enerzijds en Nederlanders anderzijds, met zowel een lage- als hoge opleiding, en hoe kunnen deze verschillen worden verklaard?*

Om deze vraag te beantwoorden, moeten een aantal aspecten aan bod komen. Wat zijn de verschillen tussen Nederlanders, Marokkanen en Surinamers in zorggebruik? In het theoretisch kader komen meerdere groepen aan bod, namelijk Nederlandse -, Turkse -, Marokkaanse -, Antilliaanse - en Surinaamse cliënten, aangezien de meeste resultaten uit wetenschappelijke studies betrekking hebben op deze groepen, waardoor de etnische groepen allemaal genoemd moeten worden. Welke behoeften hebben zij aan mentale zorg? Hoe groot is de kloof tussen de zorgbehoefte en zorggebruik? Welke determinanten hebben, volgens het model van Andersen, invloed op het zorggebruik? En hoe kan de kloof tussen het zorggebruik en de zorgbehoefte worden verklaard? Bij de determinanten kan een onderscheid worden gemaakt tussen determinanten die bij de cliënt liggen en determinanten die gekoppeld kunnen worden aan het aanbod van de zorg. Uiteindelijk is het van belang om erachter te komen op welke manier de GGZ ingericht kan worden om de eventuele barrières voor de allochtone cliënten te doorbreken, waardoor de GGZ voldoet aan de wensen en behoeften van de allochtone cliënten.

Naast het literatuuronderzoek zal mede gebruik worden gemaakt van kwantitatief – en kwalitatief onderzoek. Het kwantitatieve gedeelte doet onderzoek naar de kwantitatieve gegevens wat betreft zorggebruik. Hierbij wordt gekeken of de literatuur en de statistische

analyses dezelfde uitkomsten bieden. Om de determinanten te onderzoeken worden interviews met Marokkaanse – en Surinaamse vrouwen gehouden. Om deze manier worden de determinanten uit de literatuur nader onderzocht.

1. Theoretisch kader

Niet elke zorgbehoefte wordt vertaald naar zorgvraag en niet iedere zorgvraag leidt tot zorggebruik (Mackenbach & van der Maas, 2008). Dit geldt waarschijnlijk ook voor de geestelijke gezondheidszorg. Een deel van de mensen, die psychische klachten ondervindt, doet om diverse redenen geen beroep op de GGZ. Deze mensen doen geen beroep op de GGZ, terwijl ze wel behoefte hebben aan mentale zorg. Het model van Andersen geeft verschillende determinanten weer die van invloed zijn op het gebruik van de gezondheidszorg, namelijk behoefte aan zorg, neiging tot zorg en mogelijkheid tot zorg (Mackenbach & van der Maas, 2008:397-399). Het model wordt later in het theoretisch kader uitgewerkt. Allereerst komen de determinanten die invloed hebben op het zorggebruik in de GGZ aan bod en daarna wordt gekeken hoe deze determinanten in het model van Andersen passen.

1.1 Verschil tussen zorggebruik en zorgbehoefte in de GGZ

Het verschil in zorggebruik tussen allochtonen en autochtonen kent in 2008 nog een redelijk groot verschil. Ondanks dit grote verschil hebben de allochtone cliënten een ‘inhaalslag’ gemaakt. Het verschil tussen het aandeel allochtone cliënten ten opzichte van het aandeel autochtonen is in de afgelopen jaren kleiner geworden (Dotinga e.a., 2008). Maar hoe kan het kleiner worden van het verschil worden verklaard? In de volgende paragrafen zal hier een antwoord op worden gegeven, waarbij het verschil tussen zorgbehoefte en zorggebruik naar voren komt.

De zorgbehoefte, van een etnische groep in de GGZ, is gerelateerd aan het risico op psychische ziekten. Onderzoeken tonen aan dat allochtonen een vergrote kans hebben om een psychische ziekte te krijgen. Psychische stoornissen komen bij mensen van een Surinaamse afkomst meer voor dan bij mensen van Turkse afkomst. Marokkanen hebben echter een nog grotere kans op het krijgen van psychische stoornissen. Deze verschillen wat betreft risico's hangen samen met verschillen in sociaaldemografische variabelen, migratie- en gezondheidsvariabelen, niveau van acculturatie, levensstijl en sociaal netwerk (Kamperman e.a., 2003:321).

Het onderzoek van Veling e.a. (2006:191) geeft aan dat de Marokkaanse -, Surinaamse - en overige niet-Westerse respondenten een grotere kans hebben op het krijgen van schizofrene stoornissen ten opzichte van de Nederlandse respondenten. Bij alle drie de groepen hebben

mannen over het algemeen een groter risico op de stoornissen dan vrouwen. Dit geldt voor zowel de eerste – als de tweede generatie allochtonen (Veling e.a., 2006:191). In andere onderzoeken van Veling e.a. (2007 & 2009) worden een aantal belangrijke oorzaken voor een verhoogd risico op psychische ziekten genoemd. De eerste oorzaak heeft te maken met het ondervinden van discriminatie. De allochtone respondenten, voornamelijk de Marokkaanse – en Surinaamse respondenten, ondervinden veel discriminatie. Hierdoor is de kans dat zij bijvoorbeeld een depressie krijgen groter dan bij mensen die geen discriminatie ondervinden. (Veling e.a., 2007:765). Bovendien heeft etnische identiteit eveneens invloed op het risico op schizofrene stoornissen. Groepen die negatieve gevoelens hebben over hun identiteit, hebben een verhoogd risico. Dit is voornamelijk te zien bij niet-Westerse groepen die de Nederlandse identiteit willen overnemen (Veling e.a., 2009:1153).

In het onderzoek van Selten e.a. (2003) komt naar voren dat mannen van Marokkaanse -, Surinaamse - en Antilliaanse afkomst een grotere kans hebben op manische periodes dan Nederlandse mannen. Bij de vrouwen hebben alleen de Surinaamse -, en Antilliaanse vrouwen een grotere kans op het krijgen van manische periodes (Selten e.a., 2003:548). De kans op een depressie is alleen bij Marokkaanse mannen (OR 2.17), en Turkse mannen (OR 1.83) groter dan bij Nederlandse mannen. Marokkaanse mannen hebben, met 95% betrouwbaarheid, een 2.17 keer zo hoog risico op het krijgen van een depressie dan Nederlandse mannen. Turkse mannen hebben een 1.83 keer zo hoog risico (Selten e.a., 2003:548). Deze verhogingen kunnen volgens Beekman e.a. (1997) worden aangeschreven aan een aantal risicodeterminanten. De belangrijkste determinanten, met de hoogste odds ratios voor depressieve stoornissen, zijn het gevoel van eenzaamheid en het aannemen van een slachtofferhouding (Beekman e.a., 1997:301).

De allochtone groepen hebben dus een vergroot risico op het krijgen van de bovengenoemde psychische ziekten, maar dit hoeft niet te betekenen dat deze groepen meer behoefte hebben aan zorg en dus meer gebruik gaan maken. Dit komt doordat is alleen gekeken naar *'disease'*, waarbij de objectieve kant van een ziekte wordt bekeken. *'Disease'* wordt gebruikt wanneer iemand een aangetoonde ziekte heeft. Naast de objectieve manier kan men ook naar de subjectieve manier kijken, namelijk *'illness'*. Hierbij gaat het om de ervaren ziekte (Cassell, 1976:27). *"If you do feel ill and someone ask you what is matter, you will commonly respondent with the name of the disease"* (Cassell, 1976:27). Het verschil tussen *'disease'* en *'illness'* kan ervoor zorgen dat personen geen behoefte hebben aan zorg. Zij kunnen wel een ziekte of aandoening hebben, maar ervaren zij dat wel als een ziekte of een aandoening? Als die persoon zich niet ziek voelt, zal hij/zij geen behoefte hebben in mentale zorg. Zij maken dan geen gebruik van de GGZ, ondanks de *'disease'*. Het is echter andersom eveneens mogelijk. Het kan zijn dat een persoon zich wel ziek voelt

(*'illness'*), maar dat geen ziekte wordt gediagnosticeerd (*'disease'*). Hierdoor heeft degene wel behoefte aan zorg, maar ontvangt het niet.

Niet alleen zorgbehoefte heeft invloed op het gebruik maken van de gezondheidszorg. Tevens hebben andere determinanten invloed op het zorggebruik. Die determinanten worden in de volgende paragrafen uitgebreid besproken.

1.1.1 Zorggebruik in de GGZ

Uit de bovenstaande gegevens komt naar voren dat het aandeel allochtonen in de GGZ de afgelopen jaren is toegenomen. Maar is deze stijging in de GGZ niet te danken aan de explosieve toename van allochtonen in Nederland? Het CBS (2003) concludeert dat het aantal allochtonen in Nederland, voornamelijk de tweede generatie, vanaf 1972 flink is toegenomen. De toename van het aandeel allochtonen in Nederland is procentueel kleiner dan de toename van het aandeel allochtonen in de GGZ. Dus dit betekent dat de toename allochtonen in de GGZ niet alleen te verwijten is aan de toename allochtonen in Nederland (CBS, 2003). Om de toename van het aandeel allochtone cliënten goed in kaart te brengen, wordt een onderscheid gemaakt tussen verslavingen, stemmingsstoornissen en schizofrenie. Op deze drie psychische ziekten zijn de meeste wetenschappelijke onderzoeken gebaseerd. Door deze illustratie worden de verschillen toch iets verder uitgediept.

In de verslavingszorg heeft in de loop der jaren een procentuele toename in zorggebruik plaats gevonden. Er is een vergelijkbare toename in zorggebruik tussen de allochtone - en autochtone cliënten. Het aandeel allochtonen, die hulp zoeken in de GGZ voor verslavingsproblemen, is tussen 1996 en 2004 van 19% naar 23% gestegen. Dit is een stijging van 21%, wat een gemiddelde is over heel Nederland (Dotinga e.a., 2008). Bij stemmingsstoornissen, zoals depressie en manische episodes, is ook een verschuiving in het zorggebruik te zien. In het onderzoek van Borra (2005) komt naar voren dat de verschuivingen vooral in de grote steden plaatsvinden. In alle grote steden is het aandeel allochtone cliënten in de GGZ, voor stemmingsstoornissen, toegenomen. In Rotterdam is het aandeel allochtone, tussen 1998 en 2003, toegenomen met 12%. De verwachting voor 2017 is dat de meerderheid van de cliënten van allochtone afkomst is, want het aantal allochtonen, die hulp gaan zoeken voor stemmingsstoornissen, zullen de komende jaren blijven toenemen (Borra 2005).

De grootste toename in de GGZ is te zien bij allochtone cliënten die in behandeling voor schizofrenie zijn. Daar is een stijging in zorggebruik bij de allochtonen, tussen 1990 en 1998, te zien van 62%. Ondanks deze grote stijging heeft 16% van alle cliënten, met een schizofreniediagnose, een allochtone afkomst. Uit het artikel komt niet naar voren hoe de percentages zullen ontwikkelen (Thung & Oliemeulen, 2007).

Bij alle percentages is het niet geheel duidelijk hoe die tot stand zijn gekomen. Een belangrijke vraag hierbij is of de percentages wel gecorrigeerd zijn voor belangrijke determinanten, zoals leeftijd, geslacht en opleiding. Dit geldt voor de kwantitatieve gegevens. Door de onwetendheid van de totstandkoming van de percentages kunnen geen uitspraken worden gedaan over de toename in zorggebruik in absolute zin. De percentages geven in relatieve zin wel een beeld van de verschillen in zorggebruik, waardoor ze wel gebruikt worden in het theoretisch kader. In dit onderzoek worden de percentages wel gecorrigeerd, waardoor deze percentages wel iets zeggen over het zorggebruik in absolute zin.

1.1.1.1 Determinant ' opleidingsniveau'

In verschillende onderzoeken komt naar voren dat opleidingsniveau een belangrijke rol speelt bij het gebruik maken van de gezondheidszorg. In het onderzoek van Kunst e.a. (2007) wordt het aantal huisartsbezoeken onderzocht. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen laag- en hoogopgeleide cliënten. Het aantal bezoeken (per 2 mnd, per 100 inwoners) van laagopgeleiden ligt op 88.35 en die van hoogopgeleiden op 61.78. Laagopgeleiden maken dus meer gebruik van de huisarts dan hoogopgeleiden. Dit kan onder andere worden verklaard door de hogere prevalentie van laagopgeleiden ten opzichte van hoogopgeleiden (Kunst e.a., 2007:68-69).

Bij de verloskundige zorg speelt opleiding ook een belangrijke rol bij het zorggebruik. Opleiding wordt gezien als een predisponerende factor. Het verklaart een deel van het verschil in het later gebruik maken van de verloskundige zorg tussen Nederlandse – en niet-Nederlandse respondenten. De niet-Nederlandse zwangeren hebben gemiddeld een lagere opleiding dan de Nederlandse zwangere vrouwen. Lager opgeleiden hebben een grotere kans om pas later van de verloskundige zorg gebruik te maken dan hoger opgeleiden (OR 2.10 95%C.I.) Lager opgeleiden hebben een 2.10 zo groot risico om pas later van de verloskundige zorg gebruik te maken dan hoog opgeleiden (Choté e.a., 2010:7-10).

De bovenstaande onderzoeken laten zien dat opleidingsniveau een (grote) rol speelt bij het (later) gebruik maken van de gezondheidszorg. Opleidingsniveau kan een onderliggende determinant zijn voor de relatie etniciteit en zorggebruik in de GGZ. Om deze reden wordt in dit onderzoek ook een onderscheid tussen laag- en hoogopgeleiden gemaakt.

1.1.2 Zorgbehoefte in de GGZ

Uit bovenstaande gegevens is te concluderen dat het aandeel allochtonen in de GGZ aan het toenemen is, maar het aandeel autochtone cliënten blijft groter. In de vorige paragraaf komt naar voren dat allochtone groepen een groter risico hebben op het krijgen van psychische ziekten. Hierdoor zouden de allochtone groepen eigenlijk meer behoefte moeten hebben aan mentale zorg (Kamperman e.a., 2003:321, Veling e.a., 2006:191).

De zorgbehoefte is één van de determinanten die invloed heeft op het zorggebruik. Dit wordt aangeduid in het model van Andersen (Mackenbach & van der Maas, 2008:397-399). Verdere uitleg over het model van Andersen komt in de volgende paragraaf.

Fassaert e.a. (2008) denken anders over de verschillen in behoefte aan mentale zorg. In dit onderzoek wordt de zorgbehoefte van Nederlandse -, Marokkaanse - en Turkse respondenten met een psychische ziekte onderzocht. Hierbij wordt gekeken naar de behoefte aan informatie, medicatie, verwijzen naar een andere zorgverlener, adviezen geven, een sociale interventie en vaardigheden training. Uit de resultaten komt naar voren dat de Turkse respondenten meer behoefte aan mentale zorg hebben dan de Nederlandse respondenten. Daarentegen is geen significant verschil te zien tussen de Nederlandse - en Marokkaanse respondenten. Deze resultaten komen niet helemaal overeen met de voorgaande onderzoeken, waarbij wordt geconcludeerd dat allochtonen meer behoefte hebben aan mentale zorg (Fassaert e.a., 2008:213-214).

Mede in het onderzoek van Hoffer (2010) wordt gesproken van zorgbehoefte in de GGZ. Volgens het onderzoek blijkt dat de helft van de allochtone Nederlanders hun psychische problemen vertalen in biomedische termen. Zij zoeken dan niet alleen mentale hulp, maar ook medische hulp vanuit de eerstelijns of zelfs bij de alternatieve genezer. De allochtone Nederlanders hebben in sommige gevallen bij een psychische ziekte meer behoefte aan biomedische hulp dan aan mentale hulp (Hoffer, 2010:25).

Dit citaat is een goed voorbeeld van een Surinaamse vrouw die psychische klachten van haar man vertaalt in biomedische termen. *“Vroeger was het een echte macho-man en dronk hij veel bier. Via de huisarts kwam hij in een psychiatrisch ziekenhuis terecht. Daar is hij een jaar verbleven. Daar is vastgesteld dat hij aan de ziekte van Korsakoff lijdt. Dat is het gevolg van langdurig alcoholgebruik. Dat is een soort dementie”* (Hoffer, 2010:25). In dit citaat wordt niet over de psychische klachten gesproken, want de ziekte van Korsakoff wordt gezien als een neurologisch probleem. Dementie wordt vaker gezien als een psychisch probleem (Hoffer, 2010:25).

Uit het onderzoek van 't Land (2008) komt naar voren dat de behoefte aan mentale zorg niet verschilt tussen de Turkse - en Nederlandse respondenten. Het is moeilijk vast te stellen hoeveel allochtonen en autochtonen, die geen gebruik maken van de GGZ, behoefte hebben aan mentale zorg, omdat dit moeilijk achterhaald kan worden. In het onderzoek van Trinidad e.a. (2005) wordt dit eveneens aangekaart (Trinidad e.a., 2005:49-50).

Toch is uit de resultaten af te leiden dat de behoefte aan mentale zorg hoger ligt dan het werkelijk gebruik, zowel bij de allochtone groepen als bij de autochtonen. Dit komt onder andere, doordat sommige groepen vaker psychische klachten in biomedische klachten

vertalen. Hierdoor is het lastig om de zorgbehoefte voor psychische klachten vast te stellen. Daarnaast is het lastig om de zorgbehoefte vast te stellen bij mensen die geen gebruik maken van de GGZ. De kloof tussen zorggebruik en de zorgbehoefte is groter bij de allochtone cliënten, want zij maken over het algemeen minder gebruik, terwijl zij over het algemeen meer behoefte aan mentale zorg hebben. Uit de bovenstaande resultaten blijkt dat het zorggebruik achter blijft op de zorgbehoefte van de cliënten, wat leidt tot een kloof. Maar welke determinanten hebben nog meer invloed op het zorggebruik in de GGZ, die de verschillen in zorggebruik kunnen verklaren? Hoe verhouden deze determinanten zich onder de allochtonen en autochtonen?

1.2 Determinanten die van invloed zijn op zorggebruik

Volgens het onderzoek van Knipscheer & Kleber (2005) komen Surinaamse -, Marokkaanse - en Turkse cliënten vaak in de psychiatrie terecht wanneer de klachten escaleren. Dit betekent dat de cliënten in de GGZ worden opgenomen, terwijl zij in een eerder stadium van hun ziekte beter geholpen konden worden door bijvoorbeeld een maatschappelijk werker. In dit stadium, waarbij de klachten nog te overzien zijn, maken zij veelal geen gebruik van de GGZ (Knipscheer & Kleber, 2005). De late intrede of het niet gebruik maken van de GGZ kan worden verklaard door een aantal determinanten, die hieronder uitgebreid worden besproken. Deze determinanten worden toegepast op het model van Andersen (Mackenbach & van der Maas, 2008:397-399). Dit model geeft weer hoe zorggebruik kan worden verklaard, namelijk door behoefte aan zorg, neiging tot zorg en mogelijkheid tot zorg. Allereerst komen de determinanten aan bod die invloed hebben op zorggebruik. De determinanten worden onderverdeeld in aanbod- en cliëntdeterminanten. Daarna vindt een uitleg over het model van Andersen plaats, waarbij de determinanten worden onderverdeeld. Bij de determinanten wordt een onderscheid gemaakt tussen allochtonen en autochtonen.

1.2.1 Cliëntdeterminanten

Het niet zoeken van hulp of pas in een laat stadium van de ziekte de GGZ intreden, kan worden verklaard door determinanten die bij de cliënt zelf liggen, zoals culturele -, sociale - en persoonlijke determinanten. Hieronder worden de determinanten uit de literatuur besproken.

Voor de allochtone respondenten uit het onderzoek van Knipscheer & Kleber (2005¹:373) is aangetoond dat zij psychische klachten liever zelf oplossen, want zij twijfelen aan de effectiviteit van de behandelingen. Dit komt mede, doordat allochtone cliënten twijfels hebben over de zorgverlener. Zij komen in contact met zorgverleners uit andere culturen. De cliënten willen hun eigen culturele identiteit houden, waarbij zij willen bevestigen dat 'wij niet zoals hun zijn'. Een tweede aspect die van belang is, heeft te maken met het besef dat het

absolute niet bestaat. Bij een ontmoeting met een zorgverlener leert men dat eigen zekerheden niet langer vanzelfsprekend zijn. Hiermee wordt bedoeld dat allochtonen bang zijn om door een zorgverlener op andere gedachtes te worden gebracht. Ze hechten veel waarden aan hun eigen normen en waarden. Door in contact te komen met een zorgverlener, komen ze erachter dat niet alleen hun eigen gedachtes, normen en waarden vanzelfsprekend zijn (de Hert e.a., 2000:455).

Tevens is een belangrijk element in de Surinaamse -, Turkse - en Marokkaanse cultuur om niet, buiten de sociale omgeving, hulp te zoeken (Knipscheer & Kleber, 2005¹:373). Daarom wordt in de verschillende culturen veel waarde aan mantelzorg gehecht.

Tegenwoordig wordt de ernst van de klachten steeds meer onder ogen gezien door allochtonen en hun sociale omgeving (Knipscheer & Kleber, 2005¹:373). De vraag of dit de ziektebeleving van de allochtonen daadwerkelijk beïnvloedt? Allochtonen kunnen, ondanks de steun vanuit de sociale omgeving, toch geen behoefte aan mentale zorg hebben.

Hierdoor maken zij geen gebruik van de GGZ. Hierbij zijn de begrippen 'illness' en 'disease' weer van belang. De cliënt moet zich wel ziek voelen (illness). Dit is van belang bij de afweging om mentale hulp te zoeken (Cassell, 1976:27).

Het bovenstaande staat indirect in verband met de heersende taboes. Dit is niet alleen bij allochtonen te zien, maar het is mede zichtbaar bij de autochtonen. Taboes zorgen voor het stil zwijgen van klachten, want over psychische ziekten wordt niet gesproken. Een reden hiervoor is dat bepaalde mensen denken dat het een ziekte van God is. Men heeft de ziekte om een reden gekregen (Hoffer, 2009). Daarnaast zijn taboes ontstaan, doordat psychische cliënten worden gekoppeld aan een te zwakke persoonlijkheid, een gebrek aan wilskracht of het maken van verkeerde keuzes. Deze denkwijzen stammen uit het verre verleden af. Bovendien worden psychische cliënten als gevaarlijke mensen gezien (Simon, 2007-2008). Tegenwoordig heersen minder taboes over psychische ziekten bij de tweede generatie allochtonen en de autochtone Nederlanders, doordat zij de problematiek van de ziekten meer inzien (Hoffer, 2009).

Toch komen taboes volgens het artikel 'psychische klachten zijn een groot taboe onder allochtone vrouwen' nog vaak voor (Algemeen Dagblad, 2011).

Achter angst en depressie zitten duivelse krachten en in een 'gekkenhuis' belanden is het ergste wat bestaat. Dat denken veel Marokkanen, Turken en andere Rotterdamers van allochtone komaf. Een psycholoog? Een psychiater? Een gekkenhuis? Daar moet je nóóit terecht komen. Je wordt opgesloten, andere mensen komen erachter, je kinderen worden van je afgepakt. (Algemeen Dagblad, 2011)

Volgens het onderzoek van Knipscheer en Kleber (1998:754) focussen Turkse - en

Marokkaanse mensen zich meer op lichamelijke klachten dan op psychische klachten. Dit komt echter ook naar voren in het onderzoek van Hoffer (2010). Allochtonen zijn sneller geneigd om psychische klachten om te zetten in biomedische termen dan autochtonen. Eveneens gaan allochtone Nederlanders sneller naar een alternatieve genezer (Hoffer, 2010:25).

De laatste determinant volgens Verhaeghe (2008) wat invloed heeft op het zorggebruik is stigma. Dit houdt in dat personen met een psychische ziekte negatief worden gelabeld vanuit de maatschappij. Stigma kan voortkomen uit negatieve cognities, emoties en gedragingen. Dit kan in verband staan met eventuele heersende taboes. De resultaten van een Brits onderzoek wijzen uit dat ongeveer 70% van de bevolking, personen met een verslaving of psychoses gevaarlijk vinden. Personen met een stemmingsstoornis worden door 61% van de bevolking gezien als moeilijk aanspreekbaar en door 56% onvoorspelbaar. In het onderzoek van Verhaeghe (2008:8-9) wordt vanuit gegaan dat de meeste personen, met één van deze ziekten, op de hoogte zijn van de denkbeelden, attitudes en gedragingen uit de samenleving. Stigma vindt zowel bij allochtonen als bij autochtonen plaats en heeft een negatieve invloed op het zorggebruik in de GGZ. Zij durven niet voor hun psychische ziekte uit te komen, waardoor zij geen hulp zoeken in de GGZ (Verhaeghe, 2008:9-12). In de literatuur komt niet naar voren hoe groot de verschillen tussen allochtonen en autochtonen zijn.

De heersende stigma komt eveneens door het feit dat in allochtone culturen een specifieke rolverdeling heerst. De vader is verantwoordelijk voor de financiële situatie in het huishouden. De moeder zorgt voor de kinderen en het huishouden. Hieruit blijkt dat de sociale rollen in het gezin al vast staan. Door het krijgen van een psychische ziekten, door één van de ouders, wordt afgeweken van de vaststaande rolverdeling (de Hert e.a., 2000:465-466).

Tot slot is het risico op psychische ziekten in de vorige paragraaf aan bod gekomen. Het risico op psychische ziekten heeft invloed op de behoefte aan mentale zorg (Kamperman e.a., 2003:321, Veling e.a., 2006:191).

1.2.2 Aanboddeterminanten

Het zorggebruik kan ook worden verklaard door aanboddeterminanten. Hieronder vallen de determinanten: capaciteit van voorzieningen, verzekeringsstelsel, organisatie van de gezondheidszorg en artsgebonden determinanten (Mackenbach & van der Maas, 2008:400). Voor het zorggebruik in de GGZ zijn voornamelijk de laatste twee determinanten van toepassing. Volgens het onderzoek van Knipscheer & Kleber (2005:757) is het gebrek aan voorlichting bij allochtonen misschien wel de belangrijkste determinant om de verschillen in zorggebruik te verklaren. Allochtonen hebben minder kennis over het huidige zorgstelsel dan autochtonen. Het is voor hen soms niet helemaal duidelijk waar ze met hun klachten heen

moeten en wat de GGZ precies te bieden heeft. Dit komt onder andere, doordat allochtonen uit landen komen waar de geestelijke gezondheidszorg nog niet zo ver is ontwikkeld. De hoeveelheid kennis over het zorgstelsel onder de allochtonen is de afgelopen jaren verbeterd (Knipscheer & Kleber, 2005). De allochtone cliënt zoekt bij psychische klachten, in 87,4% van de gevallen, eerst hulp bij de huisarts, terwijl autochtonen vaker hulp zoeken bij een maatschappelijk werker of psycholoog.

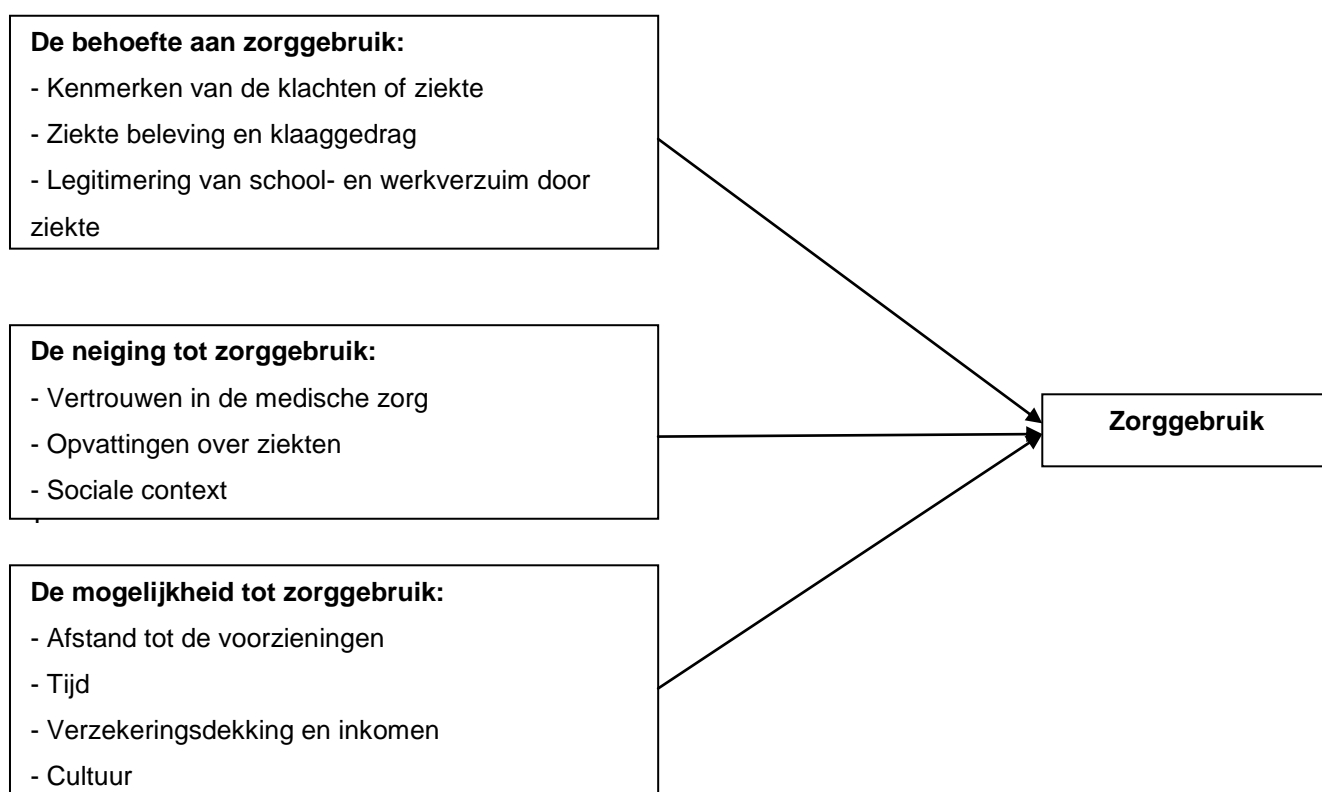
Een ander belangrijke determinant is de interculturalisatie van de zorgverlening. In de jaren 80 van de vorige eeuw kwam de gedachtegang naar voren dat de GGZ eveneens voor allochtonen moest zijn. In de jaren 90 kwam meer aandacht voor interculturalisatie. Dit houdt in dat de GGZ zich moest aanpassen aan de multiculturele samenleving, wat betreft behandel- en denkwijzen. Dit geldt ook voor de desbetreffende zorgverleners (Bekker & van Mens-Verhulst, 2008). Maar past de huidige situatie van de GGZ bij de wensen en behoeften van de allochtone cliënt? Ondanks de interculturalisatie schiet de GGZ op een aantal punten te kort voor de allochtone cliënten. Er moeten, voor de verschillende etnische groepen, meer concretere vormen van hulp komen. Hiermee wordt bedoeld dat naast de mentale behandeling voor psychische ziekten, mede wordt gekeken naar bijvoorbeeld de onderliggende culturele - en persoonlijke problematiek. Allochtonen kunnen bij zorgverleners met dezelfde etnische achtergrond beter praten over problemen in culturele – of personele sferen, zodat de onderliggende problematiek van een psychische ziekte beter naar voren komt. Dit zal de zorgverlening bevorderen (Knipscheer & Kleber, 2005:755). Meer dan helft van de geïnterviewde, allochtone respondenten uit het onderzoek van Hosper e.a. (1999) hebben behoefte aan een zorgverlener uit de eigen etnische groep. De Surinaamse respondenten hebben het meest behoefte aan een zorgverlener uit eigen etnische groep, namelijk 77% tegenover de Turkse - (47%) en de Marokkaanse respondenten (20%). (Hosper e.a., 1999:279-281). Bovendien komt uit de resultaten van het onderzoek van Knipscheer & Kleber (2005:755) naar voren dat behandelingen in de GGZ niet altijd bij de leef- en denkwereld van de allochtone cliënt past. Dit wordt mede bepaald door de visie op interculturalisatie van de zorgverleners. Hoe vaker zorgverleners in aanmerking komen met allochtone cliënten, hoe meer zij een dynamische visie ontwikkelen en hoe beter zij met de verschillende leef- en denkwerelden kunnen omgaan (Netteb, 2005).

Uit een artikel (2010) in de Spits blijkt dat de GGZ nog niet optimaal functioneert. De GGZ schenkt weinig aandacht aan de families, terwijl het om een grote groep mensen. Een familielid kan het bijvoorbeeld niet eens zijn met de opname van de cliënt of een familielid krijgt problemen door het verlenen van mantelzorg. Het inschakelen van een familievertouwenspersoon kan families helpen of advies geven (Karimi, 2010).

1.2.3 Model van Andersen

De determinanten, die van invloed zijn op het zorggebruik in de GGZ worden in het model van Andersen (Mackenbach & van der Maas, 2008:397-399) verwerkt. Het model van Andersen geeft aan dat behoefte aan zorggebruik, neiging tot zorggebruik en mogelijkheid tot zorggebruik het zorggebruik verklaren. In *figuur 1* staat een beschrijving wat onder behoefte, neiging en mogelijkheid valt.

Allereerst worden de determinanten verdeeld onder de drie determinanten van Andersen. Dit zijn zowel de cliëntdeterminanten als de aanboddeterminanten. Niet alle kenmerken die bij de drie determinanten horen, zijn van toepassing bij dit onderzoek. Daarna worden de relaties tussen de determinanten in kaart gebracht.



Figuur 1. Model van Andersen

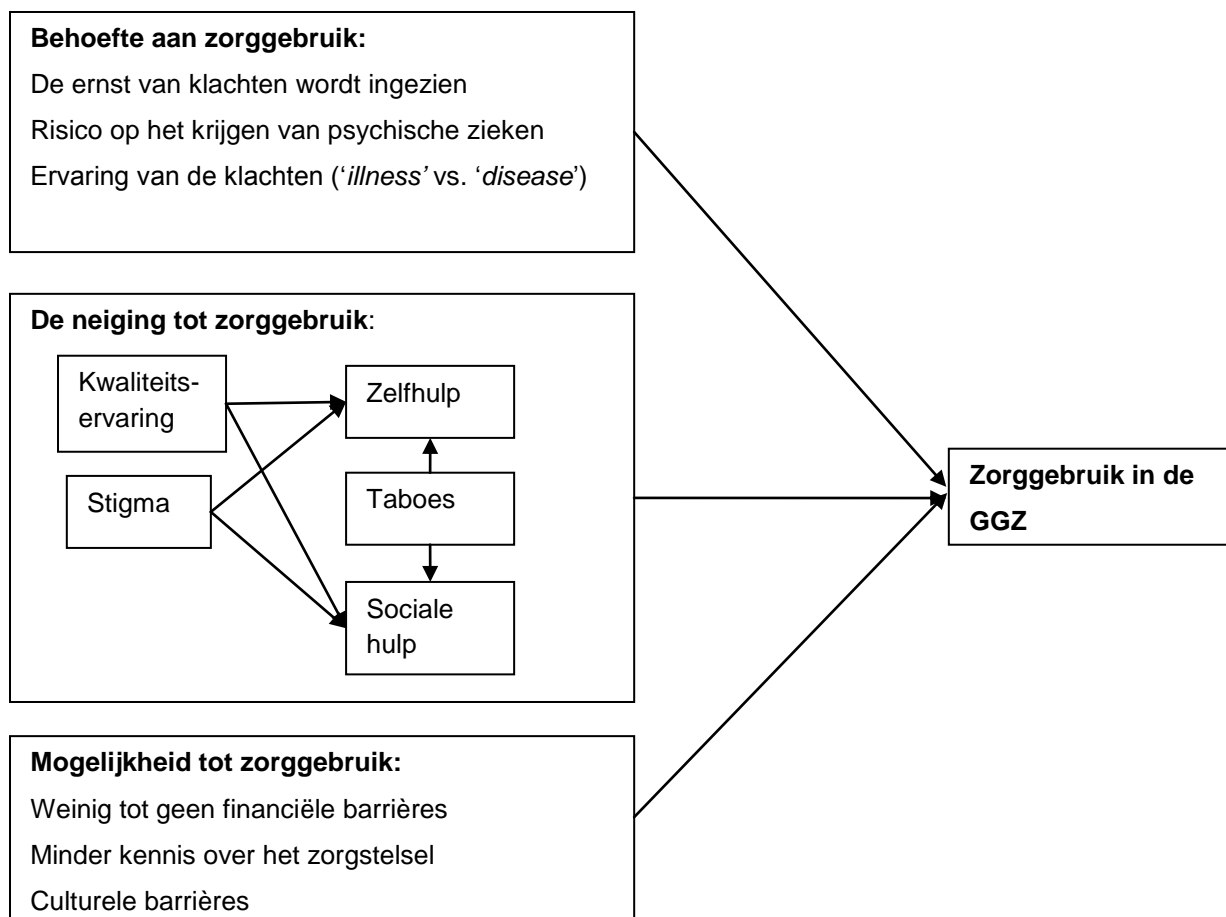
De behoefte aan zorggebruik: steeds meer allochtonen en hun sociale omgeving zien de ernst van de klachten in (Knipscheer & Kleber, 2005¹). Hierdoor zal het zorggebruik in de GGZ positief worden beïnvloed. Door het inzien van de ernst zullen de allochtonen eerder geneigd zijn om naar de GGZ te gaan, omdat zij behoefte hebben aan mentale hulp van buitenaf. Het inzien van de ernst van de klachten hoeft niet meteen te betekenen dat de ziektebeleving van de allochtonen wordt veranderd, waardoor ze gebruik gaan maken van de GGZ. Zij kunnen nog andere barrières ondervinden, die het zorggebruik negatief beïnvloeden. Een goed voorbeeld hiervan is het verschil tussen 'disease' en 'illness'. De

cliënten kunnen wel een ziekte hebben, maar voelen zij zich ook ziek? De ervaring van de cliënt is belangrijk voor het inzien van de ernst van de klachten (Cassell, 1976:27). Tot slot wordt de behoefte aan zorggebruik beïnvloed door het risico dat groepen hebben op het krijgen van psychische ziekten. Allochtonen hebben een hoger risico dan autochtonen (Kamperman e.a., 2003:321, Veling e.a., 2006:191).

De neiging tot zorggebruik: bij de Surinaamse -, Turkse - en Marokkaanse cultuur is in het onderzoek van Knipscheer & Kleber (2005¹) aangetoond dat zij klachten liever binnen de sociale omgeving oplossen, waardoor zij minder snel hulp zoeken bij de GGZ. Ten tweede twijfelen allochtonen nog steeds over de effectiviteit van de GGZ, wat leidt tot sociale hulp en zelfhulp. Dit komt onder andere, doordat de kwaliteit volgens de allochtone cliënten tekort schiet op een aantal punten, zoals het aanpassen aan de behandel- en denkwijzen van allochtonen (Bekker & van Mens-Verhulst, 2008, Knipscheer & Kleber, 2005). Daarnaast heersen er taboes op psychische ziekten en worden cliënten negatief gelabeld (stigma). Dit kan ervoor zorgen dat klachten binnen de sociale omgeving blijven of leiden tot zelfhulp. Binnen de sociale omgeving kunnen eveneens taboes heersen of stigmatisering plaats vinden, waardoor psychische ziekten niet bespreekbaar zijn. Stigma en taboes komen zowel bij allochtonen als bij de autochtonen voor (Hoffer, 2009, Verhaeghe, 2008).

De mogelijkheid tot zorggebruik: tevens hebben allochtonen geen tot weinig financiële barrières, want mentale zorg zit voor een groot deel in het verzekeringspakket. De GGZ wordt vergoed via de basisverzekering, waarbij bepaalde behandelingen wel een (grote) eigen bijdrage vragen (Knipscheer & Kleber, 2005¹). Mijn veronderstelling hierbij is dat sommige allochtonen niet genoeg financiële kennis hebben over de zorg, waardoor zij bang zijn om veel geld kwijt te raken. Allochtonen hebben tegenwoordig wel meer kennis over het zorgstelsel. Ze weten steeds beter de GGZ-instellingen en zorgverleners te vinden, ondanks sommige allochtonen nog steeds niet weten naar welke zorgverlener ze moeten gaan (Knipscheer & Kleber, 2005). Dit kan echter ook komen door de culturele toegankelijkheid. De cliënten kunnen om culturele redenen, zoals cultuurverschillen tussen arts en cliënt, geen of later gebruik maken van de GGZ. Daarentegen kunnen verschillen in taal of normen en waarden hiertoe leiden (El Akili, 2008:22).

Hieronder worden de determinanten toegepast op het model van Andersen.



Figuur 2. Model Andersen toegepast

Uit het bovenstaande model is te concluderen dat veel determinanten onder de neiging tot zorggebruik vallen. Deze determinanten hebben eveneens onderlinge relaties. Onder allochtonen is de ervaren kwaliteit van mentale zorg lager dan bij autochtonen. Hierdoor twijfelen zij aan de effectiviteit van de zorg en kiezen zij eerder voor zelfhulp of hulp binnen de sociale omgeving (Knipscheer & Kleber, 2005¹). Daarnaast zal stigmatisering invloed uitoefenen op het gebruik van de GGZ. Bij het ondervinden van stigma zal men eerder geneigd zijn om klachten op een andere manier op te lossen dan in de GGZ. Stigma hoeft niet alleen buiten de sociale omgeving plaats te vinden. Binnen de sociale omgeving van de cliënt kan stigma ook een rol spelen, waardoor klachten door zelfhulp worden opgelost (Hoffer, 2009, Verhaeghe, 2008). Hetzelfde geldt voor taboes die in een cultuur kunnen heersen. Door heersende taboes in de sociale omgeving klachten kan het bespreekbaar maken van klachten achterwege blijven. Zij durven geen hulp te zoeken en proberen hun eigen klachten op te lossen. De afgelopen jaren zijn de heersende taboes, mede onder allochtonen, afgenomen. Dit kan ervoor zorgen dat het zorggebruik in de GGZ positief wordt beïnvloed (Hoffer, 2009).

Hieruit valt te concluderen dat de neiging tot zorggebruik een negatieve invloed heeft op zorggebruik, door de heersende taboes, stigma en kwaliteitservaring. Dit kan uiteindelijk

leiden tot zelfhulp of hulp binnen de sociale omgeving, waardoor de cliënt geen mentale hulp in de GGZ zoekt.

Daarnaast kan de behoefte aan zorg en de mogelijkheid tot zorg het zorggebruik in de GGZ zowel negatief - als positief beïnvloeden. Het inzien van de ernst van de klachten kan het zorggebruik positief beïnvloeden. Maar de vraag is of de ziektebeleving daarbij wordt veranderd? Hierbij spelen 'illness' en 'disease' een rol bij. 'illness' kan ervoor zorgen dat de cliënt zich niet ziek voelt. Dit kan het zorggebruik negatief beïnvloeden. Daarnaast hebben allochtonen meer kennis over het zorgstelsel gekregen, maar toch ondervinden zijn daarin nog wat barrières, aangezien sommige allochtonen niet weten bij welke zorgverlener ze moeten zijn. Dit kan zowel tot meer – en minder zorggebruik leiden. Tevens ondervinden allochtonen geen tot weinig financiële barrières, net als autochtonen, wat kan leiden tot meer zorggebruik. Maar zijn de allochtone cliënten daar op de hoogte van? En speelt de culturele toegankelijkheid geen rol?

1.2.4 Conclusie

Het zorggebruik onder de allochtonen is de afgelopen jaren flink toegenomen. Zij hebben een 'inhaalslag' gemaakt. In de huidige situatie van de GGZ blijft het aandeel allochtonen achter op het aandeel autochtonen, terwijl zij wel meer risico hebben op het krijgen van psychische ziekte. Om deze reden is de kloof tussen zorgbehoefte en zorggebruik bij allochtonen groter dan bij autochtonen. Het model van Andersen (Mackenbach & van der Maas, 2008:397-399) geeft een drietal determinanten weer, die van invloed zijn op zorggebruik. Uit de literatuur is gebleken dat het zorggebruik in de GGZ door culturele -, sociale - en persoonlijke determinanten wordt beïnvloed.

1.3 Genomen maatregelen in GGZ

In de GGZ zijn al een aantal (pogingen tot) maatregelen genomen om de geestelijke gezondheidszorg aan te passen aan de etnische groepen in Nederland, zodat zij meer gebruik gaan maken van de zorg. Volgens het artikel van Van Dijk (2008) staat de interculturalisatie van de GGZ nog steeds in de kinderschoenen. Ondanks het beleid om de zorg meer aan te passen aan andere culturen, is in de afgelopen jaren weinig veranderd. Nog steeds maken allochtonen minder gebruik van de GGZ dan autochtonen. Tevens melden allochtonen zich met complexere ziekten. Door middel van een nota werd voorlichting aan allochtonen gegeven om de heersende taboes te laten afnemen (van Dijk, 2008:335-336). Bovendien heeft een generatie managers, professionals en beleidsmakers zich ingezet voor een betere toegankelijkheid in de GGZ voor migranten. Zij focusten zich op de culturele identiteit van de cliënt. Dit heeft ook niet geleid tot volledige interculturalisatie (van Dijk, 2008:336). De GGZ heeft wel vooruitgang geboekt in het verzamelen van

gegevens van cliënten. Het Psychiatrisch Casusregister Rijnmond (PCR) verzamelt sinds 1990 cliëntgegevens van lokale GGZ-instellingen. De betrouwbaarheid van deze gegevens neemt jaarlijks toe. cliënten worden soms meerdere malen ingeschreven, waardoor bij een aantal gevallen de herkomstgegevens met terugwerkende kracht aan te vullen of te corrigeren zijn. Op basis van analyses met registratiegegevens, met betrekking tot regio Rotterdam, zijn opvallende conclusies te trekken wat betreft de toename aan allochtonen in de GGZ (van Dijk, 2008:340).

Tot slot zijn er interventies ingezet met betrekking tot het gebruik van internet bij de zorgverlening. Hierbij zijn speciale websites gemaakt voor bepaalde doelgroepen. Op deze manier komen cliënten online in contact met een zorgverlener, waar ze hun klachten kunnen bespreken. Vooral onder allochtonen is het gebruik van internet erg populair. Deze maatregel vergroot de kansen op interculturalisatie (Huson, 2008:11).

De genomen maatregelen hebben niet allemaal tot goede resultaten geleid. De maatregelen passen inhoudelijk niet bij de interculturalisatie of ze zijn niet op een goede manier uitgevoerd.

1.4 Doelstelling, vraagstelling en deelvragen

De bovenstaande gegevens roepen vragen op voor een nieuw - of verdiepend onderzoek. Voor dit onderzoek wordt een doelstelling, vraagstelling en meerdere deelvragen geformuleerd. In het volgende hoofdstuk zijn de begrippen gedefinieerd, die in het kwantitatieve – en kwalitatieve deel worden gehanteerd.

In dit onderzoek wordt nader gekeken naar de verschillen in zorggebruik tussen allochtonen en autochtonen en welke determinanten hieraan ten grondslag liggen. De doelstelling die hier uit voortvloeit, luidt als volgt: *Een beschrijving, en daarna een verklaring geven, van de verschillen in zorggebruik binnen de GGZ tussen Nederlanders, Surinamers en Marokkanen met zowel een lage- als hoge opleiding.* Dit wordt ook wel fundamenteel onderzoek genoemd, want het onderzoek streeft naar kennisvermeerdering.

Vanuit de doelstelling luidt de vraagstelling van dit onderzoek:

Wat zijn de verschillen in zorggebruik binnen de GGZ tussen Marokkanen en Surinamers enerzijds en Nederlanders anderzijds, met zowel een lage- als hoge opleiding, en hoe kunnen deze verschillen worden verklaard?

Om deze vraagstelling te kunnen beantwoorden, zijn er onderzoeksvragen opgesteld.

- Wat zijn de verschillen in zorggebruik tussen de etnische groepen?

- Welke determinanten hebben invloed op het zorggebruik bij de etnische groepen?
- Hoe passen de determinanten in het model van Andersen?
- Op welke manier(en) kunnen de verschillen in zorggebruik worden gereduceerd?

2. Begripsverduidelijking

Om eenduidigheid over de begrippen te creëren worden in dit hoofdstuk de begrippen uitgewerkt. De begrippen nemen een belangrijke rol in bij het onderzoek. In de bovenstaande onderzoeken wordt niet duidelijk wat zij onder de begrippen verstaan, waardoor verschillende definities worden gebruikt. Voor zowel het kwantitatieve - als het kwalitatieve deel worden de onderstaande definities aangehouden.

2.1 Begrip 'geestelijke gezondheidszorg'

De GGZ biedt zorgverlening aan voor mensen met psychische stoornissen en ernstige psychosociale. In dit onderzoek wordt niet een specifieke psychische ziekte als uitgangspunt genomen, omdat dit niet relevant is voor het onderzoek. Alle psychische ziekten worden onder één noemer gebracht. Tijdens de interviews kunnen wel verschillen tussen psychische ziekten aan bod komen. Dit zal dan in de scriptie worden beargumenteerd.

De zorgverlening is opgebouwd uit extramurale -, intramurale - en semimurale zorg. In dit onderzoek zijn alle drie de vormen van zorg van toepassing, want in dit onderzoek gaat het over psychische ziekten in het algemeen. Hierbij kan men denken aan zowel bezoeken aan de psychiater als crisisopname in een instelling. Maatschappelijk werk wordt hier niet onder gezien, want zij helpen eveneens mensen met niet-psychische klachten. Tijdens de interviews kunnen de respondenten verschillen aankaarten. In dit geval worden de verschillen beargumenteerd (Boot & Knapen, 2005).

2.2 Begrip 'allochtonen'

Een allochtoon is een inwoner van Nederland die zelf in het buitenland is geboren of waarvan ten minste één ouder in het buitenland is geboren. Tevens wordt een onderscheid gemaakt tussen eerste en tweede generatie allochtonen. De eerste generatie is zelf in het buitenland geboren en ten minste één ouder ook. Personen die in Nederland zijn geboren en waarvan ten minste één ouder in het buitenland is geboren, behoren tot de tweede generatie allochtonen (CBS, 2000). Dit onderzoek heeft betrekking op de eerste - en tweede generatie allochtonen, met een Marokkaanse - of Surinaamse afkomst. Volgens de wetenschappelijke literatuur zitten bij deze groepen de grootste verschillen wat betreft zorggebruik en risico's ten opzichte van Nederlanders. Hierdoor is de kans groter om relevante informatie te vinden,

waardoor de verschillen in zorggebruik en de daarbij hoorde redenen duidelijk worden. Daarnaast is het ook een voordeel dat in de regio Rotterdam veel Marokkaanse – en Surinaamse mensen wonen, waardoor het makkelijker is om genoeg respondenten te vinden. Het onderzoek vindt namelijk plaats in de regio Rotterdam. Het onderzoek is zowel gericht op de eerste – als tweede generatie allochtonen, omdat de denkwijze over psychische ziekten kunnen verschillen tussen beide generaties. Het is mogelijk dat de allochtonen uit de eerste generatie nog anders over psychische ziekten denken dan de tweede generatie. Op deze manier komen beide denkwerelden naar voren.

2.3 Opleiding

In het theoretisch kader komt naar voren dat opleidingsniveau een belangrijke rol speelt bij het gebruik van de gezondheidszorg. Uit wetenschappelijke literatuur blijkt dat bij huisartsenzorg en verloskundigenzorg het opleidingsniveau van invloed is op het gebruik van de zorg. Om deze reden wordt bij dit onderzoek, het zorggebruik in de GGZ, mede gekeken naar opleidingsniveau. Het Nationaal Kompas Volksgezondheid (2008) heeft een indeling gemaakt tussen lage -, middelbare – en hoge opleidingsniveaus. Bij een laag opleidingsniveau hoort: lbo, mavo, vmbo, mbo-1, avo-onderbouw (eerste drie jaren van havo en vwo). Bij middelbaar niveau hoort: havo, vwo, mbo-2-4 en bij een hoog niveau hoort: hbo en wo (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2008). Deze indeling is in het onderzoek als leidraad gebruik. In dit onderzoek worden alleen laag- en hoogopgeleide allochtonen geïnterviewd, omdat het anders praktisch niet haalbaar is om uit te voeren. Op deze manier wordt toch een duidelijk beeld geschetst wat opleidingsniveau voor invloed kan hebben.

2.4 Leeftijd en geslacht

Dit onderzoek richt zich op allochtone vrouwen met een leeftijd tussen de 15 en 26 jaar, waarbij de interviews worden afgenomen. Tussen de leeftijd 15 en 26 jaar volgen de meeste vrouwen een studie, waardoor de respondenten via hun opleiding benaderd kunnen worden. Voordelen hiervan zijn: het is makkelijker om respondenten te selecteren op opleidingsniveau. Daarnaast kunnen de toegangsmogelijkheden worden versterken. De onderzoeker kan via een docent in contact komen met de respondent. De leeftijdsklassen zijn gebaseerd op CBS-criteria, wat overeenkomt met de leeftijdsklassen die gelden voor dit onderzoek. De allochtone respondenten zullen alleen van het vrouwelijk geslacht zijn. De reden hiervoor is, dat het praktisch niet haalbaar is om beide geslachten te onderzoeken. Uiteindelijk is gekozen om vrouwen te interviewen, omdat de onderzoeker met een aantal Marokkaanse – en Surinaamse vrouwen contact heeft. Hierdoor is het makkelijker om respondenten te vinden, want de toegang tot deze mogelijke respondenten is al aanwezig.

3. Werkwijzen en methoden

In dit hoofdstuk worden de methoden en werkwijzen van dit onderzoek besproken. Hiervoor worden de richtlijnen van Boeije (2008) aangehouden.

3.1 Samenstelling onderzoeksgroep

Dit onderzoek betreft de etnische verschillen in het zorggebruik in de GGZ. De determinanten die van invloed zijn op het zorggebruik worden vanuit het oogpunt van allochtone burgers met een Surinaamse – en Marokkaanse afkomst bekeken. Zij baseren hun verhaal op zowel de gedachtegang van henzelf als van hun familie. Er is gekozen om de determinanten die het zorggebruik in de GGZ beïnvloeden vanuit een burgerperspectief te bekijken, omdat zowel zorgverleners als (ex)cliënten niet een betrouwbaar en valide beeld hierover kunnen geven. Cliënten, die een behandeling ondergaan voor een psychische ziekte, werken niet snel aan een dergelijk onderzoek mee. Zij zijn op dat moment niet in staat om openlijk over hun klachten en denkbeelden te praten. Tevens geven zorgverleners geen betrouwbare en valide informatie, want zij kunnen moeilijk over de wensen en behoeften van de cliënten oordelen.

In dit onderzoek wordt een onderscheid gemaakt tussen allochtonen met een Marokkaanse - en Surinaamse afkomst. Het onderzoek richt zich op allochtone vrouwen met een leeftijd tussen de 15 en 26 jaar. Daarnaast wordt een onderscheid gemaakt tussen laag- en hoogopgeleide allochtonen. Dit wordt gedaan om te kijken of er hiertussen grote verschillen zitten. Uit andere onderzoeken, zoals beschreven is in het theoretisch kader, komt naar voren dat opleidingsniveau een belangrijke rol speelt bij het gebruik maken van zorg.

3.1.1 Werving respondenten

De meerderheid van de respondenten is via de e-mail benaderd. De hoger opgeleide respondenten zijn voornamelijk studiegenoten of studiegenoten van vrienden. De relatie tussen de onderzoeker en de respondenten is niet meer dan een studierelatie. De e-mailadressen van deze respondenten zijn makkelijk te achterhalen. De lager opgeleide respondenten zijn op drie verschillende manieren benaderd, namelijk via de hoger opgeleide respondenten, de Marokkaanse bakker in mijn straat en een buurthuis in Rotterdam Zuid. Een bekende van de onderzoeker loopt stage in het buurthuis, waardoor de allochtone jongeren in staat zijn mee te werken aan het onderzoek.

Voordat de respondenten worden geïnterviewd, wordt een e-mail naar ze gestuurd. Hierbij worden de eerste vragen van de topiclijst gevraagd, zie *bijlage 1*. Hierdoor is het van te voren duidelijk of de gevraagde respondenten aan alle criteria van het onderzoek voldoen.

3.2 Onderzoeksetting

De interviews van de hoogopgeleide allochtonen worden voornamelijk op de Erasmus

Universiteit te Rotterdam, de Hogeschool van Rotterdam en het Erasmus medisch centrum gehouden, omdat zij daar een opleiding volgen. Deze respondenten zijn tussen de 18 en 26 jaar. De interviews met de lager opgeleide allochtonen worden bij de respondenten - of onderzoeker thuis gehouden en in een buurthuis voor jongeren in de wijk Feyenoord. De lager opgeleiden volgen geen opleiding, een vmbo - of een mbo opleiding. Ze zijn tussen de 15-26 jaar, omdat lager opgeleiden veelal jonger aan een vervolg opleiding beginnen.

3.3 Data

Om een goed beeld te krijgen van het onderwerp wordt eerst vooronderzoek gedaan. Hierbij worden wetenschappelijke studies over etnische verschillen in zorggebruik bekeken om een theoretisch kader te creëren. Dit wordt als leidraad voor het onderzoek gebruikt.

Na een goed vooronderzoek, met de daarbij geformuleerde vraagstelling en deelvragen, vindt de dataverzameling plaats. Bij dit onderzoek worden meerdere manieren van dataverzameling gebruikt (methodetriangulatie), namelijk literatuuronderzoek, kwantitatief – en kwalitatief onderzoek.

3.3.1 Methodetriangulatie

Allereerst wordt het zorggebruik op een kwantitatieve manier onderzocht. De eerste deelvragen van dit onderzoek worden hiermee beantwoord, namelijk: Wat zijn de verschillen in zorggebruik tussen de etnische groepen? Welke determinanten hebben invloed op het zorggebruik bij de etnische groepen? De eerste deelvraag wordt door middel van het kwantitatief onderzoek geheel beantwoord en de tweede deelvraag voor een deel. De kwantitatieve data is afkomstig van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van het Nederlandse instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NS2). Bij de Twee Nationale Studie is op grootschalig niveau gegevens verzameld in 104 verschillende huisartspraktijken. Het instituut Nivel heeft een aanvullend bestand toegevoegd over de gegevens van allochtonen. Dit is later samengevoegd met die van de autochtone respondenten. De data brengt het zorggebruik van allochtonen en autochtonen in kaart. De toetsen die worden uitgevoerd, staan in de volgende paragraaf beschreven (Schellevis, 2003).

Daarna vinden interviews plaats met de lager – en hoger opgeleide allochtonen. Het kwantitatieve gedeelte wordt gebruikt om inzicht te geven in de verschillen in zorggebruik tussen de etnische groepen en welke determinanten van invloed zijn op het zorggebruik in de GGZ. Door middel van de interviews worden de achterliggende verklaringen voor de verschillen bestudeerd. Dit wordt ook wel diepte interview genoemd. Hierbij worden de volgende vragen beantwoord: Welke determinanten hebben invloed op het zorggebruik bij de

etnische groepen? Hoe passen de determinanten in het model van Andersen? Op welke manier(en) kunnen de verschillen in zorggebruik worden gereduceerd?

Voorafgaand is een topiclijst gemaakt, waarbij de formulering en volgorde van de vragen al zijn bepaald, zie *bijlage 1*. Toch zal tijdens de interviews veranderingen optreden met betrekking tot de structurering, bijvoorbeeld om verdere uitleg te vragen. Het gesprek kan namelijk altijd anders lopen dan verwacht. Dit is geheel afhankelijk van de persoon die wordt geïnterviewd, de setting waarin het interview plaats vindt, de vraagstelling van de onderzoeker etc. Bij onvolledige antwoorden vraagt de onderzoeker om verdere uitleg of de respondent kan in zijn verhaal al andere punten bespreken die pas later aan de orde moeten komen. Hierdoor is er sprake van een open interview. Om ervoor te zorgen dat de interviews goed verlopen, wordt van te voren al een topiclijst gemaakt. Daarbij wordt rekening gehouden met de lager opgeleide respondenten, zodat zij de vragen geheel begrijpen. Het aantal interviews wordt tijdens het onderzoek pas vastgesteld, aangezien het afhangt van de hoeveelheid nieuwe informatie. De interviews worden stop gezet, indien geen nieuwe informatie meer naar voren komt. De duur van de interviews is per persoon verschillend, maar gemiddeld rond de 20-30 minuten, zodat de respondenten zich niet bezwaard voelen. De interviews worden allemaal opgenomen via een , zodat het interview later terug geluisterd kan worden. Hierdoor is het mogelijk om de uitspraken van respondenten in het onderzoek op te nemen.

Bestaande literatuur is van belang om een theoretisch kader te vormen en onbeantwoorde deelvragen te beantwoorden. Deze deelvragen zijn in het theoretisch kader opgesteld. Het is belangrijk om alle deelvragen te kunnen beantwoorden om uiteindelijk de vraagstelling te beantwoorden.

3.3.2 *Statistische analyses*

Voor het kwantitatieve deel van het onderzoek worden toetsen uitgevoerd om de juiste gegevens te krijgen over het zorggebruik van verschillende etnische groepen. Dit wordt aan de hand van SPSS gedaan. Voor een algemeen overzicht worden kruistabellen gemaakt van etniciteit, geestelijk zorggebruik, opleidingsniveau, leeftijdsklassen en geslacht. Hierbij worden alleen de Marokkanen, Surinamers en Nederlanders meegenomen.

Daarna wordt gekeken of de verdeling van de variabelen (geslacht, leeftijdsklassen, opleidingsniveau en mentale zorg) gelijk is bij de verschillende etnische groepen. Om te kijken of de verdeling tussen de etnische groepen significant zijn, worden chi-kwadraten toetsen uitgevoerd. Bij de chi-kwadraat toets wordt gekeken naar een betrouwbaarheid van 95%. Bij een p-waarde van boven de 0.05 berusten de verschillen op toeval. Een chi-kwadraat toets vindt plaats als twee - of meer groepen met een nominaal meetniveau

worden onderzocht.

Tot slot wordt een binaire regressie gedaan om te kijken of de onafhankelijke variabelen (gecorrigeerd voor geslacht, leeftijdsklassen, opleidingsniveau en etniciteit) van invloed zijn op de afhankelijke variabele mentale zorg. Bij deze determinanten vinden bepaalde selecties plaats. Een binaire logistische regressie wordt gedaan wanneer de afhankelijke variabelen binair is (mentale zorg: ja of nee). Bij de regressie wordt een significantieniveau van 0.05 gehandhaafd.

3.4 Validiteit en betrouwbaarheid

Er zijn twee bekende normen voor de kwaliteit van een onderzoek, namelijk betrouwbaarheid en validiteit. De validiteit heeft betrekking op de kwaliteit van de gegevens en de betrouwbaarheid op de kwaliteit van methoden en werkwijzen. De validiteit en de betrouwbaarheid verschillen voor kwalitatief – en kwantitatief onderzoek (Persoonlijke communicatie, 2008).

3.4.1 Validiteit en betrouwbaarheid voor kwalitatief onderzoek

Ten eerste is kwalitatief onderzoek minder gestandaardiseerd. Dit zorgt voor een beperkte betrouwbaarheid, omdat bijvoorbeeld de onderzoeker op verschillende manier de interviews afneemt. Tevens is de betrokkenheid van de onderzoeker een probleem. Betrokkenheid is nodig voor een goede meting, maar kan leiden tot een lagere validiteit, doordat bijvoorbeeld een respondent ander gedrag vertoont tijdens een onderzoek. Kwalitatief onderzoek is met name gericht op betrouwbaarheid en minder op validiteit. Tegenwoordig zijn methodieken ontwikkeld om kwalitatief onderzoek meer betrouwbaar en valide te maken (Boeije, 2008).

Voor dit onderzoek zijn een aantal punten belangrijk om de validiteit en de betrouwbaarheid te verhogen. Te beginnen met de interne validiteit, oftewel is het beredeneren van de resultaten binnen het onderzoek correct uitgevoerd? Voorafgaand is een onderzoeksplan, het projectvoorstel, gemaakt met de stappen die ondernomen moeten worden. Wanneer sprake is van afwijking van het plan, moeten de veranderingen goed worden opgeschreven en worden verantwoord. Tevens vinden meerdere interviews plaats (datatriangulatie), wat zorgt voor meer empirische data. Eventueel worden de gegevens nog teruggekoppeld aan de respondenten voor een member check. Daarnaast worden zowel de zwakke – als de sterke methoden en werkwijzen op papier gezet (Boeije, 2008).

Bij de externe validiteit gaat het om de generaliseerbaarheid van de uitspraken. Dit is bij kwalitatief onderzoek een stuk lastiger dan bij kwantitatief onderzoek. Het generaliseren van de resultaten wordt niet als een doel gezien bij dit onderzoek, want de resultaten zijn niet genoeg valide, omdat de gegevens worden verkregen via interviews. De respondenten kunnen sociaal wenselijke antwoorden geven, terwijl dit niet hun eigen mening is. Om de

generaliseerbaarheid te verhogen, wordt cyclisch te werk gegaan. Hierbij vindt bij elke stap een evaluatie plaats en zo nodig wordt een stap teruggedaan. In dit onderzoek is geen sprake van onderzoekstriangulatie, omdat er één onderzoeker is. Toch zal de onderzoeker de bevindingen ter discussie stellen bij anderen en kritisch reflecteren (Boeije, 2008).

Om de betrouwbaarheid tijdens het onderzoeksproces hoog te houden, wordt een dagboek bijgehouden om zo terug te kunnen kijken naar het onderzoeksproces. Daarnaast vindt in het onderzoek methodetriangulatie plaats, omdat op meerdere manieren data wordt verzameld, wat zorgt voor verschillende invalshoeken (Boeije, 2008).

Bovendien worden ook stappen ondernomen om de externe betrouwbaarheid, oftewel de herhaalbaarheid, te verhogen. Hiervoor worden de methoden en werkwijzen precies omschreven (Boeije, 2008).

3.4.2 Validiteit en betrouwbaarheid voor kwantitatief onderzoek

Bij kwantitatief onderzoek verschilt de validiteit en de betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek. Kwantitatief onderzoek is vooral gebaseerd op validiteit, terwijl kwalitatief onderzoek meer gericht is op betrouwbaarheid (Persoonlijke communicatie, 2008, Schellevis, 2003). Bij dit onderzoek bestaat enige twijfel bij de interne validiteit. De resultaten zijn afkomstig van de Tweede Nationale Studie (Schellevis, 2003), die door andere onderzoekers tot stand is gekomen. Hierdoor is het onbekend welke stappen zijn ondernomen om de interne validiteit te verhogen, door bijvoorbeeld een goed onderzoeksopzet te maken of de zwakke - en sterke punten op papier te zetten. Uit het rapport van de studie komt wel naar voren dat zij verschillende methoden van dataverzameling hebben toegepast, namelijk enquêtes en interviews. Dit verhoogt de interne validiteit. De externe validiteit is bij kwantitatief onderzoek hoger, aangezien het vaak over een groter aantal respondenten gaat. De resultaten zijn dan beter te generaliseren. De resultaten kunnen naar andere situaties worden gegeneraliseerd.

Voor de interne betrouwbaarheid zijn eveneens wat twijfels, want zij hebben wel beschreven welke stappen zij hebben ondernomen wat betreft cliëntenregistratie, maar wat hebben de onderzoekers eraan gedaan om alle methoden, theorieën en analyseprocedure consequent toe te passen? Hebben zij bijvoorbeeld regelmatig besprekingen gehad en hebben zij hun beslissingen goed verantwoord? Over de externe betrouwbaarheid is iets meer te zeggen, ondanks het moeilijk is om te beoordelen of de Tweede Nationale Studie herhaalbaar is. De dataset, de vragenlijst en de cliëntenpopulatie zijn in ieder geval wel erg duidelijk, waardoor men wel weet welke vragen, antwoorden en groepen mensen zijn gebruikt (Persoonlijke communicatie, 2008, Schellevis, 2003).

3.5 Ethische overwegingen

Voorafgaand aan de interviews worden de respondenten geïnformeerd over het onderzoek, zoals het doel van het onderzoek en de intentie van de onderzoeker. Op deze manier wordt het onderzoek ethisch verantwoord. Hierdoor wordt voorkomen dat misverstanden ontstaan en de respondenten zich bedreigd voelen. De burgers blijven te allen tijde anoniem, zodat de privacy wordt gewaarborgd.

Door de onderzoeksresultaten terug te koppelen aan de respondenten wordt onenigheid voorkomen.

4. Resultaten

Voor dit hoofdstuk is alle data verzameld. De data bestaat uit zowel kwantitatieve – als kwalitatieve data. De kwantitatieve data is gebaseerd op resultaten van de Tweede Nationale Studie (Schellevis, 2003) en de kwalitatieve data is gebaseerd op interviews. De kwantitatieve – en kwalitatieve data worden hieronder uitgewerkt.

4.1 Zorggebruik in de GGZ

In deze paragraaf komen de kwantitatieve gegevens over het zorggebruik aan bod. Allereerst worden de basis gegevens benoemd voor een algemeen overzicht. Daarna worden met deze basisgegevens toetsen uitgevoerd om de verschillen in zorggebruik in beeld te krijgen.

4.1.1 Basis gegevens onderzoek

In de Tweede Nationale Studie (Schellevis, 2003) wordt onder andere een onderscheid gemaakt tussen Nederlanders, Marokkanen en Surinamers. Om een duidelijk overzicht te krijgen, worden de percentages van verschillende variabelen ten opzichte van etniciteit in de onderstaande tabel weergegeven. Deze variabelen zijn: geslacht, opleidingsniveau, leeftijdsklassen en mentale zorggebruik.

		Autochtoon (%) (N=7772)	Marokkaans (%) (N=364)	Surinaams (%) (N=292)
Geslacht	Man	44,8	48,6	28,4
	Vrouw	55,2	51,4	71,6
Opleidingsniveau	Laag	52,4	77,9	67,6
	Middelbaar	25,7	14,1	17,2

	Hoog	21,8	8,0	15,2
Leeftijd	0 t/m 19 jaar	2,3	6,0	1,0
	20 t/m 39 jaar	28,4	60,2	41,4
	40 t/m 64 jaar	47,1	31,6	45,5
	65 jaar en ouder	22,2	2,2	12,0
Mentale zorggebruik (in de afgelopen 12 maanden)	Ja	5,2	6,6	7,2
	Nee	94,8	93,4	92,3

Tabel 1: Frequenties variabelen

De tabel geeft weer dat 55,2% van de autochtonen een vrouw is en dat 6% van de Marokkaanse respondenten in de leeftijdsklassen 0 t/m 19 jaar zitten. Tevens geeft de tabel weer dat de allochtone groepen meer mentale zorg in de afgelopen 12 maanden hebben gehad ten opzichte van de autochtonen.

4.1.2 Verschillen tussen etnische groepen

Om te kijken of de verdeling van de variabelen (geslacht, opleidingsniveau, leeftijdsklassen en mentale zorg) onder de verschillende etnische groepen gelijk is, worden chi-kwadraten uitgevoerd, waarbij naar de p-waarde wordt gekeken. De p-waarde geeft aan of de verschillen tussen de variabelen bij de verschillende etnische groepen significant zijn. Hiervoor wordt een significantieniveau van $p=0.05$ gehandhaafd.

In de tabel worden de volgende variabelen meegenomen: etniciteit, geslacht, opleidingsniveau, leeftijdsklassen en mentale zorg.

	Autochtoon en Marokkaans (Sig.)	Autochtoon en Surinaams (Sig.)	Marokkaans en Surinaams (Sig.)
Geslacht	0.152	0,00	0,00
Opleidingsniveau	0,00	0,005	0,00
Leeftijdsklassen	0,00	0,00	0,00
Mentale zorggebruik	0.234	0.129	0.763

Tabel 2. Chi-kwadraat (p-waarde)

Uit de tabel komt naar voren dat de verschillen bij geslacht (behalve tussen autochtonen en Marokkanen), opleidingsniveau en leeftijdsklassen tussen de etnische groepen significant zijn. Bij geslacht (tussen autochtonen en Marokkanen) en mentale zorggebruik zijn geen significante verschillen te zien ($p > 0.05$). Bij deze variabelen mogen de verschillen niet worden aangenomen.

De belangrijkste bevinding heeft te maken met de relatie etniciteit en mentale zorggebruik. Tussen de etnische groepen zitten geen significante verschillen wat betreft gebruik van mentale zorg, ondanks de hogere percentages voor de allochtone groepen in tabel 1 ten opzichte van de autochtonen. Door de hoge p-waarde (> 0.05) mogen de verschillen tussen de etnische groepen niet worden aangenomen. Wat betreft mentale zorg zitten geen verschillen tussen de etnische groepen.

4.1.3. Invloed op mentale zorg

De resultaten van de binaire logistische regressie geven weer welke variabelen (leeftijdsklassen, geslacht, opleidingsniveau en etniciteit) invloed hebben op mentale zorg. Hierbij zijn de Nederlandse -, Surinaamse -, en Marokkaanse respondenten meegenomen. De variantie van mentale zorg wordt 4,3% verklaard door de bovengenoemde variabelen. Bij de binaire regressie worden de volgende variabelen meegenomen: mentale zorg, geslacht, opleidingsniveau, etniciteit en leeftijdsklassen.

	B	Exp (B)	Sig.
Opleidingsniveau	0.362	1.436	0.00
Geslacht	0.516	1.676	0.00
Etniciteit	0.066	1.068	0.256
Leeftijdsklassen	-0.454	0.635	0.00

Tabel 6. Logistische regressie op gebruik van mentale zorg

Uit de tabel komt naar voren dat de variantie in gebruik van mentale zorg verklaard kan worden door opleidingsniveau, geslacht en leeftijdsklassen. Etniciteit verklaart dit echter niet, doordat de significantie boven de 0.05 is. Bij leeftijdsklassen is de invloed negatief op gebruik van mentale zorg. Dit betekent, met de leeftijdsklasse 0 t/m 19 jaar als referentiekader, dat de hogere leeftijdsklassen meer gebruik maken van mentale zorg dan de respondenten van 0 t/m 19 jaar, door het negatieve getal. Zorggebruik is 45,4% hoger onder ouderen dan onder jongeren. Bij etniciteit is de groep allochtonen het referentiekader. Allochtone groepen maken 6,6% meer gebruik van de GGZ dan de autochtonen. Alleen is dit

echter niet significant en kan dus niet worden aangenomen. Voor de variabele opleidingsniveau zijn de lager opgeleiden het referentiekader en voor de variabele geslacht de mannen. Dit betekent dat het zorggebruik bij mannen 51,6% hoger ligt dan bij vrouwen. Het zorggebruik ligt bij lager opgeleiden 36,2% hoger dan bij hogere opleidingsniveaus.

4.1.4 Doel kwalitatief onderzoek

In het theoretisch kader hebben onderzoeken aangeduid dat de allochtone groepen minder gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg dan autochtonen. Dit wordt door verschillende onderzoeken bevestigd. Uit de onderzoeken komt wel naar voren dat de allochtone groepen een 'inhaalslag' aan het maken zijn wat betreft zorggebruik.

Uit de resultaten van het bovenstaande kwantitatieve onderzoek komen andere bevindingen naar voren. Hieruit blijken Marokkaanse – en Surinaamse respondenten procentueel meer gebruik maken van de GGZ dan de autochtonen. Deze verschillen zijn niet significant, waardoor de verschillen niet aangenomen mogen worden. Deze twee onderzoeken spreken elkaar tegen, waardoor geen eenduidige conclusie bestaat wat betreft de verschillen in zorggebruik. De voorafgaande aanname was dat beide onderzoeken dezelfde resultaten zouden hebben, namelijk dat het zorggebruik onder de allochtone groepen lager ligt dan bij autochtonen.

Voorafgaand is besproken dat de interviews worden afgenomen bij Surinaamse – en Marokkaanse vrouwen om eventuele verklaringen voor de verschillen in zorggebruik te vinden. Hier moet echter vanaf worden gestapt, waarbij de data als aparte delen worden gezien. Welk onderzoek de juiste resultaten bevat, is niet direct te zeggen. De interviews kunnen nu niet meer worden gebruikt om de kwantitatieve resultaten te verklaren, maar wel om te kijken welke determinanten het zorggebruik positief – of negatief kunnen beïnvloeden. Dit geeft een algemeen beeld over het zorggebruik in de GGZ. De interviews zijn als extra informatie voor de bevindingen in het theoretisch kader en het kwantitatieve deel. Aan de Surinaamse – en Marokkaanse respondenten wordt eveneens gevraagd of zij verschillen ondervinden wat betreft determinanten die van invloed zijn op het zorggebruik ten opzichte van de Nederlanders. Deze resultaten zullen dan niet als verklaringen worden gebruikt, maar geheel onafhankelijk worden geïnterpreteerd. Uiteindelijk zullen alle resultaten en gegevens met elkaar worden vergeleken in hoofdstukken 'conclusie en discussie'.

4.2 Determinanten van invloed op zorggebruik

Uit de interviews van de Surinaamse – en Marokkaanse vrouwen komen determinanten naar voren die van invloed zijn op het zorggebruik in de GGZ. De determinanten worden niet gebruikt om een verklaring te kunnen geven voor de verschillen in zorggebruik, maar om een algemeen beeld te krijgen van het zorggebruik in de GGZ. De aanleiding hiervoor zijn de verschillen in uitkomsten tussen de wetenschappelijke literatuur en de statistische analyses.

Uiteindelijk wordt gekeken wat de verschillen zijn tussen de lager - en hoger opgeleide allochtonen. Hiervoor zijn per groep 3 á 4 interviews gehouden. In de bovenstaande hoofdstukken zijn de criteria van de respondenten besproken. Hierbij is echter geen navraag gedaan naar de religie. Van de respondenten is wel bekend of zij een religie hebben, maar niet precies welke. Binnen familie kunnen ook verschillende religies voorkomen, zowel bij de Marokkaanse - als Surinaamse respondenten. De resultaten kunnen niet worden gekoppeld aan een bepaalde religie, maar wel aan de gehele gemeenschap.

Om een duidelijk overzicht te krijgen over de groepen en welke eigenschappen (afkomst, generatie, opleiding en leeftijd) bij de respondent horen, is in *bijlage 2* een lijst opgenomen. Hierdoor wordt duidelijk welke antwoorden bij welke respondent horen.

4.2.1 Definitie geestelijke gezondheidszorg en psychische klachten

In het interview hebben alle respondenten een definitie moeten geven van de begrippen geestelijk gezondheidszorg en psychische klachten. In deze paragraaf worden de definities besproken.

4.2.1.1 Definities van Marokkaanse respondenten

De definities die de Marokkaanse respondenten aan de geestelijke gezondheidszorg geven verschillen weinig van elkaar. Zij zien de geestelijke gezondheidszorg als een deel van de gezondheidszorg waar mensen komen die geestelijk of psychisch niet in orde zijn, waarbij de problemen in de hersenen afspelen. Er komen geen mensen met lichamelijke klachten.

"Ik denk dat het een deel van de gezondheidszorg is, waar mensen komen die geen lichamelijke klachten ondervinden, maar juist psychische klachten" (Respondent 7, 2012).

De mensen die naar de GGZ gaan zitten met zichzelf in de knoei volgens vele Marokkaanse respondenten. Alle respondenten geven voorbeelden van zorgverlening in de GGZ. De respondenten denken aan zowel een psycholoog als een crisisopname, waar de mensen met psychische klachten kunnen verblijven. *"De GGZ is in Nederland zo georganiseerd dat men zowel een psycholoog als een therapeut in een instelling kan vinden, voor bijvoorbeeld een verslaving of een psychische stoornis"* (Respondent 3, 2012).

Zij geven mede een definitie, vanuit het oogpunt van hun Marokkaanse familie en gemeenschap (groep mensen met dezelfde afkomst), aan de GGZ.

De oudere generaties kijken anders naar de GGZ dan de Marokkaanse jongeren. De oudere generaties zijn meestal iets minder hoog geschoold, waardoor zij minder kennis hebben over de GGZ. De jongere generaties zijn meer geschoold en die weten wat de GGZ inhoudt. Zij weten ook wat de GGZ tegen psychische klachten kan doen. (Respondent 2, 2012)

Respondent 1 (2012) geeft aan dat veel Marokkaanse ouderen tot groep 7 of 8 op school hebben gezeten. Zij weten wel dat de geestelijke gezondheidszorg bestaat, maar houden zich er liever niet mee bezig (Respondent 1, 2012). *“Mijn Marokkaanse familie weet wel dat de GGZ bestaat, maar zullen het niet snel erkennen”* (Respondent 4, 2012). Sommige Marokkanen erkennen de GGZ juist wel. Volgens hoger opgeleide Respondent 3 (2012) worden speciale centra opgezet voor mensen met psychische klachten en een multiculturele achtergrond. Dit is een mogelijkheid om hulp te zoeken. De familie van een andere hoger opgeleide maakt ook gebruik van de GGZ. *“In mijn familie wordt de GGZ gewoon erkend. Ik heb zelf een familielid die momenteel gebruik maakt van het RIAGG”* (Respondent 7, 2012). Hierbij worden verschillen geconstateerd tussen lager – en hoger opgeleide Marokkanen. De families van twee hoger opgeleiden weten wat de GGZ inhoud, terwijl de rest van de respondenten dit ontkrachten.

Verder zijn bij de definities omtrent psychische klachten geen merkbare verschillen te ontdekken tussen de lager – en hoger opgeleiden. De respondenten zien psychische klachten in de brede zin, waardoor de klachten niet gediagnosticeerd hoeven worden. *“Psychische klachten zijn klachten waarvan men niet precies kan vaststellen wat het is. Zolang het maar in de hersenen afspeelt”* (Respondent 7, 2012). Stress kan bijvoorbeeld al gezien worden als een psychische klacht. Een psychische klacht is *“alles waarbij je in dilemma komt met jezelf of je omgeving, waardoor je geest achteruit gaat”* (Respondent 3, 2012). Hier is Respondent 4 (2012) het mee eens. *“Bij een psychische probleem zit je met jezelf in de knoei. Dat speelt allemaal in je hersenen af”* (Respondent 4, 2012).

Vanuit het oogpunt van hun Marokkaanse familie en gemeenschap wordt anders tegen psychische klachten aangekeken. Volgens Respondent 1 (2012) wordt het woord psychisch niet gebruikt. Bij dergelijke klachten wordt men gezien als ‘gek’. *“Het woord psychisch is niet erg gebruikelijk. Ze zien je dan eerder als gek. Ze kennen het woord psychisch ook niet”* (Respondent 1, 2012). Tevens vertelt Respondent 4 (2012) dit in haar interview. Pas bij het uiterste willen ze inzien dat het gaat om een psychische klacht. Respondent 3 (2012) geeft hier een mogelijke verklaring voor. Zij constateert dat onder de oudere generaties nog steeds taboes heersen. Zij interpreteren een psychische ziekte anders dan de jongere generaties. Een aantal respondenten geven schizofrenie als een voorbeeld van een psychische ziekte. Zij geven aan dat de oudere generaties schizofrenie niet als een psychische ziekte zien, maar meer naar de religieuze – en culturele kant kijken. *“Ik kan mij voorstellen dat oudere generaties schizofrenie niet als een psychische ziekte zien, maar meer de schuld van zwarte magie”* (Respondent 3, 2012). Twee andere respondenten ontkrachten deze constatering. *“Mijn familie weet wat psychische klachten zijn, want ze weten hoe iemand zich dan*

gedraagt” (Respondent 6, 2012). Hier is respondent 7 (2012) het mee eens. Haar familie weet eveneens wat psychische klachten inhouden.

Bij deze bevindingen speelt het opleidingsniveau een geringe rol, want de verschillende antwoorden zijn erg verspreid onder de lager – en hoger opgeleide respondenten. Een verschil is te zien bij de definitie over de GGZ vanuit het perspectief van hun familie en gemeenschap. Twee hoog opgeleiden constateren de erkenning van de GGZ onder de Marokkaanse mensen. De rest van de respondenten zijn hier minder positief over. Over het algemeen geven de hoger opgeleide respondenten wel meer uitleg bij hun antwoorden dan de lager opgeleide respondenten.

4.2.1.2 Definities van Surinaamse respondenten

De Surinaamse respondenten hebben eveneens zelf een definitie gegeven aan het begrip geestelijke gezondheidszorg. Alle respondenten zijn het over eens dat het gaat om zorg voor mensen met een geestelijk - of psychisch probleem. Respondent 9 (2011) definieert de GGZ als *“eigenlijk alle zorg dat te maken heeft met je mentale status. Psychologische hulp en alles verder”* (Respondent 9, 2011). Respondent 10 (2012) zegt iets vergelijkbaars. *“Je gaat naar de GGZ, wanneer je klachten hebt die in je hoofd afspelen”* (Respondent 10, 2012). Ook Respondent 12 (2011) bekijkt de GGZ in de brede zin van het woord. *“De GGZ is de zorg aan personen met geestelijke problemen. Dan denk ik aan geestelijke problemen in de brede zin van het woord”* (Respondent 12, 2011). Daaraan voegt Respondent 11 (2011) toe dat het gericht is op zowel volwassenen als op jeugdigen. Alle respondenten dachten zowel aan een psycholoog als aan een instelling voor opname. Zij gaven zelfs een aantal voorbeeld, zoals *“De GGZ is heel erg breed. Je hebt instellingen, maar ook gewoon psychologen”* (Respondent 8, 2012). Respondent 14 (2012) en Respondent 15 (2012) geven deze definities eveneens aan de GGZ. Zij maken alleen geen gebruik van de GGZ, omdat zij psychische klachten op een spirituele manier oplossen.

De Surinaamse respondenten hebben in het interview mede naar hun Surinaamse familie en gemeenschap gekeken. De respondenten hebben hier gemengde gevoelens over. De eerste groep kijkt hier positief naar. De GGZ wordt volgens hen geaccepteerd (Respondent 11, 2011, Respondent 9, 2011). *“Ik denk dat mijn familie op dezelfde manier naar de GGZ kijkt, omdat mijn familie ook gebruik maakt van de GGG, indien nodig. Een familielid maakt gebruik van een psycholoog en niemand in mijn familie is hierop tegen”* (Respondent 11, 2011). De mening van de hoger opgeleide Respondent 14 (2012) & Respondent 15 (2012) verschilt ook niet met de mening van hun families. De respondenten en hun familie kijken op een spirituele manier naar de GGZ. De familie wil psychische klachten op een spirituele manier oplossen in plaats van mentale zorg. De anderen denken hier toch anders over. Zij denken dat sommigen de GGZ niet nodig vinden, omdat zij het op een spirituele manier

willen oplossen. Lager opgeleide Respondent 13 (2011) denkt dat oudere generaties de GGZ als een 'gekkenhuis' zien. Dit geldt voornamelijk voor degene die niet in Nederland zijn geboren. Een andere lager opgeleide respondent denkt hier eveneens zo over. Zij denkt namelijk dat alleen de Surinamers die 'verwesterd' zijn, net zo kunnen denken over de GGZ als Nederlanders (Respondent 12, 2012). Drie hoger opgeleide respondenten en één lager opgeleide respondent geven aan dat hun familie op dezelfde wijze denkt over de GGZ. De rest is het niet eens met deze mening.

De Surinaamse respondenten hebben verschillende meningen over de definitie van psychische klachten. De helft van de respondenten vindt het belangrijk dat de klacht wordt gediagnosticeerd om het als een psychische klacht te zien. Respondent 14 (2012) geeft hiervoor een mogelijke verklaring. Zij vindt tijdelijke stress geen psychische klacht, ondanks het wel in de hersenen afspeelt. *"Tijdelijke stress is ook te verhelpen zonder naar een psycholoog of psychiater te gaan"*. (Respondenten 14, 2012). Respondent 9 is het hier deels mee eens. *"Ik denk bij psychische klachten aan lusteloosheid. Het zijn wel klachten die te koppelen zijn aan een ziekte"* (Respondent 9, 2012). *"Bij een psychische klacht is een diagnose noodzakelijk. Een burn-out is ook wel een psychische klacht, maar niet zozeer"* (Respondent 13, 2012). De andere helft van de Surinaamse respondenten vindt een psychische klacht een breed begrip. Respondent 12 (2011) denkt dat men last heeft van een psychische klacht, wanneer het dagelijks functioneren wordt beïnvloed en degene niet meer in de maatschappij kan functioneren. Respondent 8 (2012) vindt het eveneens een breed begrip. *"Bij een psychische klacht ben je geestelijk niet helemaal in orde. Hierbij kan je denken aan depressie, stemmingswisselingen en stress"* (Respondent 8, 2012). Tevens geven Respondent 14 (2012) en Respondent 15 (2012) nog een andere definitie aan psychische klachten. Zij denken dat psychische klachten te maken hebben met 'spirits' in je lichaam. De slechte 'spirits' die het lichaam betreden, zorgen voor de klachten.

Als laatst hebben de Surinaamse respondenten een definitie gegeven van psychische klachten vanuit het oogpunt van hun familie en gemeenschap. Twee respondenten denken dat hun familie en de gemeenschap dezelfde definities geven aan psychische klachten. Zij hebben het gevoel dat de geestelijke gezondheidszorg tegenwoordig al veel bekender is geworden, ook onder de Surinaamse gemeenschap (Respondent 10, 2012, Respondent 11, 2011). Een andere groep respondenten denkt dat de oudere generaties het meer zien als 'gek-zijn'. Volgens Respondent 13 (2011) komt dit wel alleen voor bij de Surinamers die niet in Nederland zijn geboren. Zij hechten nog veel waarden aan de tradities en gewoontes van vroeger. *"Vroeger werden mensen als gek gezien. Tegenwoordig is dat allemaal veranderd, maar de oudere generaties kunnen zich toch nog vasthouden aan de oude tradities en gewoontes"* (Respondent 13, 2011). Respondent 12 (2011) denkt dat het meer te verwijten

is aan de opleidingsverschillen. *“De oudere generaties hebben veelal geen hoge opleiding afgerond. Zij hebben weinig ervaring met de GGZ”* (Respondent 12, 2011). De laatste groep respondenten, hoger opgeleide Surinamers, legt uit dat Surinamers op een spirituele manier naar psychische klachten kijken, net als bij de GGZ. Respondent 14 (2012) en Respondent 15 (2012) leggen uit dat hun familie op een spirituele manier naar psychische ziekten kijken. Psychische klachten hebben te maken met *‘spirits’* die het lichaam betreden. Om jezelf weer terug te krijgen, moet men de slechte *‘spirits’* verwijderen en de goede behouden (Respondent 14, 2012, Respondent 15, 2012).

Bij de gegeven definities speelt opleidingsniveau een rol, aangezien de antwoorden van de respondenten deels afhankelijk zijn van het opleidingsniveau. De lager – en hoger opgeleide respondenten hebben allemaal verschillende meningen, waardoor de bevindingen erg verspreid liggen. Een verschil is te zien bij de mening over de GGZ vanuit het oogpunt van hun familie en gemeenschap. Drie hoger opgeleide respondenten en één lager opgeleide respondent zijn van mening dat hun familie en gemeenschap hetzelfde over de GGZ denkt, terwijl de rest het hier niet mee eens is. Bovendien hebben twee hoger opgeleiden een duidelijke mening over de spirituele kant van psychische ziekten. Over het algemeen geven de hoger opgeleide respondenten wel meer uitleg bij hun antwoorden dan de lager opgeleide respondenten, waardoor zij langere definities krijgen.

4.2.2 Behoeftte aan mentale zorg

De behoefte aan mentale zorg is één van de determinanten die invloed heeft op het zorggebruik in de GGZ. De behoefte aan mentale zorg wordt bepaald door de kenmerken van de klacht(en) en of ziekte, de ziekte beleving/ klaaggedrag en legitimering van school- en werkverzuim door ziekte. Hieronder wordt een onderscheid gemaakt tussen de Marokkaanse – en Surinaamse respondenten.

4.2.2.1 Behoeftte aan mentale zorg bij Marokkaanse respondenten

Alle respondenten zijn bereid om hulp te zoeken, wanneer zij een psychische klacht ondervinden. De Marokkaanse vrouwen zijn het allemaal met elkaar eens dat ze eerst langs de huisarts gaan, voordat ze bij een psycholoog terecht komen. Een aantal van de respondenten willen zeker weten of het geen biomedische klachten zijn. Daarna kunnen ze pas goed worden doorverwezen naar de juiste zorgverlener en daarnaast is de huisarts erg laagdrempelig. *“Ik ga eerst naar de huisarts om goed doorverwezen te worden. Hij kan ook alvast kijken wat het precies is”* (Respondent 4, 2012). *“Ik heb ergens last van dus bel ik de huisarts. Hij is de eerste persoon waar ik aan zou denken. Hij gaat uitzoeken wat de beste hulp voor mij is. Daarnaast is de huisarts makkelijk te bereiken, want het is laagdrempelig”* (Respondent 7, 2012). Hieruit blijkt dat de vrouwen de ernst van de klachten wel inzien,

waardoor ze hulp gaan zoeken. Het inzien van de psychische klachten is volgens Respondent 3 (2012) mede te zien aan de multiculturele centra die worden opzet voor mensen met een multiculturele achtergrond. Mensen met een multiculturele achtergrond hebben dus behoefte aan mentale zorg, want anders worden geen aparte centra opgezet (respondent 3, 2012).

De Marokkaanse vrouwen geven wel aan dat ze niet direct naar de huisarts stappen, maar het is wel de eerste zorgverlener waar ze een afspraak bij maken. *“Ik zou mijn familielid niet meteen aanbevelen om hulp te zoeken bij de huisarts. Je kunt niet gelijk zeggen of iemand naar de dokter moet. Alleen als degene zieker en zieker wordt”* (Respondent 1, 2012). Hier is Respondent 7 (2012) het mee eens. *“In mijn familie kunnen we het wel bespreekbaar maken. We gaan met ze allen opzoek naar de beste oplossing. De eerste oplossing is niet meteen hulp zoeken bij de huisarts. We zullen de klachten eerst in het gezin onder controle houden”* (Respondent 7, 2012).

Eén hoger – en twee lager opgeleide respondenten maken een onderscheid tussen Marokkanen en Nederlanders. Respondent 3 (2012) kan zich goed voorstellen dat Nederlanders sneller en meer gebruik maken van de GGZ dan Marokkanen, omdat Marokkanen over het algemeen een lager sociaaleconomische status hebben. Hierdoor hebben ze minder kennis over de GGZ en psychische ziekten. Uit haar geneeskunde opleiding weet zij dat deze redenatie geldt voor het aantal huisartsbezoeken (hoger opgeleide Respondent 3, 2012). Lager opgeleide Respondent 4 (2012) denkt eveneens dat Nederlanders sneller de huisarts opzoeken, omdat de Nederlandse cultuur veel directer is, waardoor zij eerder de klachten bespreekbaar maken. Zij zoeken sneller hulp. Een andere lager opgeleide zegt ook iets over de directheid van de Nederlandse cultuur. *“Nederlanders zeggen snel, ik ben ziek. Marokkanen zeggen eerder o, ik heb een ziekte. Dat gaat wel weer over”* (Respondent 5, 2012).

Tevens zijn bijna alle respondenten ervan overtuigd dat God een belangrijke rol speelt in het ervaren van klachten. De psychische ziekte kan gezien worden als een ‘ziekte van God’. *“Wij geloven in de wilsbeschikking van God, in het goede en het kwade. We hebben daar een houvast aan, hierdoor kunnen wij makkelijker vrede sluiten met de ziekte”* (Respondent 7, 2012). Met het makkelijker vrede sluiten is Respondent 3 (2012) het eens. Ze voegt eraan toe dat het wereldse leven een roeping is voor het hiernamaals. *“Hetgeen wat zij moeten doormaken is een soort test om te kijken wat je aankunt. Er wordt dan gekeken of je ‘faith’ in God sterk genoeg is”* (Respondent 3, 2012). Hierbij kan gedacht worden aan het verschil tussen ‘disease’ en ‘illness’, zoals in de literatuur is besproken (Cassell, 1976). De Marokkaanse respondenten voelen zich door de wilsbeschikking van God minder ziek (‘illness’), terwijl ze wel een ziekte hebben (‘disease’). Ze zoeken dan minder snel hulp dan mensen die niet geloven in de wilsbeschikking van God. Zij voelen zich ziek en zoeken

mentale hulp.

Vanuit het oogpunt van de respondenten hebben hun familie en gemeenschap verschillende meningen over de behoefte aan mentale zorg. De meerderheid van de lager opgeleide respondenten denkt dat hun familie en gemeenschap de ernst van de klachten uiteindelijk inzien. *“Ze zien het pas wanneer het uit de hand loopt. Bij de eerste, tweede en derde keer zullen ze niets zeggen”* (lager opgeleide Respondent 4, 2012). *“Ik kan mijn ouders uitleggen wat psychische klachten inhouden, maar zij zullen in het begin niet luisteren. Uiteindelijk zullen ze het begrijpen en mij hulp aanbieden. Bij mijn opa en oma is het misschien een ander verhaal, want die hebben helemaal geen verstand van psychische klachten”* (lager opgeleide Respondent 1, 2012). De meerderheid van de hoger opgeleide respondenten denkt dat hun familie en gemeenschap de ernst van de klachten inzien en hulp gaan zoeken. Dit komt volgens de hogere opgeleide Respondent 7 (2012) onder andere door het goede contact binnen de familie, voornamelijk binnen het gezin. De psychische klachten zijn goed bespreekbaar (Respondent 7, 2012). Respondent 3 (2012) kan zich voorstellen dat Marokkanen meer gebruik maken van de GGZ. Zij verklaart dit aan de hand van haar kennis over de huisartsenzorg.

Mensen met een lager sociaaleconomische status komen vaker terecht bij de huisarts of gaan sneller naar de huisarts toe. Marokkanen zijn over het algemeen minder geschoold, waardoor ze een lager sociaaleconomische status hebben. Ik kan me voorstellen dat dit ook geldt voor de GGZ, maar dat weet ik niet zeker. Maar of Marokkanen dan sneller hun klachten inzien dan Nederlanders is de vraag? (Respondent 3, 2012)

Bij deze bevindingen speelt opleidingsniveau een rol, met betrekking tot het inzien van de klachten. De lager opgeleide respondenten denken voornamelijk dat hun familie en gemeenschap de ernst van de klachten niet meteen inzien. Pas in een later stadium zullen zij bekennen dat het gaat om een psychische klacht/probleem. De hogere opgeleide respondenten zijn van mening dat de familie en gemeenschap juist wel de ernst van de klachten onder ogen zien, wanneer zij over de klachten worden geïnformeerd.

4.2.2.2 Behoefte aan mentale zorg bij Surinaamse respondenten

De respondenten zoeken allemaal hulp gaan, wanneer zij psychische klachten ondervinden. De psychische klachten moeten wel ernstig zijn om hulp in te schakelen. De respondenten geven aan dat zij de klachten eerst aankijken. De klachten moeten echt tot uiting komen. *“Ik raad mijn familielid aan om hulp te zoeken. Wel als degene echt last van de klachten heeft”* (Respondent 11, 2011). Respondent 10 (2012) en Respondent 8 (2012) zeggen hier eveneens iets over. *“Bij psychische klachten zullen mijn ouders mij aanraden om het eerst*

even aan te kijken. Als het echt uit de hand loopt, moet ik toch hulp van buitenaf gaan zoeken” (Respondent 10, 2012). “Ik zal ervoor zorgen dat mijn familielid goede zorg krijgt van een maatschappelijk werker of psycholoog. Wel in overleg met de familie, want misschien denken zij er anders over. Ik raad zeker aan om uiteindelijk hulp te gaan zoeken en mijn familie daarvan te overtuigen” (Respondent 8, 2012).

De meeste respondenten, voornamelijk de lager opgeleiden, gaan eerst langs de huisarts, voordat zij bij een psycholoog terecht komen. Lager opgeleide Respondent 10 (2012) stapt eerst naar de huisarts. *“Als je meteen naar de psycholoog gaatt, lijkt het net alsof je gek bent” (Respondent 10, 2012).* Bovendien vinden de meeste respondenten het verstandig om eerst langs de huisarts te gaan, omdat de huisarts mede naar biomedische klachten kijkt. Respondent 10 (2012) doet hier ook een uitspraak over. *“Ik zou allereerst naar de huisarts stappen voor een eventuele doorverwijzing en om uit te sluiten dat het niets lichamelijks is” (Respondent 10, 2012).* De familie van Respondent 11 (2011) zoekt bij psychische klachten naar eventuele fysieke klachten. *“Bij een burn-out kan het op twee manieren tot uiting komen. Psychisch en fysiek. Een huisarts gaat kijken of het een fysiek – of psychisch probleem is. Vaak komen psychische klachten ook tot uiting in fysieke klachten” (hoger opgeleide Respondent 11, 2011).* Niet alle respondenten bezoeken eerst de huisarts bij het ondervinden van psychische klachten. Drie hoger opgeleide respondenten hebben een andere manier van hulp zoeken. Hoger opgeleide Respondent 9 (2011) legt uit dat zij meteen langs de psycholoog gaat, wanneer het overduidelijk een psychische klacht is. Twee andere respondenten hebben geen behoefte aan de reguliere GGZ. Respondent 14 (2012) geeft aan dat zij en haar familie erg spiritueel zijn, waardoor zij geen gebruik maken van de GGZ. Zij maken gebruik van een medicijnman. *“Als ik vanuit mijn eigen perspectief kijk, vind ik de GGZ verschrikkelijk. Helemaal als ik naar de mensen kijk die medicatie hebben gekregen. Je kijkt in hun ogen en hun ziel is gewoon weg” (hoger opgeleide Respondent 14, 2012).*

Natuurlijk zijn er Surinamers die van hun eigen spirituele – en culturele achtergrond afstand doen. Dat komt voornamelijk door hun omgeving. Wij bekijken psychische klachten vanuit de geschiedenis. Bepaalde ‘issues’ kunnen vanuit je voorouders komen. Al die kennis en inzichten heeft de psycholoog niet. Hij kan dus alleen een oplossing bieden, maar niet het probleem oplossen. (Respondent 14, 2012)

Respondent 15 (2012) is het hier mee eens. *“Ik ga meteen naar een medicijnman. Ik geloof niet dat die medicijnen een oplossing kunnen zijn” (hoger opgeleide Respondent 15, 2012).*

Hiermee worden de medicijnen uit de reguliere gezondheidszorg bedoeld.

Voor alle respondenten geldt hetzelfde wat betreft de opvattingen van de familie en

gemeenschap. Zij denken namelijk dat hun familie de ernst van de klachten uiteindelijk wel inzien. Elke respondent kan de klachten in ieder geval met hun gezin bespreken. De familie of het gezin zal bij ernstige psychische klachten adviseren om mentale hulp te zoeken. Bij de ene respondent is dat de GGZ en voor de andere een medicijnman. Respondent 13 (2012) kan zich wel voorstellen dat sommige families de ernst van de klachten niet (willen) inzien, waardoor zij minder snel klagen. Dit ligt volgens haar aan de Surinaamse cultuur. *‘Het is gewoon je eigen zaak. Je gooit niet meteen je problemen op tafel. Je zoekt dus niet zomaar hulp bij een psycholoog’* (Respondent 13, 2012). Deze mening komt overeen met de mening van Respondent 12 (2011). Zij denkt ook dat de Surinaamse cultuur terughoudender is. *‘Als je ziek bent, vertel je het niet aan iedereen. Het wordt toch een beetje in de doofpot gestopt’* (Respondent 12, 2011). Hier vult Respondent 10 (2012) iets op aan. Zij denkt dat Nederlanders eerder hulp bij een psycholoog zoeken, omdat zij meer open zijn dan de Surinamers. Nederlanders zijn meer open over hun psychische klachten dan Surinamers, waardoor zij dit eerder bespreekbaar maken met de familie en hulp gaan zoeken (Respondent 10, 2012). Respondent 8 (2012) is het eens met het feit dat Nederlanders hun psychische klachten sneller bespreekbaar maken. *‘Nederlanders willen hun problemen zo snel mogelijk oplossen. Surinamers zijn meer gesloten over hun problemen. Dit geldt voornamelijk voor de oudere generaties’* (Respondent 8, 2012). Respondent 9 (2011) denkt dat het mede te maken heeft met de cultuur in Suriname.

‘In Suriname zoek je helemaal niet snel hulp. Je houdt de klachten voor je of in de familie. In Nederland kan je wel hulp inschakelen. Hier kan je makkelijker niemand zijn, want niemand hoeft te weten dat jij onder behandeling bij een psychiater bent. Toch houden sommige Surinamers zich nog aan deze denkwijze vast en durven geen hulp te zoeken.’ (Respondent 9, 2011)

De verschillen wat betreft opleidingsniveau zijn klein. Het enige verschil is te zien bij het inschakelen van een zorgverlener. Twee hoog opgeleide respondenten maken geen gebruik van de GGZ, maar gaan liever naar een medicijnman. Een andere hoog opgeleide gaat direct naar een psycholoog, terwijl de rest allemaal eerst langs de huisarts gaat.

4.2.3 Neiging tot mentale zorg

Naast behoefte aan zorggebruik is neiging tot zorggebruik eveneens een determinant die het zorggebruik in de GGZ beïnvloedt. Hierbij gaat het om vertrouwen in de medische zorg, opvattingen over ziekten en de sociale context.

4.2.3.1 Neiging tot mentale zorg bij Marokkaanse respondenten

Allereerst wordt sociale hulp besproken. Respondent 1 (2012) geeft haar mening over

sociale hulp bij psychische klachten. Allereerst probeert de familie een oplossing te bedenken voor de klachten. Daarna wordt pas hulp van buitenaf ingeschakeld. *”Als iemand van buiten de familie zegt dat mijn familielid mentale hulp moet gaan zoeken, wordt het niet gewaardeerd. Zij willen ons komen helpen, maar ze moeten zich niet bemoeien met onze zaken. Wij willen degene beschermen”* (Respondent 1, 2012). Volgens Respondent 2 (2012) worden psychische klachten in haar directe omgeving besproken. Zij is opgegroeid met het feit dat klachten binnen een hechte kring worden opgelost. Respondent 3 (2012) deelt deze mening ook. Binnen de Marokkaanse cultuur staat familie centraal.

We hebben altijd een sterke familieband. Familie gaat voor. Wat ik zie, zie je niet zoveel bij de Nederlandse cultuur. Je gaat het huis uit en iedereen heeft zijn eigen leven. Je raakt los van elkaar. Dat gaat in de Marokkaanse cultuur niet zo. Ik denk dat wij een hechtere familieband hebben, waardoor wij familieleden en vrienden liever willen opvangen dan het over te laten aan anderen. (Respondent 3, 2012).

Hier zegt Respondent 7 ook wat over. Zij vindt namelijk dat familie op nummer één staat. Het verzorgen van familieleden acht zij als niet meer dan normaal. Ze constateert wel dat dit niet geldt voor alle Marokkaanse gezinnen (Respondent 3, 2012). Respondent 4 (2012) is het hier mee eens. Volgens Respondent 4 (2012) worden psychische klachten altijd eerst binnen de sociale omgeving opgelost. *”We proberen het eerst via Marokkaanse gewoontes op te lossen, want die gewoontes maken de familieband erg hecht”* (Respondent 4, 2012). Ze heeft wel het idee dat andere gezinnen niet alles bespreken binnen de familie. Uit de bevindingen komt naar voren dat de Marokkaanse cultuur veel waarde hecht aan familie, waardoor ze hulp zoeken in de sociale omgeving. De respondenten geven mede aan dat dit niet voor iedere familie geldt.

Hieronder worden andere determinanten besproken die van invloed zijn op mentale zorg. Deze determinanten kunnen eveneens van invloed zijn op sociale hulp.

De respondenten spreken allemaal over de heersende taboes en stigma op psychische klachten. De meeste respondenten hebben zelf geen ervaring met taboes of stigma, maar kunnen zich het wel voorstellen. *”Ik heb er weinig ervaring mee. Bij ons in de familie is iedereen heel open tegen elkaar”* (Respondent 7, 2012). Volgens Respondent 2 (2012) heersen nog taboes omtrent psychische klachten. Dit ziet zij in de schaamte en onwetendheid over psychische klachten. *”Mensen weten niet wat de klachten inhouden. En wat betekent het voor iemands leven? Daar weten ze gewoon weinig van af”* (Respondent 7, 2012). Hieraan voegt Respondent 3 (2012) aan toe dat veel mensen niet in psychische klachten willen geloven. De respondenten geven aan dat de taboes en stigma aan het

verdwijnen zijn. Respondent 6 (2012) merkt al weinig meer van de heersende taboes en stigma in haar directe omgeving. Respondent 1 (2012) merkt bij de oudere generaties nog wel wat van de taboes en stigma. *“Veel Marokkaanse ouderen hebben last van suikerziekte en dat is dus vrij normaal geworden. Maar bij een psychische ziekte wordt men als niet normaal gezien. Over suikerziekte wordt gewoon over gepraat, maar over psychische klachten niet. In deze generaties is het allemaal bespreekbaar geworden”* (Respondent 1, 2012). De rest van de respondenten denkt hier hetzelfde over. Bij de oudere generaties heersen nog taboes en stigma. *“Mensen die in twee culturen leven, krijgen van beide culturen dingen mee. Je ziet de tweede – en derde generatie zich steeds meer afzetten van het bijgeloof binnen de Marokkaanse cultuur. De oudere generaties houden zich daar wel aan vast”* (Respondent 3, 2012). De respondenten denken allemaal dat in de Nederlandse cultuur eveneens taboes en stigma heersen. Ze durven alleen niet met zekerheid te zeggen of de taboes en stigma meer bij hun cultuur voorkomen dan bij de Nederlandse cultuur.

In de interviews komt mede naar voren dat in de Marokkaanse gemeenschap veel waarde wordt gehecht aan religie en cultuur. Religie en cultuur hebben invloed op de opvattingen over mentale zorg. Volgens hoger opgeleide Respondent 3 (2012) moet men de Marokkaanse cultuur en religie als twee aparte aspecten zien. Het zijn twee hele belangrijke aspecten in het leven van de respondent en haar familie. *“Je kunt op een culturele wijze hulp zoeken, namelijk door een geleerde of een oudste te raadplegen. Hier kan je dan vragen stellen of advies krijgen. Maar je kunt ook God om hulp vragen en veel bidden”* (Respondent 3, 2012). Daarnaast legt ze uit wat dit betekent voor de verschillende generaties.

De oudere generaties zijn vaak in Marokko geboren, waardoor zij de tradities en gewoontes mee naar Nederland nemen. De jongere generaties gaan hun eigen weg in Nederland, waardoor zij meer de Nederlandse cultuur en mentaliteit meekrijgen. De oudere generaties zijn ook meer en vaker opzoek naar culturele – en religieuze hulp in tegenstelling tot de jongere generaties (Respondent 3, 2012)

Respondent 7 (2012) maakt eveneens een onderscheid tussen de culturele – en religieuze geneeswijzen. Volgens haar zijn het geen alternatieve geneeswijzen, want die grens ligt erg gevoelig in haar geloof. Deze twee wijzen moeten samen worden gezien. *“Psychische klachten kunnen verholpen worden door middel van kruiden, maar daarbij is het ook belangrijk om in God te geloven. Je moet niet teveel waarde hechten aan andermans krachten”* (hoger opgeleide Respondent 7, 2012). Zij denkt mede dat generatieverschillen van belang zijn. De oudere generaties hebben toch meer oude gewoontes en tradities (Respondent 7, 2012). De religieuze geneeswijzen komen bij Respondent 1 (2012) & Respondent 2 (2012) bekend voor. Zij geven beide aan dat zij eerst genezing in het geloof

zoeken, voordat ze naar een dokter gaan. Voor Respondent 2 (2012) is geloof het belangrijkste wat er is, maar men mag wel gebruik maken van dokters. *“Als ik denk dat iets niet klopt, ga ik wel hulp zoeken. Voor sommigen mensen is hulp zoeken moeilijk, want die interpreteren het geloof anders”* (Respondent 2, 2012). Respondent 1 (2012) deelt deze mening. Volgens haar zijn sommige mensen te erg gericht op het geloof, waardoor het schade aan kan richten. Ze geeft een voorbeeld van een kindje bij wie een alternatieve geneeswijze wordt toegepast op advies van een medicijnman. De geneeswijze komt erop neer dat het kindje kokend heet water over zich heen krijgt en uiteindelijk levend verbrand (Respondent 1, 2012). De lager opgeleide Respondent 4 (2012) en 5 (2012) denken anders over de religieuze geneeswijzen. Zij denken dat God geen rol speelt bij het krijgen van een ziekte, ondanks men wel steun kan zoeken bij God. *“Vroeger dachten mensen dat God het leven en dood bepaalde. Nu gaan toch steeds meer mensen hulp zoeken”* (Respondent 5, 2012). Respondent 4 (2012) constateert wel het vele gebruik van culturele geneeswijzen. Bij haar thuis worden eerst specerijen uit Marokko geprobeerd, voordat een andere oplossing wordt gezocht. Beide respondenten denken dat deze geneeswijzen meer voorkomen bij de oudere generaties. Eén lager opgeleide Marokkaanse respondent kent geen alternatieve geneeswijzen. Ze heeft de geneeswijzen nooit meegekregen vanuit haar cultuur of familie (Respondent 6, 2012).

Alle respondenten hebben een vermoeden over het feit dat Nederlanders minder gebruik maken van culturele – en religieuze geneeswijzen dan Marokkanen.

Op de vraag of de respondenten aan de effectiviteit van zorg twijfelen, hebben de meeste respondenten hetzelfde antwoord gegeven. De meeste respondenten zijn nooit in contact gekomen met de GGZ, maar hebben wel een mening over de effectiviteit en kwaliteit van zorg. De respondenten spreken hun vermoedens uit over het beeld dat zij bij de GGZ hebben.

Eén lager opgeleide Marokkaanse respondent twijfelt aan de effectiviteit van de zorg. *“Gesloten inrichtingen zijn net gevangenissen. Ze mogen niet eens naar buiten. Dan zou ik wel gaan twijfelen aan de zorg”* (lager opgeleide Respondent 2, 2012). Bovendien probeert de GGZ de klachten wel te verhelpen, maar ze verhelpen de oorzaak niet. Ze denkt dat daar de problemen in Nederland liggen, waardoor voornamelijk de oudere generaties geen vertrouwen in de GGZ hebben (Respondent 2, 2012). De rest van de respondenten hebben geen twijfels over de effectiviteit van de GGZ. *“Ik denk dat de GGZ zeker wel helpt. Die mensen zijn er toch niet zomaar?”* (Respondent 4, 2012). Ook Respondent 3 (2012) denkt positief over de GGZ. *“Wat je wel ziet zijn mensen die in de zomer naar het buitenland gaan. Dan gaan ze ‘shoppen’. Even een CT-scan, omdat ze twijfelen aan de diagnose in*

Nederland. Ik denk niet dat het zozeer te maken heeft met het vertrouwen in de medische wereld” (Respondent 3, 2012).

Uiteindelijk zijn alle respondenten het met elkaar eens dat taboes, stigma, alternatieve geneeswijzen en de effectiviteit van zorg van invloed kunnen zijn op sociale hulp en zelfhulp. De respondenten maken zelf geen gebruik van zelfhulp, maar kunnen zich wel indenken dat men zelfhulp toepast. Respondent 4 (2012) heeft hier een voorbeeld van. *“Mijn tante had kanker en heeft het acht maanden niet verteld. Wij kregen het pas te horen nadat ze kankervrij was verklaard” (Respondent 4, 2012).* Volgens Respondent 3 (2012) komt zelfhulp ook voor wanneer de klachten niet bespreekbaar zijn in de familie. Hierbij zit geen verschil tussen Marokkanen en Nederlanders (Respondent 3, 2012).

Bij de neiging tot zorggebruik zijn een aantal verschillen in opleidingsniveau. De hoger opgeleide respondenten geven een duidelijk verschil aan tussen culturele – en religieuze geneeswijzen. Twee lager opgeleide respondenten zien religie niet als een geneeswijze en spreken alleen over culturele geneeswijzen. Eén lager opgeleide respondent heeft nog nooit over alternatieve geneeswijzen gehoord. Daarnaast twijfelt één lager opgeleide respondent aan de effectiviteit van de GGZ, terwijl de rest daar niet aan twijfelt.

4.2.3.2 Neiging tot mentale hulp bij Surinaamse respondenten

De Surinaamse respondenten hebben verschillende meningen over sociale hulp. Twee lager opgeleide respondenten hebben een andere mening dan de rest van de respondenten. De lager opgeleide Respondent 13 (2012) en Respondent 8 (2012) vertellen over de sociale hulp binnen hun familie. Zij bespreken het beide met familieleden, maar het hoeft niet perse binnenshuis te blijven. Bij psychische klachten zoeken beide vrouwen hulp bij een zorgverlener. *“Onze generatie denkt al veel moderner. Als ik een tijdje in behandeling moet, word ik sneller beter dan thuis in bed liggen” (Respondent 8, 2012).* Beide respondenten kunnen zich wel indenken dat bepaalde families wel veel waarde hechten aan sociale hulp. *“Sommige Surinaamse ouderen willen niet graag naar de dokter. Daar wachten ze zo lang mogelijk mee. Met psychische klachten helemaal. Ze proberen het eerst in de familie op te lossen. Dit komt vaker bij Surinamers voor dan bij Nederlanders” (Respondent 8, 2012).*

De andere respondenten denken hier anders over. Zij constateren dat sociale hulp binnen de Surinaamse cultuur veel voorkomt. Respondent 12 (2011) spreekt uit ervaring over het feit dat Surinamer vaker afwachten om naar een zorgverlener te gaan. Ze proberen het eerst binnen de familie op te lossen. De hechte familieband in de Surinaamse cultuur geeft ze als mogelijke verklaring. *“Door het binnen de familie te houden, kan men de klachten toch een beetje in de doofpot stoppen” (Respondent 12, 2011).* Dit is ook de mening van Respondent 9 (2011). Zij geeft zelf een voorbeeld van een gebeurtenis uit haar leven. *“Ik heb iemand in*

mijn familie die een psychische ziekte heeft. Ik heb met haar gepraat, maar ze wil totaal geen hulp zoeken. Mijn familie houdt haar ook liever thuis, zolang ze geen gevaar is voor de familie. Ze is op deze manier gelukkig, want we kunnen haar van de wereld afschermen" (Respondent 9, 2011). Respondent 11 (2011) denkt dat sociale hulp een traditie is binnen de Hindoestaanse gemeenschap. Zij is zelf een Hindoestaan, dus vandaar dat zij het specificiert, want ze durft geen uitspraken te doen over andere gemeenschappen. De Hindoestanen vinden het belangrijk om familieleden te verzorgen. Deze Surinaamse vrouw zou haar psychische klachten graag in het gezin willen oplossen, voordat zij hulp zoekt bij een zorgverlener. *"Het liefst worden de klachten binnen het gezin opgelost. Ik denk dat de rest van de familie er niet veel te maken mee heeft"* (Respondent 11, 2011). Hieronder worden een aantal determinanten uitgewerkt die mede kunnen leiden tot sociale hulp. Bovendien hebben ze betrekking op de neiging tot mentale zorg.

Alle Surinaamse respondenten geven hun mening over heersende taboes en stigma op psychische klachten. Hierbij zijn de meningen tussen lager – en hoger opgeleide respondenten verdeeld. De eerste groep respondenten ondervinden wel taboes en stigma bij psychische klachten. Bij de vraag waarom men de klachten liever binnen de familie wil houden, antwoordt Respondent 12 (2011) het volgende:

Om mooi weer spelen naar de buiten wereld. Misschien toch een beetje schaamte, omdat het psychische klachten zijn, wat als afwijkend wordt gezien. Of men is bang voor de reacties van anderen. Het is een beetje een taboes om erover te praten. Het is toch een gevoel van schaamte. Als je ziek bent, vertel je het ook niet aan iedereen. Ik denk dat het uiteindelijk wel geaccepteerd wordt. Bij mijn familie is het heel open en kunnen we alles met elkaar bespreken. (Respondent 12, 2011)

Respondent 13 (2012) heeft eveneens een mening over heersende taboes en stigma. Volgens haar wordt in de Surinaamse cultuur niet openhartig gesproken over de GGZ. *"Het is gewoon je eigen zaak. Je gooit niet meteen je problemen op tafel. De GGZ geeft je toch wel echt een stempel. O, ben jij er zo één. Mensen schamen zich voor hun klachten"* (Respondent 13, 2012). Zij constateert ook dat in de Surinaamse cultuur en gemeenschap meer taboes heersen dan in de Nederlandse cultuur. De GGZ in Nederland is goed ontwikkeld, vergeleken bij sommige andere landen. Nederlanders zijn die zorg gewend, waardoor zij open over de GGZ praten. Hierdoor heersen, volgens haar, minder taboes en stigma op psychische ziekte (Respondent 13, 2012). Een andere Surinaamse respondent legt uit dat bij haar familie geen schaamte of taboes heersen. Ze ziet het wel in andere families. De schaamte en taboes bevinden zich voornamelijk bij oudere generaties. De jongere generaties zijn meer aangepast aan de Nederlandse cultuur, waar minder schaamte

en taboes heersen (Respondent 8, 2012). Respondent 10 (2012) geeft aan dat de Nederlandse cultuur meer open is over psychische klachten dan de Surinaamse cultuur. Bij de Surinaamse cultuur heersen meer taboes en schaamte. Volgens deze vrouw komt dit, doordat de Surinamers, vooral de oudere generaties, zich vast klampen aan oude tradities en gewoontes (Respondent 10, 2012). Twee Surinaamse respondenten twifelen over stigma en taboes in Nederland. Respondent 11 (2011) ondervindt zelf geen schaamte of taboes in haar familie. In haar familie kunnen ze gewoon gebruik maken van de GGZ. Daarbij wordt men niet als krankzinnig gezien. Zij denkt dat schaamte voornamelijk voorkomt tegenover de werkgever. *“Mensen gaan liever niet naar de GGZ, omdat ze bang zijn dat bijvoorbeeld hun werkgever erachter komt. Als er toch sprake is van taboes of stigma is het niet alleen in mijn cultuur, maar ook in de Nederlandse cultuur”* (Respondent 11, 2011). Respondent 9 (2011) denkt niet dat in Nederland veel stigma en taboes heersen. Ze vertelt hoe in Suriname naar de GGZ wordt gekeken. *“In Suriname houd je rekening met wat mensen van je denken. Door het schaamtegevoel ga je niet snel hulp inschakelen. Ik denk dat het hier een stuk minder is. In Nederland kan je makkelijk niemand zijn, want niemand hoeft je te kennen. In Suriname doe je dat niet zo snel. Ik denk dat in Suriname maar tien psychologen zijn”* (Respondent 9, 2011). De laatste twee respondenten ondervinden helemaal geen taboes en stigma.

Bij de Surinaamse respondenten is eveneens de vraag gesteld welke rol religie speelt bij de manier waarop in hun cultuur naar psychische klachten wordt gekeken. Vier van de Surinaamse respondenten hebben wat betreft religie niet veel meegekregen vanuit hun familie en cultuur. Hier zitten alle lager opgeleide respondenten bij. *“Ik heb zelf nog nooit aan alternatieve geneeswijzen gedaan. Mijn familie houdt zich niet bezig met religie”* (lager opgeleide Respondent 10, 2012). De lager opgeleide Respondent 8 (2012), Respondent 13 (2012) en hoger opgeleide Respondent 11 (2011) hebben dit ook niet van huis uit meegekregen. Zij kunnen zich niet goed indenken wat religie eventueel voor rol kan spelen. Wel hebben ze alle drie een mening over alternatieve geneeswijzen. *“In de Surinaamse cultuur wordt vaak van alles uitprobeerd, zoals een medicijnman, voordat Surinamers naar een zorgverlener gaan”* (Respondent 8, 2012). Respondent 11 (2011) denkt dat veel Surinamers geloven in alternatieve geneeswijzen en daar gebruik van maken in plaats van de reguliere gezondheidszorg. Respondent 13 (2012) vindt alternatieve geneeswijzen onzin. Ze geeft wel aan dat in de Surinaamse cultuur, dus in de gehele Surinaamse gemeenschap, gebruik wordt gemaakt van alternatieve geneeswijzen. *“In Suriname wordt veel gebruik gemaakt van alternatieve geneeswijzen, want daar kunnen Surinamers niet naar buiten treden met hun psychische klachten”* (Respondent 13, 2012).

De andere hoger opgeleiden hebben wel een mening over de rol van religie. Volgens

Respondent 12 (2012) is de manier waarop naar psychische klachten wordt gekeken niet gerelateerd aan één bepaalde cultuur. *“Een ziekte kan je namelijk zien als iets wat bij het leven hoort, maar je kunt het ook zien als een soort fout waarvoor je wordt gestraft. Een ziekte kan makkelijk afgeschoven worden”* (Respondent 12, 2012). Verder constateert ze dat in de Surinaamse cultuur veel alternatieve geneeswijzen voorkomen en worden gebruikt. Ze denkt wel dat het gebruik daarvan steeds minder wordt, doordat Surinamers steeds meer aanpassen aan de Nederlandse cultuur (Respondent 12, 2012). Hier vertelt Respondent 9 (2011) mede wat over. De rol die religie speelt heeft onder andere te maken in hoeverre iemand zich heeft aangepast aan de Nederlandse cultuur.

Sommige Surinamers, vooral in Suriname, vinden het een gave om waanbeelden te zien, die anderen niet kunnen zien. Ze zien het als een gift van God. Die mensen worden binnen de gemeenschap heel erg geprezen, omdat zij dingen kunnen zien die wij niet zien. Daarnaast wordt ook veel gebruik gemaakt van alternatieve geneeswijzen, want dan hoeven de cliënten niet buiten de deur te komen.
(Respondent 9, 2011)

De laatste twee respondenten bekijken psychische ziekten helemaal vanuit de religieuze – en culturele kant. Respondent 15 (2012) weet niet of ze in een depressie gelooft. *“Ik denk dat het een ‘state of mind’ is. Iedereen krijgt wel eens een dip. Depressie kan je alleen krijgen als je het wil krijgen”* (Respondent 15, 2012). Beide respondenten zijn het eens dat psychische klachten niet met medicatie verholpen kunnen worden.

Medicijnen onderdrukken het, maar de klachten gaan nooit helemaal weg. Vanuit het culturele aspect wordt het wel verholpen. Ik kijk vanuit de geschiedenis. Bepaalde ‘issues’ kunnen ook vanuit je voorouders komen. Het gaat om ‘spirits’ die je lichaam proberen over te nemen. Je moet ervoor zorgen dat bepaalde ‘spirits’ bij je blijven en andere ‘spirits’ weggaan. Surinamers gaan hiervoor naar een medicijnman.
(Respondent 14, 2012)

Tevens geven beide respondenten hun mening over de rol van religie. Volgens beiden zit een verschil tussen culturele – en religieuze geneeswijzen. Ze zijn het eens over het feit dat alles vanuit een God wordt bekeken. Respondent 14 (2012) raadt iedereen aan om hulp te zoeken bij God. Op deze manier krijgt men hoop om verder te leven. Deze geneeswijzen worden niet gezien als alternatieve geneeswijzen. *“Het zijn onze geneeswijzen”* (Respondent 15, 2012).

Over de effectiviteit en de kwaliteit van de GGZ zijn de meningen verdeeld. De meeste respondenten zijn niet in contact geweest met de GGZ, maar hebben wel een mening over de effectiviteit en kwaliteit. De respondenten spreken hun vermoedens uit over het beeld dat zij bij de GGZ hebben. Hun mening kan bij gebruik van mentale zorg nog veranderen. De meningen kunnen in drie groepen worden verdeeld. De eerste groep respondenten twijfelt niet aan de effectiviteit en kwaliteit van de GGZ. Respondent 10 (2012) legt uit dat in Nederland genoeg goede instellingen en artsen zijn. De artsen hebben daar voor gestudeerd en ze weten meer over psychische ziekten dan anderen. Hier is Respondent 9 (2011) het mee eens. De Nederlandse GGZ is volgens haar heel goed, vooral in vergelijking met de zorg in Suriname. De andere groep twijfelt hier echter wel aan. Respondent 12 (2011) twijfelt zelf niet aan de GGZ, maar ze ziet in haar omgeving wel twijfels ontstaan. Zij constateert dat veel Surinamers zich afvragen of het wel succesvol is om langs een psycholoog te gaan. Sommige Surinamers geloven meer in alternatieve geneeswijzen dan in de reguliere gezondheidszorg (Respondent 12, 2011). Respondent 14 (2012) en Respondent 15 (2012) twijfelen niet alleen aan de effectiviteit en kwaliteit van de GGZ, maar zullen nooit een behandeling ondergaan of medicatie gebruiken. Beide respondenten geloven niet in medicatie. Medicatie is volgens hun puur gif, waarmee men de klachten alleen maar erger maakt. De klachten moeten niet verholpen worden door medicatie, maar door terug te gaan in de geschiedenis. Naast de medicatie vinden zij ook een psycholoog niet effectief (Respondent 14, 2012, Respondent 15, 2012). *“Sommige mensen krijgen wel eens een dip. Dat zie ik niet als een geestelijk probleem. Dit komt doordat iemand zichzelf even niet onder controle heeft. Op zo’n moment ga je met familie en vrienden praten. Daar heb je geen psycholoog voor nodig”* (Respondent 14, 2012).

Deze determinanten kunnen allemaal tot sociale hulp en zelfhulp leiden. Daarnaast kunnen de determinanten direct invloed hebben op het zorggebruik. Respondent 14 (2012) kan zich indenken dat in haar familie zelfhulp voorkomt, wanneer iemand wel gelooft in de effectiviteit en kwaliteit van de GGZ, maar geen mentale hulp durft te gebruiken. Dit is namelijk tegen de principes van de familie in. In haar familie wordt geen gebruik gemaakt van de GGZ. Dit zal consequenties met zich meebrengen, aangezien iedereen naar de spirituele kant van een psychische ziekte kijkt (Respondent 14, 2012). Respondent 9 (2011) kan het toepassen van zelfhulp ook verklaren. *“Je bent bang dat je de familie ten schande brengt”* (Respondent 9, 2011). *“Zelfhulp wordt toegepast als je helemaal radeloos bent en het reguliere circuit je niet kunt helpen”* (Respondent 11, 2011).

Een groot verschil tussen opleidingsniveau is te zien bij het gebruik maken van sociale hulp. Twee lager opgeleide respondenten maken geen gebruik van sociale hulp. Zij maken meteen gebruik van mentale hulp. De rest van de respondenten (één lager – en alle hoger

opgeleiden) constateren het tegendeel. Zij denken allemaal dat Surinamers gebruik maken van sociale hulp, voordat zij naar een zorgverlener gaan. Bij de rol van religie is weer een groot verschil te zien. De lager opgeleide respondenten hebben van huis uit niet veel over het geloof meegekregen. Zij geloven niet in een God of zijn weten het geloof niet toe te passen op het krijgen/hebben van psychische ziekten, terwijl zij wel een aantal alternatieve geneeswijzen kennen. De hoger opgeleide respondenten hebben wel een mening over de rol die geloof kan spelen. Zij maken een onderscheid tussen culturele – en religieuze geneeswijzen.

4.2.4 Mogelijkheid tot mentale zorg

Als laatste heeft de determinant mogelijkheid tot zorg een invloed op het gebruik maken van de GGZ. De mogelijkheid hangt af van de afstand tot de voorziening, de tijd, de verzekeringsdekking, inkomen en culturele barrières. Hieronder wordt een onderscheid gemaakt tussen de Marokkaanse – en Surinaamse respondenten.

4.2.4.1 Mogelijkheid tot mentale zorg bij Marokkaanse respondenten

Volgens de respondenten is de financiële drempel om gebruik te maken van de GGZ niet groot. Bij ernstige klachten gaan mensen toch wel hulp zoeken. Respondent 2 (2012) denkt dat mensen niet gaan nadenken over de kosten. *“Geestelijke problemen kunnen je leven erg beïnvloeden. Als je daar aan verholpen wil worden, maakt het niet uit hoeveel het kost”* (Respondent 2, 2012). De respondenten zijn allemaal van mening dat zij bij de huisarts genoeg informatie krijgen over eventuele mentale hulp, dus eveneens de financiële informatie. Respondent 7 (2012) legt het verschil uit tussen de zorg in Marokko en Nederland. *“In Marokko is de gezondheidszorg heel anders geregeld. Hier is het veel makkelijker om hulp te zoeken. In Marokko zijn mensen niet verzekerd. Wanneer ze naar de arts gaan, moeten ze veel zelf betalen. Misschien denken de oudere generaties daar nog steeds zo over, waardoor een kleine barrière ontstaat”* (Respondent 7, 2012). Respondent 5 (2012) gebruik ook de goede verzekeringen als argument. *“Vergeleken met Marokko hoeven wij ons geen zorgen te maken over financiële barrières. Wij zijn allemaal goed verzekerd. Hier heb je niet zo snel dat je ineens 1000 euro moet bijbetalen”* (Respondent 5, 2012). Eén Marokkaanse respondent verwacht een kleine financiële barrière vanwege de eigen bijdrage in de GGZ. Dit zal alleen een barrière zijn bij mensen die niet zoveel te besteden hebben (Respondent 4, 2012).

Bovendien vindt de meerderheid van de respondenten dat er geen verschil is tussen de kennis van Nederlanders en Marokkanen. De kennis die mensen over het zorgstelsel hebben is de afgelopen jaren steeds verbeterd. Onder andere door alle media aandacht zijn mensen meer op de hoogte van de GGZ (Respondent 4, 2012). Bovendien verwachten de

respondenten voldoende (financiële) informatie te verkrijgen via de huisarts, waar ze bijna allemaal eerst naar toe gaan. Respondent 5 (2012) denkt dat de kennis achterstand eerder te maken heeft met de sociaaleconomische status en generaties. *”Het ligt niet aan de afkomst, maar meer aan de generatie. Oudere generaties zijn vaker minder hoog opgeleid, waardoor ze minder kennis tot hun beschikking hebben”* (Respondent 5, 2012). Wel komt naar voren in de antwoorden van de respondenten dat zij weinig kennis hebben over de eerstelijns psycholoog. Zij zouden namelijk nooit direct naar de GGZ toestappen, terwijl dat wel mogelijk is. Respondent 1 (2012) denkt dat vaak een verwijfsbrief nodig is om langs een psycholoog te kunnen. *”Vaak heb je wel een verwijfsbrief nodig. Dan moet je toch eerst langs de huisarts. Dus ik denk dat bijna iedereen eerst langs de huisarts gaat. En dan word je nog sneller geholpen dan wanneer je zelf een afspraak moet maken”* (Respondent 1, 2012). Respondent 7 (2012) gaat eveneens eerst langs de huisarts. *”Ik weet zelf niet hoe ik bij een psycholoog terecht kom. Ik kan me goed voorstellen dat anderen het ook niet weten”* (Respondent 7, 2012).

Een laatste aspect wat de mogelijkheid tot zorggebruik kan belemmeren is volgens de hoger opgeleiden Respondent 3 (2012) en Respondent 7 (2012) de taalbarrière. Voornamelijk de eerste generatie Marokkanen heeft nog een taalachterstand. Zij proberen het wel vaak zelf op te lossen door bijvoorbeeld een familielid mee te nemen (Respondent 7, 2012). Het is namelijk erg moeilijk om psychische klachten non-verbaal uit te leggen. Tevens is het moeilijk om de klachten via een derde persoon uit te leggen aan de psycholoog. Hier hebben Nederlanders geen last van, waardoor zij geen taalbarrières ondervinden (Respondent 3, 2012).

De antwoorden zijn niet direct te koppelen aan opleidingsniveau, aangezien de respondenten vrijwel dezelfde meningen hebben over de mogelijkheid tot mentale zorg. Zij nemen dezelfde standpunten aan, ondanks sommigen een andere verklaring aan hun standpunt geven. Wel kaarten twee hoger opgeleide respondenten de problemen van een taalachterstand aan.

4.2.4.2 Mogelijkheid tot mentale zorg bij Surinaamse respondenten

De Surinaamse respondenten hebben een andere mening over de mogelijkheid tot mentale zorg dan de Marokkaanse vrouwen. Over de financiële barrière zijn de meningen verdeeld. De hoger opgeleide respondenten constateren dat de financiële drempel niet van toepassing is in de GGZ. Respondent 9 (2011) legt uit dat Surinamers veel naar de huisarts gaan, waar ze alle benodigde informatie krijgen. *”Misschien hebben mensen het idee dat ze ervoor moeten betalen, waardoor de drempel wel hoger is. Maar uiteindelijk zullen ze toch hulp zoeken”* (Respondent 11, 2011). De lager opgeleide respondenten en één hoger opgeleide

respondent denken dat de GGZ wel een financiële barrière kent. Zij denken dat het erg duur is om gebruik te maken van een psycholoog. Hieraan voegt respondent 8 (2012) het volgende aan toe: *“Ik weet wel dat er andere oplossingen zijn. Dat zijn bepaalde verzekeringen of dekkingen. Vroeger dacht ik echt dat een psycholoog voor de rijken was”* (Respondent 8, 2012). Respondent 10 (2012) geeft ook een verklaring voor de financiële barrières. *“Momenteel is de barrière nog groter door alle bezuinigingen. Ze gaan allemaal behandelingen uit het pakket halen. Ik denk nu dat iedereen minder gebruik gaat maken”* (Respondent 10, 2012).

Daarnaast denken twee lager opgeleide respondenten dat Surinaamse mensen minder kennis van het Nederlands zorgstelsel hebben dan Nederlanders. Lager opgeleide Respondent 13 (2012) denkt dat veel Surinamers niet weten dat de eerstelijns psycholoog vrij toegankelijk is. Respondent 8 (2012) heeft hiervoor haar eigen verklaringen. *“Ik denk dat de Nederlanders zich meer verdiepen in het zorgstelsel dan de Surinamers. Ik denk dat de Surinamers zich erin gaan verdiepen als het er echt op aankomt”* (lager opgeleide Respondent 8, 2012). De rest van de respondenten (één lager opgeleide – en alle hoger opgeleide respondenten) denken hier anders over. Een hoger opgeleide respondent denkt namelijk dat de verschillen in kennis van het zorgstelsel niet gebonden is aan cultuur. *“Ik denk zelf dat sociaaleconomische status een grotere rol speelt dan cultuur”* (hoger opgeleide Respondent 12, 2011). De rest van de respondenten ziet geen verschil tussen Surinamers en Nederlanders.

Tevens ondervinden de Surinamers, volgens de hoger opgeleide Respondent 14 (2012) en Respondent 15 (2012), andere culturele barrières. Respondent 15 (2012) legt uit hoe belangrijk inlevingsvermogen is om een cliënt goed te kunnen begrijpen. De zorgverleners moeten zich kunnen inleven in de cliënt, waarbij de cliënt verschillende nationaliteiten kan hebben. Voor de zorgverlener kunnen deze cultuurverschillen niet bekend zijn, waardoor de zorgverleners zich niet in de cliënt kan inleven (Respondent 15, 2012). Hieraan voegt Respondent 14 toe dat het vertrouwen in de zorgverlener hoog moet zijn.

Ik zie een Surinaamse cliënt niet snel naar een Nederlandse psycholoog gaan. Het voelt niet echt vertrouwd om daar heen te gaan. Zij willen liever in hun eigen omgeving zijn, want dat voelt vertrouwd en daar kunnen ze zichzelf zijn. Ik denk dat hierdoor de drempel hoger ligt om hulp te zoeken. Psychologen doen tegenwoordig steeds vaker cursussen om meer te leren over de verschillende culturen. Hierdoor kunnen ze hun kennis over verschillende culturen aantonen. (Respondent 14, 2012)

De andere respondenten hebben hier geen mening over gegeven. Zij geven wel aan dat

taalbarrières bij de Surinamers geen rol speelt, omdat zij de Nederlandse taal goed onder controle hebben.

Hierbij zijn de antwoorden wel gekoppeld aan opleidingsniveau. Dit is vooral te zien bij de hoeveelheid kennis die Surinamers over het zorgstelsel hebben. Volgens twee lager opgeleide respondenten hebben Surinamers minder kennis dan Nederlanders. De hoger – en één lager opgeleiden zijn het hier niet mee eens. Één van hen denkt dat het ligt aan de sociaaleconomische status, terwijl de rest geen verschil merkt. Tevens constateren twee hoger opgeleide respondenten een aantal andere culturele barrières voor Surinamers, namelijk inlevingsvermogen en cultuurverschillen. De rest van de respondenten geeft aan deze culturele barrières niet te ondervinden.

4.2.5 Reductie verschillen in zorggebruik

Een aantal respondenten geven oplossingen om de verschillen in zorggebruik te reduceren.

Respondenten 4 (2012) vindt media een belangrijke rol spelen bij het informeren van de burgers. Door middel van media worden burger, zowel allochtoon als autochtoon, op de hoogte gesteld, waardoor zij meer kennis over de gezondheidszorg krijgen. Hier is Respondent 8 (2012) het mee eens. Informeren door middel van media werkt goed. *“In Nederland wordt meer over psychische klachten gepraat. Je ziet het zelfs op televisie”* (Respondent 8, 2012). Respondent 2 (2012) is ook van mening dat de allochtone burgers meer geïnformeerd moeten worden. Veel Marokkaanse ouderen weten niet eens wat de GGZ inhoudt. Zij weten niet wat mentale hulp voor hen kan betekenen. *“Nederlanders hebben meer kennis over het zorgstelsel, waardoor zij eerder naar de psycholoog gaan”* (Respondent 4, 2012).

Respondent 3 (2012) denkt de verschillen te reduceren doormiddel van cultuuraanpassingen. *“Oudere generaties hebben de Nederlandse tradities en gewoontes niet meegekregen, omdat zij veelal in Marokko zijn geboren. Het is dan heel moeilijk om de Nederlandse mentaliteit te krijgen. Oudere generaties hebben soms ook een taalbarrière, wat zorgt voor problemen bij de zorgverlening”* (Respondent 3, 2012). Zij ziet veel potentie in de huidige multiculturele centra, voor mensen met een multiculturele achtergrond.

Respondent 14 (2012) en Respondent 15 (2012) denken eveneens aan culturele aanpassingen in de GGZ. Allereerst moet de GGZ zich meer gaan focussen op de oorzaak van de klachten in plaats van alleen medicatie voorschrijven. *“Je kunt geen pleister zetten op een open wond”* (Respondent 14, 2012). Hierdoor gaan veel Surinamers op andere manieren hulp zoeken. Volgens Respondent 14 (2012) moeten de Nederlandse zorgverleners zich meer richten op multiculturele verschillen, omdat mensen uit andere culturen zich anders niet op hun gemak voelen. *“Zij willen liever in hun eigen omgeving zijn, waar ze zichzelf kunnen zijn. Psychologen doen tegenwoordig steeds vaker cursussen om*

meer te leren over de verschillende culturen. Hierdoor kunnen ze hun kennis over verschillende culturen aantonen. Op deze manier komt de zorg voor mensen uit andere culturen wel dichterbij” (Respondent 14, 2012).

De respondenten formuleren een aantal interventies omtrent de mentale zorg. Zij geven aan op welke aspecten de GGZ nog kan verbeteren of veranderen. De GGZ voldoet dus nog niet helemaal aan de wensen en behoeften van de allochtone groepen. Door middel van een conclusie en discussie worden aanbevelingen gedaan omtrent beleid of vervolg onderzoek. De aanbevelingen zijn bedoeld om de verschillen te reduceren of verder te onderzoeken.

5. Conclusie

In de conclusie wordt de wetenschappelijke literatuur, de kwantitatieve – en kwalitatieve data besproken en aan elkaar gekoppeld in hoeverre dat mogelijk is. Zijn de resultaten van dit onderzoek hetzelfde als de literatuur? Uiteindelijk zullen al deze resultaten een antwoord op de vraagstelling geven:

Wat zijn de verschillen in zorggebruik binnen de GGZ tussen Marokkanen en Surinamers enerzijds en Nederlanders anderzijds, met zowel een lage- als hoge opleiding, en hoe kunnen deze verschillen worden verklaard?

Alle respondenten (zowel Marokkaanse als Surinaamse) geven een brede definitie aan de GGZ. Zij denken allemaal dat de GGZ een deel van de gezondheidszorg is, waar mensen komen die geestelijk of psychisch niet in orde zijn, waarbij een psycholoog of zelfs opname in een instelling te pas komen.

De definitie van psychische klachten is niet voor iedereen gelijk. De Marokkaanse vrouwen bekijken psychische klachten in brede zin, want de klachten hoeven niet gediagnosticeerd te worden. De Surinaamse vrouwen verschillen in mening. De ene groep bekijkt het ook in de brede zin, terwijl de andere groep een diagnose cruciaal vindt.

5.1 Zorgbehoefte en zorggebruik

De allochtone groepen hebben een vergrote kans op het krijgen van psychische ziekten, onder andere door het ondervinden van discriminatie, migratieproblemen, andere leefstijl en kleiner sociaal netwerk. Hieruit komt naar voren dat Marokkanen, Surinamers en Antillianen de grootste kans hebben om een psychische ziekte te krijgen. Zij hebben dus meer mentale zorg nodig dan Nederlanders (Kamperman e.a., 2003:321, Veling e.a., 2007:765).

Verschuillende wetenschappelijke onderzoeken constateren de toename van allochtonen in

de geestelijke gezondheidszorg. Zij geven aan dat het aantal allochtonen in de GGZ de afgelopen jaren flink is gestegen. De allochtone groepen hebben een 'inhaalslag' gemaakt. Desondanks blijft het aandeel autochtone cliënten groter dan het aandeel allochtone cliënten in de GGZ. Hierbij zijn de grootste verschillen te zien tussen Marokkanen en Surinamers ten opzichte van Nederlanders. Uit deze gegevens blijkt een kloof te zitten tussen de behoefte aan mentale zorg en het daadwerkelijk gebruik maken van zorg (Dottinga e.a., 2008). Om de kwantitatieve gegevens met betrekking tot zorggebruik te onderzoeken zijn statistische analyses gedaan. De data is afkomstig van de Tweede Nationale Studie (Schellevis, 2003). De uitkomsten van de statistische analyses zijn anders uitgevallen dan verwacht. De resultaten tonen aan dat Marokkanen (N=364) en Surinamers (N=292) geen significant verschil vertonen wat betreft zorggebruik ten opzichte van autochtonen (N=7772). Bovendien wordt de variantie in zorggebruik maar met 4,3% verklaard door de determinanten, leeftijdsklassen, etniciteit, opleidingsniveau en geslacht. Etniciteit verklaart dit echter niet, want de significantie is boven de ($p=0.05$).

De wetenschappelijke literatuur en statistische analyse komen niet met elkaar overeen. De literatuur geeft aan dat allochtone groepen minder gebruik maken van de GGZ ten opzichte van Nederlanders, terwijl de statistische analyses geen verschillen aantonen. In de discussie worden mogelijke verklaringen gegeven voor de verschillen in resultaten.

5.2 Determinanten zorggebruik

De wetenschappelijke literatuur bespreekt een aantal determinanten die invloed hebben op het zorggebruik. De determinanten worden onderverdeeld in behoefte aan zorg, neiging tot zorg en mogelijkheid tot zorg. Het model van Andersen (Mackenbach & van der Maas, 2008:397-399) maakt hier namelijk een onderscheid tussen. In de literatuur verklaren de determinanten, zoals sociale hulp, kwaliteitservaring, stigma en taboes, het feit dat de allochtone groepen minder gebruik maken van de GGZ.

5.2.1 Behoefte aan zorg

Steeds meer allochtonen en hun sociale omgeving zien de ernst van de klachten in. Hierdoor zal het zorggebruik in de GGZ positief worden beïnvloed. Door het inzien van de ernst zullen de allochtonen eerder geneigd zijn om naar de GGZ te gaan (Knipscheer & Kleber, 2005¹). Het inzien van de ernst van de klachten hoeft niet meteen te betekenen dat de ziektebeleving van de allochtonen verandert, waardoor ze gebruik gaan maken van de GGZ. Een goed voorbeeld hierbij is het verschil tussen 'disease' en 'illness'. Cliënten kunnen wel een psychische ziekten hebben ('disease'), maar voelen zich niet ziek ('illness'). Zij zullen in dit geval niet zo snel mentale hulp zoeken (Cassell, 1976:27).

De Marokkaanse respondenten geven aan dat ze hulp zullen zoeken wanneer zij psychische klachten ondervinden. Zij maken niet direct gebruik van mentale hulp, maar kijken het eerst even aan. De klachten worden dus (uiteindelijk) ingezien. De Marokkaanse respondenten gaan eerst langs de huisarts, voordat zij een psycholoog bezoeken.

Vanuit de gedachtegang van hun familie en gemeenschap hebben de respondenten verschillende meningen over de behoefte aan zorg. De meerderheid van de lager opgeleide respondenten denkt dat hun familie en gemeenschap uiteindelijk de ernst van de klachten inzien. De meerderheid van de hoger opgeleide geeft aan dat hun familie en gemeenschap meteen hulp zoekt bij psychische klachten. Alle respondenten geven wel aan dat dit misschien niet geldt voor de oudere generaties, zoals de opa's en oma's. Zij hebben een positievere instelling en denken dat de klachten vanzelf weer over gaan. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen 'disease' en 'illness'. Iemand kan een psychische ziekte hebben ('disease'), maar zich niet ziek voelen ('illness'). Men kan zelfs al een diagnose hebben van bijvoorbeeld de huisarts, maar alsnog geen mentale hulp zoeken. Een aantal respondenten geven het verschil tussen Nederlanders en Marokkanen aan. Zij constateren dat Nederlanders vaker en sneller de klachten inzien, doordat Nederlanders meer direct zijn.

Uit de kwalitatieve analyses blijkt dat de Surinaamse respondenten niet direct naar een zorgverlener gaan. De klachten moeten ernstig genoeg zijn om mentale hulp te zoeken. Uiteindelijk zoeken ze allemaal mentale hulp. Twee hoger opgeleiden schakelen een medicijnman in, terwijl een andere hoog opgeleide respondent kiest voor de psycholoog. De rest van de respondenten gaan eerst langs de huisarts. Voor de familie en de gemeenschap geldt hetzelfde. Zij maken, na het inzien van de klachten ook gebruik van mentale hulp. Alleen kan het bij hen wel iets langer duren voordat zij de klachten inzien, vooral bij de oudere generaties. Een respondent legt het verschil tussen Nederlanders en Surinamers uit. Zij denkt dat Nederlanders hun klachten sneller bespreekbaar maken. Hierbij kan weer gedacht worden aan het verschil tussen 'disease' en 'illness'. Als Nederlanders zich sneller ziek voelen ('illness') is het goed mogelijk dat zij sneller gebruik maken van mentale zorg.

De resultaten uit de literatuur en de interviews komen overeen met elkaar. Allochtone groepen zien sneller en vaker de ernst van de klachten in dan vroeger. De respondenten zijn het hier mee eens, met eventuele uitzondering van de oudere generaties. In een aantal interviews wordt duidelijk dat het onderscheid tussen 'disease' en 'illness' van belang is bij de behoefte aan zorg.

5.2.2 Neiging tot zorg

Bij de Surinaamse, Turkse en Marokkaanse cultuur is aangetoond dat zij klachten liever

binnen de sociale omgeving oplossen, waardoor zij minder snel hulp zullen zoeken in de GGZ (Knipscheer & Kleber, 2005¹). Ten tweede bestaan onder de allochtonen nog steeds twijfels over de effectiviteit van de GGZ, wat leidt tot zelfhulp. Dit komt onder andere, doordat de kwaliteit volgens de allochtone cliënten tekort schiet op een aantal punten, zoals het aanpassen aan de behandel- en denkwijzen van allochtonen (Bekker & van Mens-Verhulst, 2008, Knipscheer & Kleber, 2005). Daarnaast heersen taboes op psychische ziekten en worden de cliënten negatief gelabeld (stigma). Dit kan ervoor zorgen dat klachten binnen de sociale omgeving blijven of leiden tot zelfhulp. Binnen de sociale omgeving kunnen namelijk ook taboes heersen en stigmatisering plaats vinden, waardoor psychische ziekten niet bespreekbaar zijn. De heersende taboes en stigmatisering komen zowel bij allochtonen als bij de autochtonen voor, maar bij beiden zijn ze aan het afnemen (Hoffer, 2009, Verhaeghe, 2008).

De Marokkaanse respondenten zijn het allemaal eens over het belang van sociale hulp, de heersende taboes en stigma binnen de Marokkaanse cultuur. Marokkanen hechten meer waarde aan het oplossen van ziekten binnen de sociale hulp ten opzichte van Nederlanders. Wel in hoeverre dit mogelijk is. Daarnaast hebben de meeste respondenten nooit taboes of stigma ondervonden, aangezien ze nog nooit gebruik hebben gemaakt van mentale zorg. Ze weten wel dat zowel binnen de Marokkaanse cultuur als binnen de Nederlandse cultuur stigma en taboes heersen op psychische ziekten, vooral bij de oudere generaties. Dit wordt echter in de literatuur beschreven, waarbij niet naar voren komt welke groepen meer stigma en/of taboes ondervinden.

Op het gebied van kwaliteitservaring en het toepassen van alternatieve geneeswijzen komen de respondenten en de literatuur niet overeen. In de literatuur worden alternatieve geneeswijzen nauwelijks besproken. De literatuur maakt wel kenbaar dat Marokkanen gebruik maken van deze wijzen, maar niet in welke mate en de waarde die eraan wordt gehecht, terwijl voornamelijk de hoger opgeleide respondenten dit expliciet aangeven. Tevens geven de respondenten verschillen weer tussen culturele – en religieuze geneeswijzen.

De kwaliteitservaring wordt in de literatuur besproken als een determinant die invloed heeft op het zorggebruik van allochtonen. Eén lager opgeleide respondent twijfelt aan de effectiviteit van de GGZ, terwijl de rest geen twijfels heeft.

De Surinaamse respondenten hebben andere meningen wat betreft sociale hulp, taboes en stigma. Twee lager opgeleide respondenten hechten niet veel waarde aan sociale hulp, terwijl de rest dat wel doet. Daarnaast ondervindt niet iedere respondent taboes en stigma binnen hun cultuur. Dit is logisch aangezien de wetenschappelijke onderzoeken aantonen dat de heersende taboes en stigma aan het afnemen zijn. Net als bij de Marokkaanse

respondenten geven de Surinaamse respondenten uitleg over het belang van alternatieve geneeswijzen binnen hun cultuur. De hoger opgeleide respondenten geven aan dat zij en hun familie gebruik maken van alternatieve geneeswijzen, terwijl de lager opgeleide daar minder waarde aan hechten. De hoger opgeleide maken een onderscheid tussen culturele – en religieuze geneeswijzen. Dit wordt echter niet in de literatuur besproken.

In tegenstelling bij de Marokkaanse respondenten twijfelt bij de Surinaamse respondenten wel een kleine groep aan de kwaliteit en effectiviteit van mentale zorg. In de literatuur wordt dit besproken als één van de determinanten die van invloed is op zorggebruik. Zowel de literatuur als de respondenten geven aan dat de bovengenoemde determinanten tot zelfhulp kunnen leiden.

De literatuur en de respondenten komen niet overeen met determinanten op het gebied van kwaliteitservaring en alternatieve geneeswijzen. Onder de Surinaamse respondenten twijfelt maar één lager opgeleide aan de effectiviteit van zorg. Bij de Marokkaanse respondenten twijfelen meerderen.

De alternatieve geneeswijzen blijken een grote rol te spelen bij het gebruik maken van de GGZ. De literatuur laat het gebruik van alternatieve geneeswijzen niet zo duidelijk naar voren komen.

5.2.3 Mogelijkheid tot zorg

Allochtonen hoeven geen tot weinig financiële barrières te ondervinden, want mentale zorg zit voor een groot deel in het verzekeringspakket. Hooguit wordt een eigen bijdrage in rekening gebracht (Knipscheer & Kleber, 2005¹). Allochtonen hebben tegenwoordig wel meer kennis over het zorgstelsel. Ze weten steeds beter de GGZ-instellingen en zorgverleners te vinden, ondanks sommige allochtonen nog steeds niet weten naar welke zorgverlener ze moeten gaan. Er bestaat nog steeds een kennisachterstand (Knipscheer & Kleber, 2005). De cliënten kunnen om culturele redenen, zoals verschillen in cultuur tussen arts en cliënt, geen of later gebruik maken van zorg (El Akili, 2008:22).

De Marokkaanse respondenten ondervinden geen/weinig financiële drempels in de GGZ. Daarnaast hebben of krijgen zij steeds meer kennis over het Nederlands zorgstelsel. De respondenten denken dat Marokkanen daar niet in verschillen ten opzichte van Nederlanders. Volgens hen weten zowel sommige Nederlanders als sommige Marokkanen niet hoe ze bij een psycholoog komen. Tevens geven een aantal respondenten voorbeelden van culturele barrières, zoals een taalbarrière.

Een paar Surinaamse respondenten hebben wel het gevoel dat de GGZ financiële barrières kent. Daarnaast geven twee lager opgeleide respondenten een verschil aan wat betreft kennis over het zorgstelsel tussen Nederlanders en Surinamers. Zij denken dat

Nederlanders meer kennis hebben over de zorg. Tot slot geven twee hoger opgeleide Surinamers veel voorbeelden van culturele barrières, zoals zorgverleners zonder cultuurkennis.

De antwoorden van de Marokkaanse respondenten komen zo goed als overeen met de gegevens uit de literatuur. De respondenten hebben nog wel wat twijfels over de mogelijkheid tot zorg, aangezien sommigen nog financiële barrières en een kennisachterstand ondervinden. Dit is echter verklaarbaar, want de literatuur geeft niet aan dat deze achter en barrières helemaal verdwenen zijn. Dit is namelijk langzaam aan het verdwijnen, waardoor de allochtonen meer kennis over het huidige zorgstelsel krijgen.

6. Discussie

Volgens onder het onder van Dotinga e.a., (2008) maken allochtone groepen een 'inhaalslag' in de GGZ, maar het aantal allochtonen blijft wel minder dan het aantal autochtonen, terwijl zij een verhoogd risico hebben op psychische klachten. Uit de statistische analyses van de Tweede Nationale Studie (Schellevis, 2003) was dit niet te zien. De resultaten geven aan dat Marokkanen en Surinamers geen significant verschil vertonen in het zorggebruik ten opzichte van de Nederlanders.

Wat betreft de determinanten die van invloed zijn op zorggebruik, zijn ook een aantal verschillen te zien. De literatuur en de respondenten komen niet overeen op het gebied van kwaliteitservaring en alternatieve geneeswijzen.

De resultaten van dit onderzoek zijn praktisch bruikbaar. De methodologische gegevens en de resultaten worden ter discussie gesteld, waarbij een verklaring wordt gezocht voor eventuele zwakheden van dit onderzoek en verschillen in resultaten. Het onderzoek wordt kritisch onder de loep genomen.

6.1 Methodologische beoordeling

Evalueren van het onderzoek is leerzaam voor de onderzoeker en voor eventueel vervolg onderzoek. Bij een methodologische beoordeling worden de methoden – en werkwijzen van het onderzoek beoordeeld. De methodologische gegevens komen in deze paragraaf ter discussie te staan, waarbij de sterke – en zwakke punten naar voren komen. Daarbij wordt gekeken naar de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Uiteindelijk wordt gekeken op welke manier de methoden en werkwijzen kunnen bijdrage aan de gevonden zwakheden en verschillen van dit onderzoek.

Allereerst is van te voren een projectplan voor dit onderzoek opgesteld, waarin alle stappen worden beschreven. Bij afwijking van het plan, zoals bij het doel van de interviews, wordt verantwoording afgelegd. Dit verhoogt de interne validiteit. In het plan is vastgesteld om methode – en datatriangulatie toe te passen. Het onderzoek is gebaseerd op verschillende methoden, namelijk wetenschappelijke literatuur, e-mail contact, gebruik van SPSS en interviews. Bij het e-mail contact zijn een aantal interviewvragen beantwoord, om de respondenten te selecteren. Door middel van methode- en datatriangulatie worden de resultaten vanuit verschillende soorten methoden met elkaar vergeleken. Bovendien zijn meerdere respondenten geïnterviewd en is de dataset van de Tweede Nationale Studie (Schellevis, 2003) gebaseerd op vele respondenten. In totaal zijn vijftien interviews afgenomen. De resultaten uit de interviews komen redelijk met elkaar overeen, waardoor het afnemen van meer interviews niet nodig werd geacht. Bij het verkrijgen van steeds nieuwe resultaten moet de onderzoeker meer interviews gaan afnemen (Boeije, 2008). Het zal altijd de vraag blijven of meerdere interviews tot andere resultaten leiden.

Het is bij kwalitatief onderzoek nooit zeker of de respondenten eerlijke - en juiste antwoorden geven. De geestelijke gezondheidszorg is een gevoelig onderwerp, waardoor dit de antwoorden kan beïnvloeden. Tevens kunnen de respondenten sociaal wenselijke antwoorden geven, aangezien het een *'face to face'* gesprek is (Boeije, 2008).

De respondenten hebben veelal een andere opleiding, wat kan zorgen voor verschillende interpretaties van de interviewvragen. De opleidingsverschillen zijn wel van te voren gepland, omdat daar een onderscheid tussen wordt gemaakt. Dit kan wel effect hebben op de externe validiteit, oftewel de generaliseerbaarheid van de resultaten. Het is mogelijk dat de manier van interviewen de verschillen in resultaten heeft beïnvloed. De manier van vragen stellen, de gemoedstoestand van de onderzoeker, de vertrouwensrelatie, de interpretatie van de vragen, sociaal wenselijke antwoorden etc. zijn hier mogelijke redenen voor (Boeije, 2008). In het projectvoorstel is bepaald dat het individuele interviews zijn. Twee respondenten zijn samen geïnterviewd, omdat ze liever niet alleen over dit onderwerp willen praten. Dit kan leiden tot andere antwoorden, wat van invloed kan zijn op de uiteindelijk resultaten. De respondenten kunnen zich meer op hun gemak voelen, waardoor ze openlijker over het onderwerp praten of juist met elkaar gaan 'meepraten'. De resultaten kunnen anders uitvallen wanneer zij apart een interview hebben. Zij kunnen zich minder open opstellen, waardoor zij meer sociaal wenselijke antwoorden geven.

De dataset van de Tweede Nationale Studie (Schellevis, 2003) bestaat uit interviews en enquêtes. Deze data is goed verwerkt in de dataset, want de variabelen zijn direct of met een kleine aanpassing te gebruiken. Dit alles draagt bij aan de verhoging van de interne validiteit, wat een positieve invloed heeft op de generaliseerbaarheid van de resultaten. Dit

komt onder andere, doordat voor de Tweede Nationale Studie een groot aantal respondenten is meegenomen, waardoor 104 willekeurige huisartspraktijken zijn gebruikt voor de gegevensverzameling. Verder zijn de dataset, de vragenlijst en de patiëntenpopulatie (hoeveel mensen per groep) duidelijk, waardoor men wel weet welke vragen, antwoorden en verschillende nationaliteiten zijn gebruikt

De dataset is inhoudelijk erg duidelijk, maar het is niet bekend hoe de onderzoekers te werk zijn gegaan. Het is eveneens de vraag of de onderzoekers gebruik hebben gemaakt van een projectplan. Dit is belangrijk voor de onderzoekers om zich voor het onderzoek te verantwoorden, want het onderzoek moet van te voren al goed voorbereid zijn. Tevens is het moeilijk om vast te stellen welke stappen zij hebben ondernomen wat betreft cliëntenregistratie, maar ook wat de onderzoekers hebben gedaan om alle methoden, theorieën en analyseprocedure consequent toe te passen. De gebruikte methoden en werkwijzen zijn niet tot in detail toegelicht, waardoor het mogelijk enige invloed op de validiteit en betrouwbaarheid kan hebben.

Tot slot zijn de determinanten van te voren vastgesteld, door middel van literatuuronderzoek. De determinanten zijn bij het theoretisch kader aan bod gekomen. Dit zijn niet alle determinanten die van invloed zijn op zorggebruik, want er is niet gekeken naar onderliggende determinanten, die indirect invloed hebben op zorggebruik. Het kwantitatief onderzoek richt zich eveneens op een beperkt aantal determinanten. Bij de statistische analyses wordt een correctie uitgevoerd voor geslacht, etniciteit, leeftijdsklasse en opleidingsniveau. Bij nader onderzoek wordt maar een klein deel van de variantie verklaard door deze determinanten, terwijl de dataset mede andere determinanten bevat, zoals sociaaleconomische status en gezinssituatie. Er bestaat een grote kans dat andere determinanten een groter deel van de variantie verklaren. Deze mogelijke determinanten zijn niet onderzocht.

Daarnaast is het aantal Marokkanen (N=364) en Surinamers (N=292) erg klein ten opzichte van het aantal Nederlanders (N=7772), wat een negatieve invloed kan hebben op de validiteit van het onderzoek. Het is mogelijk dat de verschillen in aantallen de kwantitatieve resultaten beïnvloeden, wat invloed heeft op de verschillende uitkomsten op het gebied van mentale zorggebruik. De onderzoeker kan zich afvragen of grotere aantallen leiden tot andere resultaten onder de allochtonen? Zo ja, dan zijn deze resultaten niet geheel generaliseerbaar.

Bij de interviews worden de determinanten vanuit het theoretisch kader belicht. Over deze determinanten worden vragen gesteld. Hierdoor kunnen determinanten worden vergeten, zoals alternatieve geneeswijzen, die maar heel kort worden besproken. In de interviews komt deze determinant juist vaak aan bod. De onderzochte determinanten zijn op de literatuur

gebaseerd, wat kan zorgen voor een belemmering van nieuwe determinanten en dus nieuwe resultaten. De onderzoeker heeft wel rekening gehouden met de formulering van de vragen, want de interviewvragen zijn open vragen. Hierdoor kunnen de respondenten hun eigen invulling aan de vraag geven.

Het is mogelijk dat de gebruikte methoden en werkwijzen van invloed zijn op de gevonden verschillen.

6.2 Resultaten

De resultaten worden ook ter discussie gesteld. De literatuur en de respondenten komen niet helemaal met elkaar overeen. Zij verschillen in een aantal aspecten, namelijk wat betreft zorggebruik, kwaliteitservaring en alternatieve geneeswijzen. Het is de vraag in hoeverre deze determinanten van invloed zijn op mentale zorggebruik?

6.2.1 Verschillen in zorggebruik

Zowel de literatuur als de kwantitatieve analyses in dit onderzoek geven een weergave van het zorggebruik in de GGZ. De literatuur constateert de 'inhaalslag' van de allochtone groepen. Desondanks blijft het aantal allochtonen in de GGZ achter op het aantal autochtonen, terwijl zij wel een hoger risico hebben op psychische klachten (Dotinga e.a., 2008). De statistische analyses vanuit de Tweede Nationale Studie (Schellevis, 2003) constateren wat anders. Hieruit valt op te maken dat Marokkanen en Surinamers niet significant verschillen in zorggebruik ten opzichte van Nederlanders. Wat zijn redenen voor dit verschil?

De onderzoeken die betrekking hebben op het zorggebruik zijn onafhankelijk van elkaar. De onderzoeken zijn onafhankelijk van elkaar gehouden, waardoor tijd, plaats en personen van elkaar verschillen. De onderzoeken zijn in verschillende jaren tot stand gekomen of hebben een andere tijdsduur. Tevens zijn sommige onderzoeken plaatsgebonden, zoals het onderzoek van Borra (2005). Dit onderzoek heeft betrekking op de GGZ in Rotterdam, terwijl andere onderzoeken door heel Nederland zijn afgenomen. De steekproef hoeft bij kwantitatief onderzoek geen probleem te zijn, want bij een valide en betrouwbaar onderzoek is het onderzoek generaliseerbaar. Bij de Tweede Nationale Studie is hier mogelijk enige twijfel bij. Het aantal Marokkanen (N=364) en Surinamers (N=292) verschilt aanzienlijk van het aantal Nederlanders (N=7772). Dit kan invloed hebben op de statistische analyses. De resultaten kunnen anders uitvallen, wanneer de onderzoeker meer Marokkaanse – en Surinaamse respondenten gebruikt. Is dit onderzoek dan minder valide dan de onderzoeken in het theoretisch kader?

Mogelijk is de 'inhaalslag' bij bepaalde onderzoeken al goed te zien, omdat zij daar meer aandacht aanbesteden, bijvoorbeeld in de enquêtes. Het is afhankelijk van de manier

waarop zorggebruik wordt onderzocht. Een onderzoek kan zich richten op het huidige zorggebruik, waardoor de verschillen tussen allochtonen en autochtonen duidelijker worden benadrukt. De onderzoeker kan eveneens meer aandacht besteden aan de toename van allochtonen in de GGZ. Hierbij kan de 'inhaalslag' beter naar voren komen, waardoor mogelijk het verschil tussen allochtonen en autochtonen minder groot lijkt.

6.2.2 Kwaliteitservaring

In de literatuur komt naar voren dat allochtone cliënten twijfelen aan de effectiviteit van de GGZ. Zij vinden dat de GGZ op een aantal punten te kort schiet, waardoor de allochtonen minder/geen gebruik maken van mentale zorg (Bekker & van Mens-Verhulst, 2008, Knipscheer & Kleber, 2005). De meerderheid van de allochtone respondenten uit het kwalitatieve gedeelte is het hier niet mee eens. Zij denken namelijk dat de GGZ wel effectief is, omdat de gezondheidszorg in Nederland goed is ontwikkeld. Bij deze determinant spreken de literatuur en de respondenten elkaar tegen. Hieronder worden mogelijke verklaringen benoemd.

De artikelen in literatuur zijn al een aantal jaar oud. Ondertussen is de GGZ al weer een paar jaar verder. In die tijd kan de GGZ zich hebben ontwikkeld, zodat de kwaliteitservaring voor de allochtone cliënten is verbeterd. De respondenten zijn in 2011/2012 geïnterviewd en hebben misschien al een aantal kwaliteitsverbeteringen meegemaakt. De meeste respondenten hebben zelf geen ervaring met de GGZ, maar zij hebben wel een beeld bij de GGZ of zij hebben in hun sociale omgeving iets meegemaakt. Het onderzoek van de Jong e.a. (2004) kaart een aantal aandachtspunten aan om de zorg 'in te kleuren', zodat de zorg (meer) aansluit bij de wensen en behoeften van de allochtone cliënten. Daarna worden op basis van de aandachtspunten verschillende interventies geformuleerd. Een paar voorbeelden zijn: cultuurgebonden zorgopvattingen, generatiekloof, verschillen binnen de allochtone groep en voorlichting (de Jong e.a., 2004). De huidige GGZ kan één of meer verschillen interventies hebben toegepast, die zijn besproken in het onderzoek van de Jong e.a. (2004). Hierdoor is het mogelijk dat de allochtone respondenten een betere kwaliteit van zorg ervaren.

Tevens zijn de respondenten aan de jonge kant, namelijk tussen de 15 en 26 jaar. Zij kunnen misschien de effectiviteit en kwaliteit van zorg niet goed inschatten. Zij hebben weinig tot geen ervaring met de GGZ, wat in de interviews wordt bevestigd. Zij vormen hun eigen mening wat betreft de kwaliteit en effectiviteit van mentale zorg, wat wel beïnvloed kan worden door de sociale omgeving. Bij het gebruik maken van de GGZ kunnen de respondenten zowel een positieve – als negatieve ervaring krijgen. Bij een negatieve ervaring kunnen zij alsnog gaan twijfelen aan de kwaliteit en effectiviteit van zorg. Tot slot

kunnen de resultaten misschien anders uitpakken, wanneer meer interviews worden afgenomen.

6.2.3 Alternatieve geneeswijzen

In de literatuur worden alternatieve geneeswijzen niet als aparte determinant gezien. Dit komt, doordat de artikelen hier weinig aandacht aan besteden. Bij de interviewvragen is wel degelijk aan alternatieve geneeswijzen gedacht, maar geen aparte vraag van gemaakt. Dit komt mede door de beperkte aandacht in de literatuur. Uit de antwoorden komt naar voren dat de allochtone groepen veel waarde hechten aan alternatieve geneeswijzen. Hoe komt het dat bij de interviews zoveel over alternatieve geneeswijzen naar voren komt?

In de literatuur komt wel het één en ander naar voren wat betreft alternatieve geneeswijzen. De resultaten van Hoffer (2005) constateren het feit dat vijf tot tien procent van de Turkse – en Marokkaanse moslims gebruik maakt van alternatieve geneeswijzen. Dit is te vergelijken met de alternatieve geneeswijzen onder autochtonen. De meeste moslims zijn hier wel van op de hoogte, maar maken er geen gebruik meer van (Hoffer, 2005:141-142). Is het gebruik van de alternatieve geneeswijzen niet langzaam aan het verdwijnen bij allochtone groepen, terwijl er nog steeds veel waarde aan wordt gehecht? De respondenten geven aan dat ze bekend zijn met alternatieve geneeswijzen, maar uiteindelijk geven twee hoger opgeleide Surinamers aan het te allen tijde te gebruiken. In dit geval krijgen de respondenten het belang van alternatieve geneeswijzen wel mee vanuit hun cultuur, maar wordt het niet vaak meer ingezet. Hierdoor komen deze geneeswijzen in de interviews sterk naar voren. Het is mogelijk dat om deze reden de literatuur minder geneigd is om over alternatieve geneeswijzen te schrijven, waardoor de antwoorden van de respondenten verrassend zijn. Misschien is het toch individueel – of groepsgebonden om alternatieve geneeswijzen in te schakelen. Het is mogelijk dat bepaalde families nog wel andere geneeswijzen toepassen in plaats van de reguliere sector. Volgens het onderzoek van de Jong e.a. (2004:14-15) bestaan (grote) verschillen tussen groepen en individuen, wat betreft zorgopvattingen. Het is mogelijk dat sommige, in dit geval twee hoger opgeleide Surinamers, te allen tijde alternatieve geneeswijzen toepassen, terwijl de andere Surinamers eerder naar de huisarts gaan. Iedere groep of individu heeft zijn eigen opvattingen, waar rekening mee gehouden moet worden (de Jong e.a., 2004:14-15).

Een andere mogelijke gedachtegang is dat alternatieve geneeswijzen de afgelopen jaren zijn toegenomen in Nederland, zoals accupunctuur, homeopathie, paranormale geneeswijzen en allochtone geneeswijzen. Voorbeelden van allochtone geneeswijzen zijn: wasi (kruidenbaden), medicijnman, sibir (magie) en l'ayn (boze oog) (Hoffer, 2005:141-143). Nederlanders maken steeds meer gebruik van deze wijzen (van Dijk, 2006:13). De (steeds meer) acceptatie van de multiculturele samenleving en de toename van alternatieve

geneeswijzen onder de Nederlanders kunnen onder andere leiden tot de verschillen in uitkomsten. De allochtone geneeswijzen maken deel uit van de medische consumptie in Nederland. De respondenten kaarten de waarde van alternatieve geneeswijzen aan, maar tenslotte is het al een onderdeel van de gezondheidszorg geworden (van Dijk, 2006:29). Hierdoor is het mogelijk dat het ene onderzoek de alternatieve geneeswijzen wel als een determinant voor de etnische verschillen in zorggebruik ziet en de andere niet. De wetenschappelijke literatuur besteedt minder aandacht aan doelgroep specifieke geneeswijzen, terwijl de allochtone respondenten deze wijzen wel aankaarten.

6.2.4 Praktisch bruikbaar

De andere determinanten, zoals stigma, taboes, inzien van klachten etc. komen wel overeen met elkaar. De antwoorden van de respondenten zijn te vergelijken met de resultaten uit de literatuur. De interviewvragen zijn zo neutraal mogelijk gesteld, zodat de respondenten zelf een invulling kunnen geven. De meerderheid van de determinanten zijn door de manier van vragen vanzelf aan bod gekomen. Hierdoor worden de respondenten niet beïnvloed door de onderzoeker. Zij geven mede een goede toelichting bij de determinanten, waardoor de resultaten nog sterker overkomen. Voor een aantal resultaten geldt dit echter niet, want daar spreken de literatuur en de respondenten elkaar tegen. De zwakheden van dit onderzoek en de verschillen in resultaten worden ter discussie gesteld, waarbij mogelijk redenen voor deze zwakheden en verschillen worden aangekaart. Dit wordt aan de hand van nieuwe wetenschappelijke literatuur versterkt. Dit onderzoek naar de etnische verschillen in de GGZ is relevant om in de praktijk te gebruiken. Hieronder worden aanbevelingen gedaan om in praktijk toe te passen.

7. Aanbevelingen

De aanbevelingen hebben enerzijds betrekking op het beleid en anderzijds op nader onderzoek. De aanbevelingen worden geformuleerd, omdat het onderzoek praktisch bruikbaar is.

7.1 Aanbevelingen voor beleid

Hieronder volgen een aantal aanbevelingen om de diversiteit in de GGZ te verbeteren. De diversiteit kan worden verbeterd door middel van beleid of aanvullend onderzoek. Aspecten die in het beleid meegenomen kunnen worden:

- De zorgverlening kan worden voorzien van een interculturele scan, zodat de wensen en behoeften van de cliënten naar voren komen. Hierbij komen de cultuurverschillen van de cliënten aan de orde. Hierbij kunnen zorgverleners rekening houden met culturele aspecten, zoals de behoefte om naast de zorgverlening ook alternatieve geneeswijzen toe te passen of

de heersende taboes binnen de sociale omgeving van de cliënt. Op deze manier kan de zorgverlening goed aansluiten bij de leef- en denkwereld van de allochtone cliënt, waarbij de culturele aspecten duidelijk zijn.

- Het management moet veel aandacht besteden aan het implementatieproces van interculturele interventies. Daarbij moeten de medewerkers bij het implementatieproces worden betrokken. Volgens het onderzoek van Oude Nijhuis (2008) is het betrekken van medewerkers belangrijk om de interventie door te voeren, zonder weerstand te ondervinden. De medewerkers zijn positief over de interventie, waardoor de implementatie soepel verloopt. De interventie op het gebied van interculturalisatie wordt snel in de organisatie opgenomen.

- Leg als GGZ-instelling verbindingen met culturele organisaties/voorzieningen, bijvoorbeeld een moskee of asielzoekerscentra. De organisaties of voorzieningen kunnen de allochtonen bekend maken met de GGZ-instelling. Zij kunnen voorlichting over psychische ziekten en mentale zorg aan de allochtonen geven. Hierdoor kunnen de taboes en stigma worden verminderd, aangezien de allochtone groepen dat enigszins ondervinden. De toegang tot de GGZ wordt verbeterd, waardoor meer allochtone cliënten gebruik maken van mentale hulp.

- Voorlichting geven aan medewerkers in de GGZ over de stand van zaken. Daarbij vindt een evaluatie van de afgelopen tijd plaats en worden verbeterpunten opgesteld. De evaluatie heeft betrekking op de genomen interventies op het gebied van interculturalisatie. Wat is goed verlopen en op welke punten kan de instelling zich nog verbeteren? Op deze manier kan de Plan, Do, Check, Act (PDCA) cyclus van Deming (2000) worden toegepast. De PDCA is een kwaliteitssysteem. Op deze manier wordt de kwaliteit van zorg verbeterd. Om de zorgverlening voor allochtonen nog verder te verbeteren is het eveneens goed om cliënten erbij te betrekken (Deming, 2000).

- Voorlichting geven aan allochtone cliënten en hun verwanten, waarbij zij goed geïnformeerd worden over de interculturalisatie. De cliënten worden overtuigd van de kwaliteit van mentale zorg, waardoor ze bijvoorbeeld niet meer twijfelen aan de effectiviteit of kwaliteit. Tevens kunnen de cliënten worden geïnformeerd over financiële aspecten van zorggebruik.

- Medewerkers van verschillende culturen werven of omscholing van huidige medewerkers in de GGZ. Op deze manier kunnen de medewerkers beter inspelen op de wensen en behoeften van de allochtone cliënt. De medewerkers ontwikkelen culturele competenties.

Tot slot is de vraag of deze beleidsregels haalbaar zijn. De voorjaarsnota geeft de stijgende zorguitgaven in de GGZ weer. Het kabinet pleit voor doelmatigere zorg in de GGZ. GGZ-instellingen kunnen het zich (waarschijnlijk) niet veroorloven om in grote aantallen maatregelen uit te voeren (de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2012).

Door de onrust in de politiek is het lastig vast te stellen welke partijen gaan regeren. Dit heeft invloed op de manier waarop tegen multiculturaliteit wordt aangekeken. Desondanks blijft Nederland een multiculturele samenleving, waarbij iedere inwoner recht heeft op zorg. Het recht op zorg wordt onder andere in de sociale grondrechten en de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) geregeld. De vraag is of de GGZ, ondanks het recht op zorg, wel toegankelijk is voor de allochtone groepen. Het recht op zorg betekent namelijk niet doelgroepspecifieke zorg.

7.2 Aanbevelingen nader onderzoek

De resultaten van dit onderzoek zijn relevant voor verder onderzoek. Door de beperkte hoeveelheid tijd zijn nog aspecten die onderzocht kunnen worden. Het onderzoek naar het zorggebruik in de GGZ kan geheel kwantitatief worden gedaan. De Tweede Nationale Studie (Schellevis, 2003) heeft veel determinanten die getoetst kunnen worden, zoals sociale hulp, culturele en geloofsgeneeswijzen. De volgende onderzoeker kan kiezen voor een kwantitatief onderzoek. Daarbij moet wel rekening gehouden worden met het aantal allochtone respondenten ten opzichte van het aantal autochtone respondenten. Het is ook een mogelijkheid om zelf een enquête uit te zetten onder respondenten, aangezien de gegevens van de Tweede Nationale Studie uit het jaar 2000 tot 2002 komen. Nieuwe resultaten zorgen voor een recenter beeld van de situatie. De onderzoeker moet wel genoeg tijd hebben om een grote hoeveelheid enquêtes af te nemen om de generaliseerbaarheid hoog te houden.

Het model van Andersen (Mackenbach & van der Maas, 2008:397-399) onderscheidt behoefte aan zorg, neiging tot zorg en mogelijkheid tot zorg. Hieronder vallen erg veel determinanten, waardoor onderliggende determinanten vergeten kunnen worden. In een vervolg onderzoek is het misschien een idee om één van de aspecten te onderzoeken. Hierdoor kan dieper op de determinanten worden ingegaan. Dit is voornamelijk bij neiging tot zorg van belang, aangezien daar veel determinanten onder vallen.

Daarnaast kan de onderzoeker meer aandacht besteden aan de alternatieve geneeswijzen en culturele barrières. In de interviews komt naar voren dat dit belangrijke aspecten zijn bij het zorggebruik, waardoor het relevant is om hier bij vervolg onderzoek de nadruk op te leggen.

Nog een belangrijk punt voor een vervolg onderzoek heeft te maken met geloofsverschillen. Binnen de Surinaamse – en Marokkaanse groep kunnen meerdere geloofsovertuigingen voorkomen. Onder de Surinamers vallen bijvoorbeeld Creolen, Javanen en Hindoestanen. Dit onderzoek heeft hier geen rekening meegehouden. Deze geloofsverschillen kunnen wellicht interessante resultaten opleveren. Het is nu nog niet duidelijk welke effecten de verschillen met zich meebrengen.

Tot slot kan de onderzoeker ervoor kiezen om groepsinterviews te houden. Het onderwerp GGZ is voor de meeste respondenten een gevoelig onderwerp, waardoor de antwoorden in groepsinterviews anders uit kunnen vallen. Door middel van groepsinterviews kunnen de respondenten meer op hun gemak worden gesteld. Een mogelijk nadeel van een groepsinterview is de kans op 'meepraten'. De respondenten kunnen met elkaar gaan meepraten, waardoor de eigen mening niet tot uiting komt. Uiteindelijk moet de onderzoeker wel rekening houden met sociaal wenselijke antwoorden, aangezien een groepsinterview ook een *'face tot face'* gesprek is. Bij dit onderzoek heeft één groepsinterviews plaats gevonden. De respondenten lijken hier wel gebaat bij te zijn, aangezien ze openhartig hebben gesproken.

Het is van belang dat de onderzoeker rekening houdt met de ethische aspecten bij een dergelijk onderzoek, zoals de normen en waarden van een cliënt, het recht op privacy en de geloofsovertuiging van de cliënt.

Literatuur

2010. *GGZ bereikt allochtonen niet* [Audio] Uitzending op 25-02-2010. NOS.

Bauwens, N. 2007-2008. *De (r)evolutie van repressiemiddelen en dwangmaatregelen in psychiatrische instellingen van 1850 tot heden*. [Internet] Universiteit Gent, 13-01-2011 [Aangehaald op 13-01-2011]. Bereikbaar op <http://biblio.ugent.be/input/download?func=downloadFile&fileOld=490530>

Beekman, A.T.F. e.a. 1997. Depressie bij ouderen in de Nederlandse bevolking: een onderzoek naar de prevalentie en risicodeterminanten. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 39:294-308.

Bekker, M. & Mens-Verhulst van, J. 2008. *GGZ en Diversiteit: Prevalentie en Zorgkwaliteit. Programmeringsstudie 'Etniciteit en gezondheid' voor ZonMw* [Internet] Universiteit Utrecht en Universiteit Tilburg, 07-10-2010 [Aangehaald op 07-10-2010]. Bereikbaar op http://mighealth.net/nl/images/6/6c/ZonMw_GGZ_en_Diversiteit_Bekker_Mens-Verhulst.pdf.

Boeije, H. 2008. *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Boom Onderwijs, Den Haag [2008].

Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. 2005. *De Nederlandse Gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. [1986].

Borra, R. 2005. *Diagnostische interview Turkse vrouwen*. Delft: Uitgeverij Eburon.

Cassell, E.J. 1976. *Treating patients for both is the healer's art. Disease and illness*. The Hastings Center Report.

(CBS). 2000. *Standaarddefinitie allochtonen*. Index (10).

(CBS). 2005. *Demografie van allochtonen: Historie en prognose* [Internet] Centraal Bureau voor Statistiek, 08-10-2010 [Aangehaald op 08-10-2010]. Bereikbaar op <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/8AC144A6-5730-44B5-BDD2-D936F47C1F8D/0/2003b52p019art.pdf>.

Choté, A.A. e.a. 2010. 'Explaining Ethnic Differences in Late Antenatal Care Entry by Predisposing, Enabling and Need Factors in the Netherlands. The Generation R Study'. *Matern Child Health J* 1-11.

Deming, W. E. 2000. *Out of the crisis*. Cambridge: Institute of technology.

De Voorzitten van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. 2012. *Voorjaarsnota 2012*. Den Haag: Ministerie van Financiën.

Dijk van, P. 2006. *Jaarboek integrale geneeskunde 2005-2006*. Harderwijk: Stichting TIG.

Dijk van, R. 2008. Ontmythologisering van de interculturalisatie:
Naar een herijking van het beleid. *Medische Antropologie* 20 (2): 333-350.

Dotinga A, Verkleij H. 2008. *Verschillen in ziekenhuisopname en gebruik van GGZ en verslavingszorg tussen allochtonen en autochtonen* [Internet] RIVM, 05-10-2010 [Aangehaald op 11-10-2010]. Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o7825n34417.html.

Egmond van, S. 2008. *Hoorcollege: Inleiding in kwalitatieve onderzoeksmethoden*.

Ei Akalil, H. 2008. *Culturen binnen GGZ Leiden. Vergelijkend tevredenheidonderzoek onder autochtone cliënten en cliënten met een Marokkaanse achtergrond*. Utrecht: Universiteit.

Fassaert, T. e.a. 2008. 'Perceived need for mental health care among non-western labour migrants'. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44:208–216.

Genderen, van. C. 'Psychische klachten zijn een groot taboe onder allochtone vrouwen' [Dagblad]. *Algemeen Dagblad*, 19-12-2011.

Harm Tung, F. & Oliemeulen, L. 2007. *Ongehoord aansluitingsproblemen bij de behandeling van psychotische patiënten bij verschillende etnische groepen*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Hert de, M. 2000. *Naar een geestelijk gezonde samenleving*. Diegem: Kluwer.

Hoffer, C. 2010. *De GGZ en de beleving van psychische ziekten onder allochtone Nederlanders. Suggesties voor de praktijk*.

Hoffer, C. 2009. *Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: Beleving en hulpzoekgedrag*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.

Hoffer, C. 2005. "Psychose" of 'djinn': verklaringsmodellen en interculturele communicatie in de zorg'. *Patient care*: 141-146.

Hosper, K. e.a. 1999. 'Culturele diversiteit en gelijkheid in de geestelijke gezondheidszorg. Cliënten en hulpverleners vergeleken'. *De Psycholoog* 34: 278-283.

Huson, A. 2008. *Technologische ontwikkelingen in de GGz: e-mental health en substituties nader bekeken*. Amsterdam: Stichting Pandora.

Jong de, Y. et al. 2004. *Zorg inkleuren. Ondersteuning van zorg in allochtone familie*. Utrecht: Expertisecentrum Informele Zorg (EIZ).

Kamperman, A.M. e.a., 2003. 'Verklaringen voor verschillen in psychiatrische stoornissen in een onderzoek onder migranten'. *Tijdschrift voor psychiatrie* 45:315-326.

Karimi, A. 2010. *Broodnodige steun familie* [Dagblad]. Spits, 27-10-2010.

Kleber, R.J. & Knipscheer, J.W. 2005¹. 'Help-seeking behaviour regarding mental health problems of mediterranean migrants in the Netherlands: Familiarity with care, consultation attitude and use of services'. *International Journal of Social Psychiatry* 51 (4): 372-382.

Kleber, R.J. & Knipscheer, J.W. 2005. 'Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg'. *Tijdschrift voor psychiatrie* 47 (11): 753-759.

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

Kunst, A.E. 2007. *Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003. Een verkenning van verschillen naar sociaal-economische positie, samenlevingsvorm en land van herkomst*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu.

(Nationaal Kompas Volksgezondheid). 2008. *Indeling opleidingsniveau*. 10-05-2011 [Aangehaald op 05-10-2011]. Bereikbaar op <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/scholing-en-opleiding/indeling-opleidingsniveau/>.

Netteb, T. 2005. *Culturele ongevoeligheid bij een gedwongen opname* [Internet] Instituut Beleid en Management gezondheidszorg, 09-10-2010 [Aangehaald op 09-10-2010]. Bereikbaar op <http://www.stichtingpandora.nl/jcms/images/stories/pandora/bijlagen/Culturele%20ongevoeligheid%20bij%20een%20gedwongen%20opname.pdf>.

- Maas van der, P.J. & Mackenback, J.P. 2008. *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg. [1995].
- Oude Nijhuis, M. M. 2008. *MPM: Het aanpakken van weerstand tegen een overname, zodat medewerkers betrokken blijven*. Twente: Universiteit Twente.
- Schellevis F.G. e.a. 2003. *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk Vraagstellingen en methoden*. Utrecht: NIVEL.
- Selten, J.P. e.a. 2003. First admissions for mood disorders in immigrants to the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38:547–550.
- 'T Land van, e. a. 2008. *Tendrapportage GGZ 2008: Deel 2 toegang en zorggebruik*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Trinidad, R.B. e.a. 2005. 'Verklaringsmodellen in de GGZ: kenmerken van migranten en Nederlandse cliënten die volharden in een niet-psychologische betekenisgeving van hun klachten'. *Gedrag en gezondheid* 33:42–51
- Veling, W. e.a. 2006. 'Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands'. *International Journal of Epidemiology* 36:761–768.
- Veling, W. e.a. 2009. 'Ethnic Identity and the Risk of Schizophrenia in Ethnic Minorities: A Case-Control Study'. *Schizophrenia Bulletin* 36:1149–1156.
- Veling, W. e.a. 2006. 'Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: A four-year first-contact study'. *Schizophrenia Research* 86:189–193
- Verhaeghe, M. 2008. *Stigma, een wereld van verschil?* [Internet] Universiteit Gent, 09-10-2010 [Aangehaald op 09-10-2010]. Bereikbaar op http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/376/206/RUG01-001376206_2010_0001_AC.pdf.
- Vries de, H. 1993. *Determinanten van gedrag*. Assen: Van Gorcum.

Bijlagen

Bijlage 1: Topic lijst

1. Wat is jouw geboorteland?
 2. Wat is het geboorteland(en) van je ouders?
 3. Welke opleiding doen je? Op welk niveau is dat?
 4. Hoe oud ben je?
-
5. Wat versta je onder de geestelijke gezondheidszorg?
 6. Wat wordt er volgens jou onder psychische problemen/klachten verstaan?
 7. Wat doe je als je psychische klachten ondervindt? *(eventueel aansturen huisarts/psychiater)*
 8. Hoe wordt in jouw familie naar de geestelijke gezondheidszorg gekeken?
 9. Wat verstaat jouw familie onder psychische klachten?

Stel iemand in de familie heeft last van psychische klachten. De familie erkent dat degene last heeft van psychische klachten (door de formulering die zijn aan psychische klachten heeft gegeven) Het is alleen nog niet helemaal duidelijk wat hij/zij precies heeft.

10. Wat zou jij in dit geval doen? *(eventueel aansturen met psychiater of liever negeren)*
11. Zou jouw familie in deze situatie hetzelfde doen als wat jij net zei? Zo niet, wat dan wel?
12. Wat zouden voor jou redenen kunnen zijn om de psychische klachten niet te erkennen?
13. Welke redenen zou je familie kunnen ondervinden om de klachten niet te erkennen?
14. Uit onderzoeken komt naar voren dat in de Surinaamse – en Marokkaanse cultuur meer waarde wordt gehecht om ziekten binnen de familie op te lossen? Herken je dit vanuit je eigen cultuur? Wat zijn naar jou idee hier de belangrijkste redenen voor? *(eventueel aansturen vrouwen in de zorg of culturele barrières)*
15. Op welke manier worden de familieleden, waarbij de ziekte binnen de familie wordt opgelost, in jouw cultuur verzorgd?
16. Hoe reageert de rest van de familie op de psychische klachten van de familielid? *(eventueel aansturen met achterhouden)*
17. Welke rol speelt religie bij de manier waarop in jouw cultuur naar psychische klachten wordt gekeken? *(eventueel aansturen met ziekte van God)*

Het familielid krijgt meer klachten en twijfelt of hij/wij hulp moet gaan zoeken.

18. Welke redenen kunnen er zijn volgens jou voor eventuele twijfel om hulp te zoeken? *(eventueel aansturen familielid kan zich zorgen maken over hoe de sociale omgeving of de samenleving er tegen aan kijkt, taboes)*

19. Gelden deze redenen voor twijfel ook voor jouw gemeenschap?

20. Uit onderzoek blijkt dat bij de Surinaamse- en Marokkaanse cultuur meer zelfhulp bij psychische klachten voorkomt. Dit houdt in dat degene, met psychische klachten, zelf zijn klachten onder controle wil houden. Zou je redenen kunnen bedenken vanuit jouw cultuur, waardoor zelfhulp wordt toegepast? *(eventueel aansturen met effectiviteit van de GGZ, kwaliteit van zorg en alternatieve geneeswijzen)*

21. Denk je dat er een financiële drempel/barrière voor het gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg? Denk je dat mensen minder snel gebruik van de geestelijke gezondheidszorg, omdat de zorg duur is? *(eventueel aansturen met eigen bijdrage)*

Bijlage 2 kenmerken respondenten

Respondent 1: Marokkaanse vrouw. 24 jaar. Geboren in Nederland en haar ouders in Marokko. Ze werkt momenteel. Hoogst afgemaakte opleiding is VMBO.

Respondent 2: Marokkaanse vrouw. 22 jaar. Geboren in Nederland en haar ouders in Marokko. Ze doet een HBO studie.

Respondent 3: Marokkaanse vrouw. 23 jaar. Geboren in Marokko en haar ouders ook. Ze doet een universitaire studie.

Respondent 4: Marokkaanse vrouw. 21 jaar. Geboren in Nederland en haar ouders ook. Ze heeft een MBO studie afgerond.

Respondent 5: Marokkaanse vrouw. 20 jaar. Geboren in Marokko en haar ouders ook. Ze doet een MBO studie.

Respondent 6: Marokkaanse vrouw. 15 jaar. Geboren in Nederland en haar ouders in Marokko. Ze doet VMBO.

Respondent 7: Marokkaanse vrouw. 22 jaar. Geboren in Nederland en haar ouders in Marokko. Ze doet een universitaire studie.

Respondent 8: Surinaamse vrouw. 25 jaar. Geboren in Nederland en haar ouders in Suriname. Ze heeft een MBO studie afgerond.

Respondent 9: Surinaamse vrouw. 21 jaar. Geboren in Suriname en haar ouders ook. Ze doet een universitaire studie.

Respondent 10: Surinaamse vrouw. 18 jaar. Geboren in Nederland en haar ouders in Suriname. Ze doet MBO.

Respondent 11: Surinaamse vrouw. 22 Jaar. Geboren in Suriname en haar ouders ook. Ze doet een universitaire studie.

Respondent 12: Surinaamse vrouw. 21 jaar. Geboren in Nederland en haar ouders in Suriname. Ze doet een universitaire studie.

Respondent 13: Surinaamse vrouw. 19 jaar. Geboren in Nederland en haar ouders in Suriname. Ze doet haar tweede MBO studie.

Respondent 14: Surinaamse vrouw. 26 jaar. Geboren in Nederland en haar ouders in Suriname. Ze heeft een universitaire studie afgerond.

Respondent 15: Surinaamse vrouw. 24 jaar. Geboren in Nederland en haar ouders in Suriname. Ze heeft een HBO studie afgerond.

De respondenten 14 en 15 zijn tegelijk geïnterviewd.