

# Het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg door allochtonen

**Bachelorscriptie**            A. Bendimya 287278ab

**Afstudeerbegeleider:**    Dr G.T. Koopmans (Gerrit)

**Scriptiemeester:**        Dr. M.M.E. Foets (Marleen)

---

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg  
Erasmus Medisch Centrum,  
Erasmus Universiteit,  
Rotterdam



## **Voorwoord**

Voor u licht de bachelorscriptie ' Het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg door allochtonen'. Deze scriptie vormt de afronding van de Bachelorfase van de studie Beleid en Management Gezondheidszorg (BMG).

Het schrijven van deze scriptie heb ik als een zeer interessant en leerzaam proces ervaren. Ik vind het vooral interessant omdat ik zelf behoor tot de Marokkaanse allochtone groep in Nederland en weet dat onderwerpen zoals geestelijke gezondheidszorg als taboe door allochtonen worden gezien . Zo verwacht ik dat de resultaten van dit onderzoek zullen leiden tot een beter begrip van het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg (aggz) door de vier grote allochtone groepen in Nederland.

Mijn dank gaat uit naar Dr. Gerrit Koopmans voor zijn intensieve hulp en goede begeleiding. Daarnaast wil ik mijn vriendin Ghariba Mahit bedanken. Dankzij haar geconcentreerde leeswerk zijn vele spel- en typefouten verbeterd.

Asmae Bendimya

Juli 2007

## Samenvatting

### Achtergrond

In dit onderzoek wordt er getoetst of er verschillen zijn in het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg door Marokkanen, Turken, Surinamers en Antillianen in vergelijking met Nederlanders. De doelstelling van dit onderzoek is het verklaren van mogelijke verschillen in het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg tussen allochtonen en autochtonen in Nederland.

### Methoden

De dataset van dit onderzoek is een selectie van data uit de tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van het Nederlandse instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NS2). In de NS2 zijn grootschalig gegevens verzameld in 104 huisartspraktijken. Een aanvullend bestand van de tweede nationale studie van het instituut Nivel is ontvangen over de gegevens van allochtonen. Later is de dataset van de autochtone groep tot dit bestand samengevoegd. In het bestand zijn gegevens verzameld van 11070 respondenten, verdeeld over diverse etnische groeperingen: 416 Turken, 381 Marokkanen, 309 Surinamers, 279 Antillianen en 9685 Nederlanders.

### Resultaten

De resultaten van de variantie analyses voor de afhankelijke variabele psychische hulp laten zien dat er een significant verschil is tussen de verschillende etnische groepen en de referentie groep. Het gemiddelde van psychische hulp was het grootste onder de Turken (  $M= 0,087$ ) en het laagste onder Nederlanders(  $M= 0,052$ ). De invloed van de behoeftevariabelen 'angst en depressie' en 'de gevolgen van emotionele problemen' op het gebruik van de aggz was positief. De leeftijdsklasse1 '18 t/m 34' en de leeftijdsklasse 2 '35 t/m 54' leiden tot een verhoogd gebruik van aggz ten opzichte van de ouderen. Daarnaast was de variabele inkomen positief gerelateerd aan het gebruik van de aggz (OR=1,041). Het zelfde geldt voor de variabele opleidingsniveau (OR=1,149). Bovendien had taalbeheersing een positieve invloed op het gebruik van de aggz (OR=1,097). Er is geconcludeerd dat alle neigingvariabelen, behalve de variabele 'geloof in natuur en goddelijke krachten', onder allochtonen positief gerelateerd zijn aan het gebruik van de aggz ..

## Conclusie

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat er significant verschillen zijn in het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg door allochtonen in vergelijking tot autochtonen. Allochtonen maken meer gebruik van de aggz dan Nederlanders, vooral de Turkse en Marokkaanse bevolkingsgroepen. Deze verschillen zijn te verklaren door significante verschillen in etniciteit, leeftijd, de behoeftevariabelen en de neigingvariabelen tussen Marokkanen, Turken, Surinamers, Antillianen en de autochtone groep Nederlanders. Er blijkt uit de resultaten dat behoeftevariabele en de neigingvariabelen tot gebruik van de aggz zoals psychische gezondheid en socio-demografische factoren, het gebruik van de aggz onder allochtonen voorspellen. De behoeftevariabelen scoren hoger onder allochtone groepen in vergelijking tot autochtone Nederlanders. Echter, het geslacht is niet van invloed op het gebruik van de aggz.

Ook is geconcludeerd dat de kans dat jongeren meer gebruik zullen maken van de ambulante geestelijke gezondheidszorg dan de ouderen groter is, vooral onder de allochtonen. De variabelen opleidingsniveau en inkomen verhogen de kans om gebruik te maken van de aggz onder allochtonen. Daarnaast laat dit onderzoek zien dat een niet-Nederlandse herkomst het gebruik van de aggz verlaagt in vergelijking met Nederlanders. Er wordt ook geconcludeerd dat culturele kenmerken zoals geloof in goddelijke en natuurkrachten' onder allochtonen, het gebruik van de aggz verlagen .

Voor de variabele etniciteit was het gebruik van de aggz door Turken en Marokkanen, ondanks de behoefte, lager dan verwacht

## Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Theoretisch kader</b> .....	<b>8</b>
2.1 Neiging tot zorggebruik.....	8
2.2 Mogelijkheid tot zorggebruik.....	9
2.3 Behoeftte aan zorg .....	9
2.4 Gezondheidssystemen gebonden factoren .....	9
<b>3. Conceptueel model</b> .....	<b>10</b>
3.1 Model.....	11
3.2 Behoeftte aan zorg .....	13
3.2.1 Psychische klachten .....	13
<b>3.2.2 Demografische factoren</b> .....	<b>14</b>
3.2.3 Migratie kenmerken .....	14
3.3 Neiging tot gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg.....	14
3.3.1 Culturele kenmerken .....	14
3.3.2 Positie in gastland .....	16
3.3.3 Hulpverleners geboden factoren .....	16
3.3.4 Sociaal netwerk .....	17
3.4 Mogelijkheid tot zorggebruik.....	17
<b>4. Methoden van onderzoek en hypothesen</b> .....	<b>18</b>
4.1 Gegevensverzameling.....	18
4.2 Behoeftte aan het gebruik van de aggz.....	20
4.2.1 Gevolgen van emotionele problemen.....	20
4.2.2 Psychische gezondheid.....	20
4.2.3 Angst en depressie .....	21
4.3 Neiging tot gebruik van de AGGZ.....	21
4.3.1 De sociaal economische status .....	21
4.3.2 Culturele kenmerken: .....	22
4.3.3 Geloof in natuur en goddelijke krachten .....	22
4.3.4 Sociaal netwerk: .....	23
4.4 Gebruik van de aggz .....	23
4.5 Statistische analyses .....	23
<b>5. Resultaten</b> .....	<b>25</b>
5.1 Basis gegevens van het onderzoek.....	25
5.1.1 De behoeftevariabelen .....	27
5.1.2 De afhankelijke variabele .....	27
5.1.3 De variabelen van neiging tot gebruik van aggz.....	27
5.2 Discussie .....	32
5.3 Hypothesen .....	33
5.4 Beperkingen van dit onderzoek .....	34
5.5 Verder onderzoek .....	35
<b>Literatuurlijst</b> .....	<b>36</b>

## 1. Inleiding

De laatste jaren is de samenstelling van de Nederlandse bevolking veranderd. Ook is het aantal allochtonen in Nederland flink toegenomen. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek was het aantal gevestigde allochtonen op 1 januari 2007 3,17 miljoen, waarvan 54,83 % van niet westerse afkomst. Er wordt verwacht dat in 2015 het aantal niet westerse allochtonen 2 miljoen bedraagt (NIGZ 2001). Door deze toenemende multiculturele populatie, wordt er steeds meer aandacht besteed aan het gebruik van gezondheidszorg door allochtonen. Zo zijn er verschillende onderzoeken gedaan naar de gezondheidsverschillen tussen allochtonen en autochtonen en tevens naar hun gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen door verschillende instanties en onderzoekers.

Toch is er weinig bekend over het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg (aggz) door allochtonen (Schrier e.a. 2005). Volgens de Raad van Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is het aantal allochtone cliënten dat gebruik maakt van de aggz in RIAGG's toegenomen (Struijs en Wennink 2000). Sterker nog, er wordt gesproken over een inhaalslag in de ambulante geestelijke gezondheidszorg door migranten. Ze weten steeds meer hun weg te vinden naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg en dit geldt vooral voor allochtone vrouwen (Schrier e.a. 2005). Daarnaast concludeert de RVZ dat er aanzienlijke regionale verschillen zijn in het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg door allochtonen. Zo is het aantal allochtonen dat in de Randstad gebruik maakt van de aggz groter dan allochtonen buiten de Randstad (Struijs en Wennink 2000). Dit wordt bevestigd door het onderzoek van Wierdsma e.a. (2002) in de regio Rotterdam, waarin naar voren komt dat het verschil in het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg zowel tussen allochtonen onderling als in vergelijking met autochtonen, groot is. Wierdsma e.a. hebben de gegevens uit het Psychiatrisch Casus- register Rotterdam (PCR) verzameld (Wierdsma e.a. 1999). Er blijkt dat Surinamers, Antillianen en Marokkaanse vrouwen weinig gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg. Echter, het zorggebruik van Turkse en Marokkaanse mannen is niet minder dan dat van de autochtonen (ibid.).

Uit ander onderzoek in de regio Amsterdam blijkt dat Marokkanen en Turken van de eerste en de tweede generatie bijna anderhalf maal zo vaak in behandeling zijn in de ambulante geestelijke gezondheidszorg dan autochtonen. Allochtonen van andere afkomst maken juist minder gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg (Schier e.a. 2005). Dit komt voor een deel overeen met wat uit eerder onderzoek

geconstateerd is over de toegankelijkheid van de aggz voor allochtonen. Er wordt geconcludeerd dat onder andere de toestroom van Marokkanen in de aggz groter is dan de toestroom van autochtonen. Maar dit betekent echter niet dat hun gebruik van de aggz groter is geworden (Struijs en Wennink 2000).

Voor het verklaren van het verschil in gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg door allochtonen en autochtonen zijn verschillende determinanten van belang. Zo komt uit onderzoek naar voren dat etniciteit niet de belangrijkste verklaring is voor het verschil in zorggebruik tussen allochtonen en autochtonen. Socio-demografische achtergronden, zoals leeftijd, geslacht, cultuur, acculturatie, verblijfsduur, ziekte-uiting, communicatie, taalkennis, werk en Sociaal Economisch Status (SES), daartegen spelen echter wel een belangrijke rol (Knipscheer e.a. 2005).

In het kader van deze scriptie wordt een onderzoek gedaan naar de determinanten die het verschil in het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg tussen allochtonen en autochtonen kunnen verklaren. In dit onderzoek wordt de nadruk niet gelegd op gezondheidsverschillen, maar op het zorggebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg onder allochtonen. De probleemstelling die centraal staat bij dit onderzoek is:

**Zijn er verschillen in het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg door allochtonen in vergelijking tot autochtonen? Indien ja, hoe zijn de mogelijke verschillen te verklaren?**

De deelvragen die relevant zijn om deze probleemstelling te beantwoorden luiden als volgt:

- 1- Zijn hulpbehoeften onder allochtonen groter in vergelijking met autochtonen?
- 2- Hoe is het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in relatie tot zorgbehoeften?
- 3- Verschilt behoefte en gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg naar gelang etniciteit?
- 4- Welke factoren kunnen de mogelijke verschillen verklaren?

## **Doelstelling**

De doelstelling van dit onderzoek is het verklaren van mogelijke verschillen in het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg tussen allochtonen en autochtonen in Nederland. De resultaten hiervan kunnen knelpunten opsporen om het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg door allochtone groepen te verbeteren.

## **2. Theoretisch kader**

Niet elke zorgbehoefte wordt naar zorgvraag vertaald en niet iedere vraag naar gezondheidszorg leidt tot zorggebruik (Van der Maas en Mackenbach, 1999). Dit geldt waarschijnlijk ook voor de geestelijke gezondheidszorg. Een deel van de mensen met psychische klachten doet geen beroep op de geestelijke gezondheidszorg om diverse redenen. Om de relatie tussen zorgbehoefte en zorggebruik beter te schetsen heeft Andersen een conceptueel model ontwikkeld waarin de verschillende determinanten die van invloed zijn op het gebruik van gezondheidszorg, worden besproken.

In het model worden in het begin behoefte aan zorggebruik, neiging tot zorggebruik en mogelijkheid tot zorggebruik als de belangrijkste determinanten voor zorggebruik genoemd. Later heeft Andersen gezondheidssystemen gebonden factoren toegevoegd aan dit model (Andersen, 1995).

### **2.1 Neiging tot zorggebruik**

Volgens Andersen is de sociale omgeving van de patiënten van belang voor de neiging tot zorggebruik: Deze wordt bepaald door de status die men binnen de maatschappij heeft. Belangrijk is dat de sociale omgeving een rol speelt bij het omgaan met gezondheidsproblemen en hun oorzaken (Andersen, 1999). Een andere factor die bepalend is voor de neiging tot zorggebruik, is gezondheidsopvattingen (ibid.). Mensen reageren op verschillende manieren op ziekte. Ze hebben verschillende waarden en opvattingen over de begrippen gezondheid en genezing. Deze bepalen hun neiging tot zorggebruik en daardoor wordt ook hun zorggebruik beïnvloed (ibid).



## **2.2 Mogelijkheid tot zorggebruik**

De mogelijkheid tot zorggebruik wordt bepaald door de afstand tot de voorzieningen, de beschikbare tijd en de financiële toegankelijkheid (Van der Maas en Mackenbach, 1999). Zo is wel bekend dat mensen die verder van een ziekenhuis wonen worden minder vaak worden opgenomen (ibid). De beschikbare tijd van de patiënt is ook belangrijk voor zijn mogelijkheid tot zorggebruik. Daarnaast bepaalt de manier waarop de gezondheidszorg is geregeld deze mogelijkheid (Andersen, 1999). Ook de verzekeringsdekking en het inkomen spelen een rol bij de mogelijkheid tot zorggebruik (ibid.).

## **2.3 Behoeftte aan zorg**

In eerste instantie bepalen de kenmerken van de klacht en de ziekte de behoefte aan zorg. Deze kenmerken zijn de ernst en de duur van de klacht (Van der Maas en Mackenbach, 1999). Ook de ziektebeleving zoals de tolerantie voor pijn is belangrijk voor de behoefte aan zorg (ibid). Volgens Andersen zijn demografische factoren, zoals leeftijd en geslacht, van invloed op de zorgbehoefte van patiënten.

## **2.4 Gezondheidssystemen gebonden factoren**

De capaciteit van de zorgvoorzieningen, oftewel het zorgaanbod, is een belangrijke factor voor het zorggebruik. Daarnaast is de rol van de huisarts als poortwachter deels bepalend voor het aantal patiënten dat gebruik maakt van de tweedelijh hulp en hierdoor wordt ook het zorggebruik beïnvloedt (Van der Maas en Mackenbach, 1999).

Naast de bovenstaande factoren zijn er in het verklarende model van Stronks voor de gezondheidsverschillen, de sociaal- economische status en maatschappelijke context van invloed op het zorggebruik. Met de maatschappelijke context wordt de context bedoeld waarin migranten zich bevinden na hun migratie naar het gastland. Een voorbeeld hiervan is discriminatie, dat een negatieve invloed kan hebben op de gezondheidszorg van migranten (Stronks, 1999). De communicatievaardigheden van de artsen en de technische competenties spelen een rol bij het zorggebruik door migranten (Ellen Uiters, 2006). Gebrekkige kennis bij artsen over de cultuur van allochtonen en hun onbekendheid met de waarden en normen van hun patiënten, belemmert de

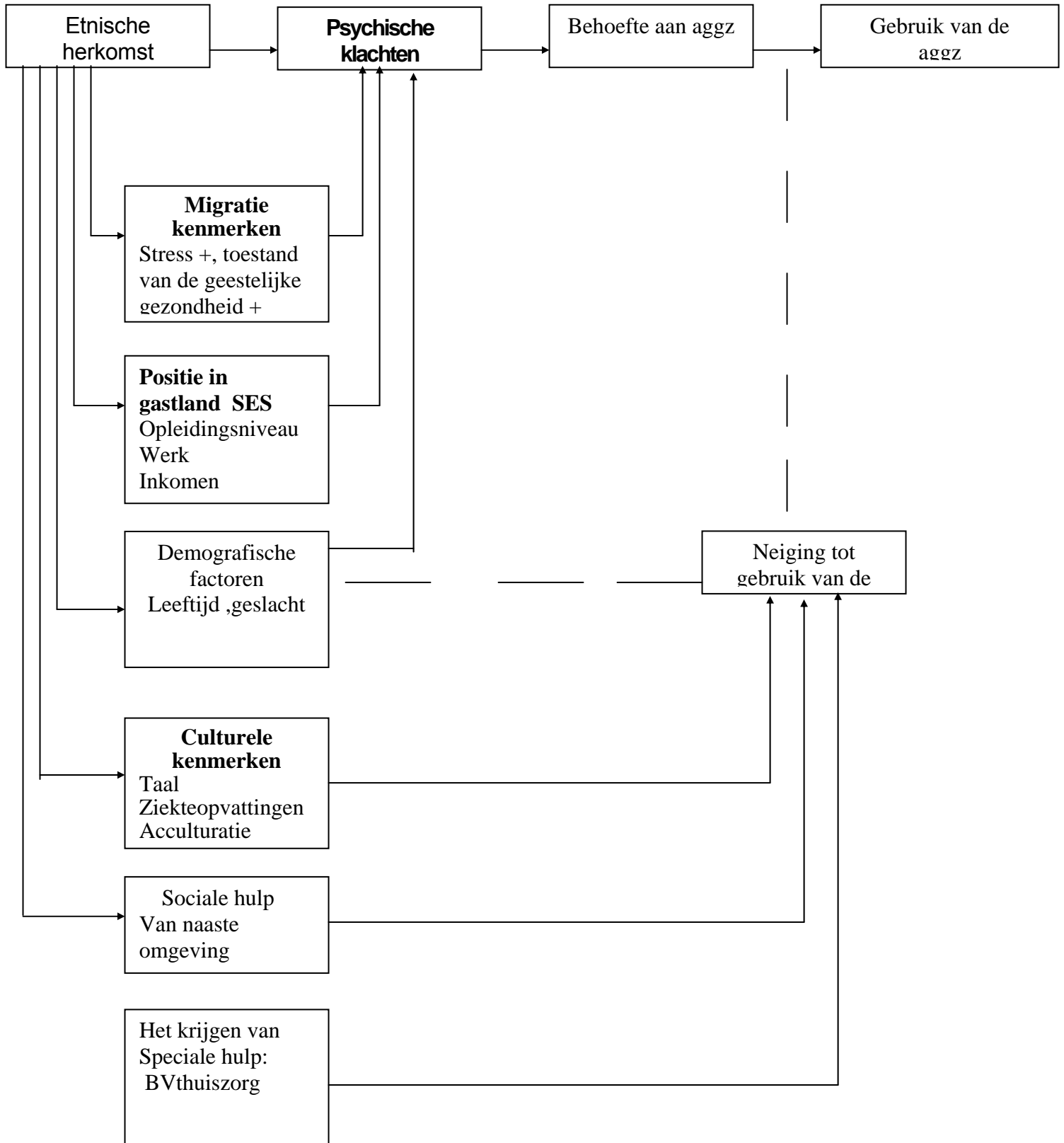
communicatie tussen de arts en de patiënt. Hierdoor kan ook het zorggebruik door allochtonen beïnvloed worden.

### **3. Conceptueel model**

Het model van Andersen dient in mijn onderzoek als algemeen referentiekader. Daarnaast wordt dit model gespecificeerd en aangevuld met andere factoren die gebruikt zijn in het onderzoek van Uiters (2006) naar het zorggebruik onder allochtonen en de al gebruikte literatuur. Elementen uit het conceptueel model van Stronks (1999) voor het verklaren van gezondheidsverschillen die een rol kunnen spelen bij het zorggebruik, zullen ook deels meegenomen worden. In dit onderzoek wordt de mogelijkheid tot gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg niet onderzocht. De reden hiervoor is dat de financiële toegankelijkheid gegarandeerd is in Nederland. Iedereen is verzekeringsplichtig en iedereen kan gebruik maken van de gezondheidszorg wanneer dat nodig is.

### 3.1 Model

Conceptueel model van het gebruik van de aggz door allochtonen in Nederland



Zoals eerder al is aangegeven, wordt niet iedere behoefte vertaald naar een zorgvraag en zorggebruik. In het bovenstaande conceptueel model wordt verwacht dat de neiging tot gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg van invloed is op het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Zo beïnvloeden de demografische factoren, zoals leeftijd en geslacht, de sociale omgeving van allochtonen, de status die ze binnen de maatschappij hebben en de gezondheidsopvattingen van mensen, hun neiging tot het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Uit het conceptueel model wordt er verwacht dat allochtonen jongeren meer gebruik zullen maken van de aggz. De redenering hierachter is dat jongeren allochtonen minder taalproblemen ervaren en meer kennis hebben over het gezondheidszorgsysteem dan allochtonen ouderen. Daardoor kunnen ze beter hun weg vinden naar de aggz. Ook zullen allochtone ouderen meer gebruik maken van de aggz dan autochtone ouderen, omdat ze de stress van migratie en acculturatie hebben meegemaakt.

Daarnaast kan geslacht een rol spelen bij de neiging tot gebruik van de aggz tussen allochtonen en autochtonen en vervolgens het gebruik van de aggz beïnvloeden. Omdat allochtone vrouwen minder geëmancipeerd zijn dan autochtone vrouwen, wordt er verwacht dat autochtone vrouwen meer geneigd zijn om gebruik te maken van aggz dan allochtone vrouwen bij gelijke behoeften. Er wordt ook uit het conceptueel model verwacht dat sociale omgeving een voorspelbare factor is voor het gebruik van de aggz door allochtonen en autochtonen. De verwachting is dat allochtonen minder gebruik zullen maken van de aggz dan autochtonen omdat ze bij ziektes meer hulp zullen krijgen van hun sociale omgeving.

Door het cultuurverschillen acculturatie kan de neiging tot zorggebruik onder allochtonen lager zijn. Daardoor zullen minder allochtonen gebruik maken van de ambulante geestelijke gezondheidszorg ten opzichte van de autochtone groep. Ook worden allochtonen met een hoge sociaal- economische status (SES) meer geneigd om gebruik te maken van de ambulante geestelijke gezondheidszorg dan allochtonen met een lage SES.

De behoefte tot gebruik van de ambulante geestelijk gezondheidszorg wordt vooral bepaald door de psychische klachten. Behoefte aan zorg door bijvoorbeeld iemand die aan schizofrenie leidt, is niet hetzelfde behoefte als van iemand die depressieve

klachten vertoont. Vervolgens wordt er niet op de zelfde mate beroep gedaan op de aggz. In de volgende paragraaf volgt de relevantie van deze factoren op het gebruik van de aggz en de bijhorende hypothesen.

## **3.2 Behoeftte aan zorg**

### *3.2.1 Psychische klachten*

De behoefte aan het zorggebruik wordt beïnvloed door de kenmerken en de ernst van ziekte (Anderson, 1999). Het is dus mogelijk dat de kenmerken en soort psychische klachten die vaker onder allochtonen en/ of autochtonen komen, hun gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg beïnvloeden. Verschillende onderzoeken zijn gedaan naar type psychische klachten en de mate van de geestelijke gezondheid onder allochtonen en autochtonen. Uit onderzoek van het centrale bureau voor statistiek (CBS) naar allochtonen in 2004 blijkt dat niet- westerse allochtonen minder tevreden en gelukkig zijn dan autochtonen en overige allochtonen. Het gaat vooral om Turken en Marokkanen van de eerste generatie (CBS,2004).

Een ander probleem onder niet westerse allochtonen die aanleiding kan zijn voor psychische klachten zoals depressie zijn importhuwelijken. Hiermee wordt bedoeld dat allochtonen hun partners uit het moederland naar Nederland halen. Sommige mannen die gehaald worden in Nederland door hun vrouwen, kunnen depressief of verslaafd worden. Dat komt doordat mannen bij de overkomst, hun traditionele gezagspositie in de relatie zijn kwijt geraakt (Mikado, 2005). Een andere psychische ziekte die vaker komt bij allochtonen is schizofrenie. Uit onderzoek onder 181 inwoners in Den Haag tussen 1998 en 2000 die een arts bezochten voor een eerste psychose laat zien dat Marokkanen vier keer vaker ontwikkelen schizofrenie dan autochtonen. Daarnaast komt schizofrenie twee keer zo vaak voor onder Surinamers in vergelijking met autochtonen (Veen, 2004).

#### **Hypothese 1**

Allochtonen hebben meer psychische klachten dan autochtonen.

### **3.2.2 Demografische factoren**

Demografische kenmerken zoals leeftijd en geslacht kunnen het gebruik van de geestelijke gezondheid door allochtonen beïnvloeden. Zo vallen allochtone cliënten van de ambulante geestelijke gezondheidszorg voornamelijk in de leeftijdscategorie 20 tot 40 jaar. In het algemeen maken meer allochtone jongeren gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg dan autochtone jongeren (Sluijs en Wennink, 2000). Daarnaast bleek dat het aantal volwassen allochtonen in de regio Rotterdam dat in een jaar contact had met de GGZ met 62% steeg, van 2065 in 1990 tot 3336 in 1998 (Wierdsma e.a., 2002).

Wat betreft de variabele geslacht maken autochtone en allochtone vrouwen meer gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg dan allochtone en autochtone mannen. Uit onderzoek komt naar voren dat dit gebruik minder is onder Turkse en Marokkaanse vrouwen (Sluijs en Wennink, 2000). Ook blijkt uit een andere studie dat het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg door jongvolwassen vrouwen uit Suriname, Marokko, Turkije en de Nederlandse Antillen sterk is gegroeid tussen 1990 en 1998 (Wierdsma e.a., 2002).

### **3.2.3 Migratie kenmerken**

Het is mogelijk dat het verschil in de toestand van de geestelijke gezondheid tussen allochtonen en autochtonen, het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg kan beïnvloeden. Onderzoek heeft getoond dat migratieproces, en de bijkomende gevolgen daarvan, tot stress onder allochtone groepen kan leiden (Stronks e.a., 1999). Aangezien stress kan leiden tot psychische stoornis, zal het migratieproces tot meer behoefte aan het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg leiden.

## **3.3 Neiging tot gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg**

### **3.3.1 Culturele kenmerken**

Het verschil in het zorggebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg door allochtonen, kan beïnvloed worden door hun zoekgedrag naar hulp. Etnische minderheden zouden hun psychische klachten somatiseren (Isac e.a., 1999). Dit wordt dan ook bevestigd in het onderzoek van Knipscheer en Kleber (2005). Daardoor is het

mogelijk dat veel allochtonen niet terecht komen bij de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Daarnaast zijn er ook allochtonen die de westerse psychiatrische zorg minder vertrouwen. Dit in tegenstelling tot de alternatieve genezers uit de eigen cultuur. Uit onderzoek van het Trimbos- instituut onder 44 Turkse en Marokkaanse zelfstandig wonende ouderen, kwam naar voren dat Marokkanen en in minder mate Turken, hun problemen zien in een religieuze context. Ander onderzoek van Hoenders, psychiater bij de GGZ Winschoten naar het gebruik van alternatieve en complementaire geneeswijzen laat zien dat 46% of meer van de onderzochte patiënten gebruik maakte van alternatieve geneeswijzen. Hij vermoedt ook dat allochtonen nog vaker naar een alternatieve genezer gaan dan autochtonen (Hoenders e.a, 2004).

Daarentegen blijkt uit recent onderzoek dat allochtonen minder gebruik maken van de spirituele en religieuze genezers uit hun omgeving (Knipsheer e.a., 2005). Ook blijkt uit het onderzoek dat allochtonen ouderen liever hun psychische problemen zelf oplossen vanwege angst voor roddel binnen de eigen groep (De Vries en Smits, 2003). Enkele andere culturele kenmerken dat het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg onder allochtonen negatief kan beïnvloeden is, schaamte ( Mikado, 2003).

### **Hypothese 2**

Allochtonen zullen meer gebruik maken van de spirituele en religieuze genezers uit hun omgeving in vergelijking tot autochtonen.

Een andere factor die de neiging tot gebruik van kan beïnvloeden is taalbarrière. Er wordt geconstateerd dat taalbarrière onder allochtonen een potentiële verhindering is om gebruik te maken van de gezondheidszorg (Scheppers e.a, 2006). Veel allochtonen beheersen niet de taal van het gastland. Vaker kunnen ze hun klachten niet goed omschrijven, waardoor er een verkeerde diagnose plaats kan vinden (Scheppers e.a., 2006). Dit kan ook relevant zijn voor het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg wanneer allochtonen met psychische klachten niet worden doorverwezen naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg. De laatste determinant in dit conceptueel model die het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg

kan beïnvloeden, is acculturatie. Er wordt geconstateerd dat allochtonen die grote mate van acculturatie tonen minder psychische stoornissen hebben (Kamperman e.a., 2003). Dit leidt waarschijnlijk tot minder gebruik van de geestelijke gezondheidszorg door allochtonen die over een grote mate van acculturatie beschikken.

### **Hypothese 3**

Allochtonen die Nederlands goed beheersen, zullen meer gebruik maken van de aggz dan allochtonen die Nederlands slecht beheersen.

### *3.3.2 Positie in gastland*

De positie van allochtonen in het gastland wordt beïnvloed door de sociaal economisch status. Deze positie kan invloed hebben op de mogelijkheid, de neiging en de behoefte aan zorggebruik (Uiters, 2006). Volgens Knipscheer e.a. tonen laag opgeleide allochtonen een negatieve attitude voor het gebruik van de geestelijke gezondheidszorg (2005).

### **Hypothese 4**

Sociaal Economische status: Laag opgeleide allochtonen maken minder gebruik van de geestelijke gezondheidszorg dan laag opgeleide autochtonen.

### *3.3.3 Hulpverleners geboden factoren*

Door het gebrek aan taalkennis wordt de communicatie tussen hulpverleners en allochtonen belemmerd. Een deel van de allochtonen die door de huisarts verwezen worden naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg geven aan dat ze niet serieus genomen zijn door de artsen (Sluijs en Wenink, 2000). Redenen hiervoor zijn gebrek aan overleg en voorlichting. Ook wordt er geen rekening gehouden met de wensen en de verwachtingen van de patiënten (ibid). Er wordt dus verwacht dat communicatieproblemen tussen hulpverleners en allochtonen, het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg negatief beïnvloeden.



### 3.3.4 *Sociaal netwerk*

Het krijgen van sociale steun tijdens ziektes als gevolg van sociale integratie tussen allochtonen kan de neiging tot het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg negatief beïnvloeden. Sterker nog, het krijgen van sociale hulp van sociaal netwerk kan zelfs soms een alternatief zijn voor de vraag naar formeel zorg (Uiters, 2006). Echter uit onderzoek in Nederland blijkt dat sociale netwerken geen direct effect hebben op het gebruik van de gezondheidszorg (Kamperman e.a., 2001).

#### **Hypothese 5**

Allochtonen die sociale hulp krijgen, maken minder gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

### **3.4 Mogelijkheid tot zorggebruik**

De mogelijkheid tot gebruik van de aggz wordt bepaald door de financiële toegankelijkheid tot de aggz en bijvoorbeeld door de beschikbaarheid van de tijd en aantal kinderen. Er is weinig informatie beschikbaar over de invloed van tijd en het aantal kinderen op het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg onder allochtonen. Toch wordt er verwacht dat naarmate allochtone vrouwen meer kinderen zullen hebben, ze minder tijd zullen hebben om gebruik te maken van de ambulante geestelijke gezondheidszorg indien er sprake is van een psychische aandoening. Omdat de financiële toegankelijkheid tot gebruik van de aggz in principe voor elke burger in Nederland is gegarandeerd, zal de mogelijkheid tot gebruik van de aggz in dit onderzoek niet verder onderzocht worden.

#### **4. Methoden van onderzoek en hypothesen**

In dit onderzoek is gekozen voor de vier grootste etnische minderheden in Nederland namelijk de Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen, en een vergelijkingsgroep van autochtonen. De dataset van dit onderzoek is een selectie van data uit de tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. In het begin wordt een korte samenvatting van de tweede nationale studie gegeven. Daarna worden de geselecteerde vragen en variabelen voor dit onderzoek weergegeven.

Met de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' (NS2) is onderzoek gedaan naar de huidige positie en rol van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Zes kernthema's vormen de pijlers van deze studie waarbinnen een groot aantal studies worden uitgevoerd (Schellevis en al, 2000). De zes kernthema's zijn:

- De gezondheid van de bevolking;
- Gebruik van zorgvoorzieningen binnen en buiten de huisartspraktijk;
- Verschillen in gezondheid en zorggebruik;
- Kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit professioneel en patiëntenperspectief;
- De huisarts- patiëntcommunicatie;
- De organisatie van de huisartsenzorg en de werkbelasting van huisartsen.

In dit onderzoek naar het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg door allochtonen, zijn vooral de volgende thema's relevant:

- Het gebruik van zorgvoorzieningen binnen en buiten de huisartspraktijk;
- Verschillen in gezondheid en zorggebruik;
- De huisarts- patiëntcommunicatie;

Ook kan het thema de gezondheid van de bevolking gebruikt worden om meer algemene informatie te krijgen over de onderzochte populatie.

##### **4.1 Gegevensverzameling**

In de Tweede Nationale Studie, tussen 2000-2002, zijn grootschalig gegevens verzameld in 104 huisartspraktijken (Schellevis ea., 2000). Het verzamelen van de

gegevens is op verschillende manieren uitgevoerd:

- Patiëntregistratie: voor het verzamelen van sociaal- demografische gegevens bij alle vast ingeschreven patiënten in de deelnemende huisartspraktijken door middel van een schriftelijke vragenlijst (ibid.). N= 385.461 en de respons was 294.999 ( 76,5%).
- Patiëntenquête: om informatie te verzamelen over zelfgerapporteerde ziekten, gebruik van zorgvoorzieningen en determinanten. Dit is door middel van een mondeling interview gebeurd, waarbij een aselechte steekproef onder de vast ingeschreven patiënten in de deelnemende huisartspraktijken heeft plaats gevonden (ibid). N=19.685 en de respons was 12.699 (64,5%).
- Contactregistraties: registratie van gegevens via het Huisarts Informatie Systeem over alle contacten gedurende 12 maanden met de vast ingeschreven patiënten door de huisartsen in de deelnemende praktijken.

In het begin van gegevensverzameling zijn 385.401 ingeschreven personen in de deelnemende praktijken benaderd voor het verzamelen van sociaal- demografische gegevens (Linden en al, 2004). Uit deze populatie is een aselechte steekproef van 19.685 respondenten getrokken voor de patiëntenenquête. Na de toevoeging van 19.685 respondenten is achteraf de omvang van de populatie bij aanvang van gegevensverzameling geteld op N= 399.068 (ibid.). Wij hebben een aanvullend bestand van de tweede nationale studie van het instituut Nivel ontvangen. Dit bestand bevatte alleen gegevens over de 4 allochtone groeperingen: Marokkanen, Turken, Surinamers en Antillianen, de gegevens van de referentie groep ontbraken. Later hebben wij de dataset van de autochtone groep gekregen en zijn deze twee bestanden samengevoegd. De meeste vragen in beide bestanden komen overeen, echter soms ontbreken sommige vragen in het ene of het andere bestand. Alle uitgevoerde analyses hebben betrekking op het samengevoegde bestand (N= 11.070).

In dit onderzoek is het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, de afhankelijke variabele. De onafhankelijke variabelen zijn o.a de neiging tot zorggebruik en de behoefte aan zorggebruik. Voor het operationaliseren van deze variabelen zijn de volgende blokken uit de tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk geselecteerd:

#### Achtergrondkenmerken

- Etniciteit: Deze is geoperationaliseerd in dit onderzoek met de doelgroep. Uit het

aanvullende bestand van de tweede nationale studie zijn alleen de volgende doelgroepen geselecteerd: Marokkanen, Turken, Surinamers en Antillianen. Later is de referentie groep Nederlanders uit de dataset van de autochtone groep aan deze doelgroepen toegevoegd.

- Demografische factoren:
  - Leeftijd: In de bestanden die wij van het instituut Nivel hebben ontvangen is alleen het geboortejaar van de respondenten vermeld. In het samengevoegde bestand is de variabele leeftijd geconstrueerd door het aftrekken van het geboortejaar van de respondenten van het jaar van gegevensverzameling (2001). De variabele leeftijd is later gecodeerd in drie leeftijdsklassen 18t/m34, 35t/m54 en 55 en plussen.
  - Geslacht: De variabele geslacht laat zien of de respondent een man of een vrouw is.

## **4.2 Behoeftte aan het gebruik van de aggz.**

De behoefte-indicatoren die in dit onderzoek gebruikt zijn: gevolgen van emotionele problemen, psychische gezondheid, angst en depressie. Alle vragen betreffende deze indicatoren waren aanwezig in beide bestanden.

### *4.2.1 Gevolgen van emotionele problemen*

Voor het operationaliseren van de gevolgen van de behoefte- indicator (gevolgen van emotionele problemen) wordt aan de respondenten gevraagd of ze ten gevolge van emotionele problemen in de afgelopen 4 weken één of meer problemen bij hun werk of andere dagelijkse bezigheden hadden (Nivel, 2003). Er zijn drie vragen aan bod gekomen:

- Heeft minder tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden?
- Heeft u minder bereikt dan u zou willen?
- Heeft u het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent?

Het antwoord is met ja of nee gegeven en alleen de vragen die met ja zijn beantwoord, zijn opgeteld (ibid.).

### *4.2.2 Psychische gezondheid*

De 9 vragen over psychische gezondheid betrekken de mate van levenslustigheid,

zenuwachtig zijn, opvrolijk zijn, rust hebben, energiek zijn, neerslachtig en somber zijn, zich uitgeblust voelen, gelukkig zijn en moeheid. Voor de beantwoording van deze vragen is een schaal ontwikkeld van zes items: van 1 'nooit' tot 6 'voortdurend' (Nivel, 2003). De zes items zijn verder opgeteld.

#### 4.2.3 *Angst en depressie*

Vier vragen zijn gesteld aan respondenten over angst en depressie die met ja of nee worden beantwoord:

- Heeft u ooit een periode gehad waarin u erg angstig of bezorgd was, minstens 2 weken elkaar?
- Heeft u dit in de afgelopen 12 maanden gehad?
- Heeft u ooit een periode gehad waarin u erg somber of depressief was, minstens 2 weken achter elkaar?
- Heeft u dit in de afgelopen 12 maanden gehad?

De vragen die met ja zijn beantwoord, zijn verder opgeteld.

### **4.3 Neiging tot gebruik van de AGGZ**

In dit onderzoek wordt de neiging tot gebruik van de aggz uitgedrukt in de sociaal economisch status (inkomen en opleidingsniveau), taalbeheersing, geloof in natuur en goddelijke krachten en sociaal netwerk. De vragen over taalbeheersing, geloof in natuur en goddelijke krachten en zorg krijgen van naaste omgeving ontbreken bij het bestand van de tweede groep, de autochtonen. Als gevolg daarvan hebben de bijhorende analyses uitsluitend op allochtone groeperingen plaats gevonden. In dit geval zijn de Marokkanen als referentiegroep genomen.

#### 4.3.1 *De sociaal economische status*

- Inkomen: Aan de respondenten is gevraagd wat het netto maandinkomen van huishouden is. De respondenten moesten een categorie kiezen van 6 vastgestelde inkomenscategorieën (Nivel, 2003):
  - 1) Minder dan f 2.018
  - 2) Van f 2018,- tot en met f2.500,-
  - 3) Van f 2.501,- tot en met f 3.000,-
  - 4) Van f 3.001?- tot en met f 3.845,-
  - 5) Van f 3.846,- tot en met f 5.400,-

- 6) f 5.401, - en meer
- Opleidingsniveau: Deze variabele is geoperationaliseerd met de vraag: Wat is de hoogste opleiding die u met een diploma heeft agerond?. Het antwoord is gegeven door het kiezen van één van de volgende categorieën (Nivel, 2003):
  - 7) (nog) geen
  - 8) Lager school/ basisschool.
  - 9) Lagerberoepsonderwijs.
  - 10) 4-MAVO, ULO, MULO, drie jar HBS
  - 11) MMS, HAVO
  - 12) HBS, VWO, atheneum? gymnasium
  - 13) Kort middelbaar beroepsonderwijs
  - 14) Volledig middelbaar beroepsonderwijs
  - 15) Hoger beroepsonderwijs
  - 16) Universiteit
  - 17) Post academisch

#### 4.3.2 *Culturele kenmerken:*

Taalbeheersing: Er wordt aan de respondenten gevraagd of ze Nederlands spreken, lezen,

verstaan en schrijven:

- 1) Hoe goed verstaat u Nederlands?
- 2) Hoe goed kunt u Nederlands spreken?
- 3) Hoe goed kunt u Nederlands lezen?
- 4) Hoe goed kunt u Nederlands schrijven?

De antwoorden worden volgens een schaal van 4 items beoordeeld : niet (1), een beetje (2), voldoende (3) en goed(4). De vragen zijn bij elkaar opgeteld.

#### 4.3.3 *Geloof in natuur en goddelijke krachten*

De vragen over natuur en goddelijke krachten betreffen de opvattingen van mensen over de beste manier van genezen. De antwoordkeuzes waren gebed, natuur, verstandig leven, rein en opgewekt leven en ziektes gaan vanzelf over. De vragen zijn met ja of nee beantwoord en bij elkaar opgeteld.

#### 4.3.4 *Sociaal netwerk:*

In dit onderzoek wordt sociaal netwerk met twee onderwerpen geoperationaliseerd: zorg krijgen van naaste omgeving en thuiszorg krijgen. Respondenten hebben met ja of nee geantwoord op de vragen:

- Heeft u de afgelopen 12 maanden vanwege uw gezondheid hulp of zorg gekregen van familieleden of mensen uit uw naaste omgeving?
- Heeft u in de afgelopen 12 maanden voor uzelf vanwege uw gezondheid betaalde hulp of zorg thuis gehad?
- Heeft u in de afgelopen 12 maanden voor uzelf vanwege uw gezondheid betaalde hulp of zorg thuis gehad?

De vragen die met ja zijn beantwoord, zijn bij elkaar opgeteld.

#### 4.4 **Gebruik van de aggz**

Gebruik van de aggz wordt in dit onderzoek geoperationaliseerd met mogelijke contacten met de volgende psychosociale hulpverleners: RIAGG, crisiscentrum, vrij gevestigde psycholoog, vrij gevestigde psychiater, vrij gevestigde psychotherapeut, polikliniek psychiatrie, Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs, seksuoloog en andere psychosociaal hulpverleners. Hulp krijgen van maatschappelijke werkers wordt in dit onderzoek niet genomen. Er is een dichotome variabele geconstrueerd: geen versus wel gebruik van aggz- hulpverlener.

#### 4.5 **Statistische analyses**

In het begin zijn frequentietabellen gemaakt om inzicht te krijgen in de spreiding van de verschillende variabelen. De variabele leeftijd is in drie klassen gedecodeerd: Leeftijdsklasse1 van 18 t/m 34, leeftijdsklasse 2 van 35 t/m 54 en leeftijdsklasse 3 voor 55+. De variabele etniciteit bestaat uit 5 groepen: groep 0 zijn de Nederlanders, groep1 zijn de Marokkanen, groep 2 zijn de Turken, groep 3 zijn de Antillianen en groep 4 bestaat uit Surinamers.

Om de autochtone groep te kunnen vergelijken met de allochtone groepen is er gebruik gemaakt van crosstabs met de Chikwadraattoets voor de variabelen leeftijd, geslacht en het krijgen van thuiszorg. Het beschrijven van de behoeftevariabelen en de variabelen van neiging tot gebruik van de aggz is door variantie- analyse toetsen gedaan. Verschillende logistische regressies zijn uitgevoerd om de samenhang tussen

het gebruik van de aggz en de variabelen van de behoefte en de neiging tot gebruik van de aggz te analyseren.

In totaal zijn zeven modellen gemaakt. Bij alle modellen is het gebruik van de aggz de afhankelijke variabele. Variabelen met een significantie  $<0,05$ , hebben een significant invloed op het gebruik van de aggz. Voor modellen 1, 2, 3, 4, 5 is gebruik gemaakt van het samengevoegde bestand. Dit betekent dat analyses betrekken de referentie groep en de allochtone groeperingen. Hieronder volgt een korte beschrijving van de verschillende modellen.

- Model 1: In dit model wordt de relatie tussen het gebruik van de aggz en behoefte variabelen getoetst.
- Model 2: Aan model 1 worden de variabelen leeftijd en geslacht toegevoegd om te kijken of ze van invloed zijn op het gebruik van de aggz.
- Model 3: Aan model 2 is de variabele inkomen toegevoegd om de mogelijke invloed van inkomen op het gebruik van de aggz te schetsen.
- Model 4: Aan model 3 wordt de variabele etniciteit toegevoegd om te kijken of ze van invloed is op het gebruik van de aggz.
- Model 5: Aan model 4 is de variabele opleidingsniveau toegevoegd om inzicht te krijgen op de invloed van opleidingsniveau op de afhankelijke variabele, het gebruik van de aggz.
- Model 6: In dit model wordt de mogelijke invloed van het krijgen van thuiszorg op het gebruik van de aggz geschetst. De variabelen inkomen en opleidingsniveau zijn hierbij niet meegenomen.
- Model 7: Aan model 6 wordt de variabele (hulp krijgen van naaste omgeving) toegevoegd om te kijken of deze van invloed is op het gebruik van de aggz.
- Model 8: Aan model 7 wordt de variabele geloof in natuur en goddelijke krachten toegevoegd om inzicht te krijgen in de invloed van deze variabele op de afhankelijke variabele, het gebruik van de aggz.
- Model 9: Aan model 8 wordt de variabele (taalbeheersing) toegevoegd om inzicht te krijgen in haar invloed op de afhankelijke variabele, het gebruik van de aggz.

Voor modellen 8 en 9 is uitsluitend gebruik gemaakt van het allochtonen bestand omdat de variabele (geloof in natuur en goddelijke krachten ) en de variabele (taalbeheersing) bij het 'autochtone' bestand ontbreken . In deze twee modellen gelden Marokkanen als referentie groep.

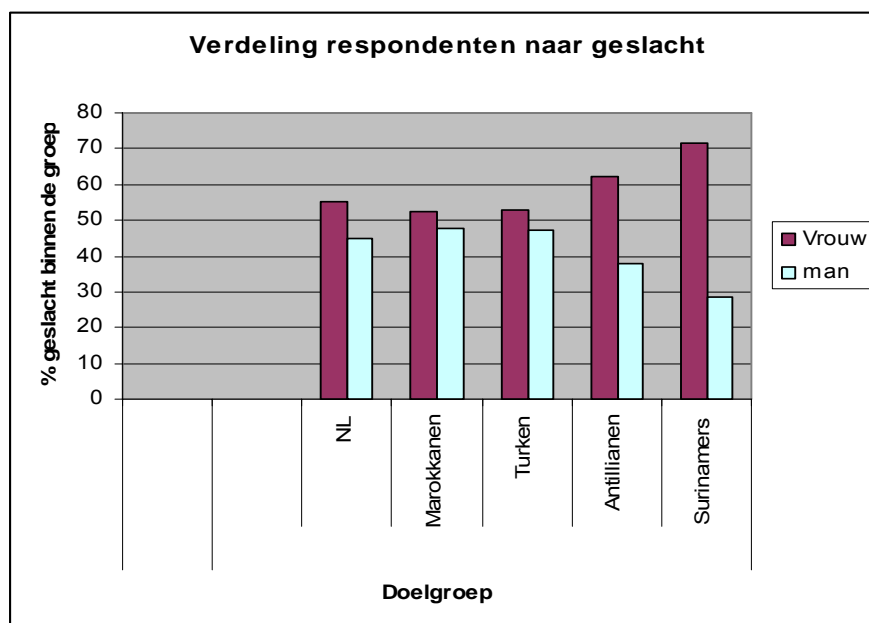


## 5. Resultaten

Om antwoord te geven op de probleemstelling 'Zijn er verschillen in het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg door allochtonen in vergelijking tot autochtonen' en de hypothesen te toetsen, wordt het gebruik van de aggz gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken, behoefte en neiging tot gebruik van de aggz. Voor behoefte tot gebruik van de aggz worden de volgende variabelen gebruikt: psychische gezondheid, gevolgen van emotionele problemen, angst en depressie. De neiging tot gebruik van de aggz wordt getoetst aan de hand van de variabelen: inkomen, opleidingsniveau, geloof in natuur en goddelijke krachten, taalbeheersing, zorg krijgen van naaste omgeving en thuiszorg krijgen bij ziektes. Er wordt getoetst in hoeverre elke variabele invloed heeft op de afhankelijke variabele: psychische hulp exclusief maatschappelijk werk.

### 5.1 Basis gegevens van het onderzoek

Het aantal respondenten in dit onderzoek bedraagt 11.070 respondenten, verdeeld over diverse etnische groeperingen: 416 Turken, 381 Marokkanen, 309 Surinamers, 279 Antillianen en 9685 Nederlanders. Daarnaast is er onderscheid gemaakt naar geslacht en leeftijdsklassen. De verdeling van respondenten naar geslacht in dit onderzoek, wordt in grafiek 1 weergegeven. Het blijkt dat het verschil in het aantal mannen en vrouwen onder Nederlanders, Marokkanen en Turken niet groot is. Echter, er zijn meer vrouwen dan mannen onder de Turken en Antillianen. Het percentage vrouwen onder Antillianen is 71,5% in vergelijking met 28,5% Antilliaanse mannen .



Grafiek1: Verdeling respondenten naar geslacht.

In de volgende kruistabel (tabel 1) is af te leiden dat er meer Turkse en Marokkaanse jongeren zijn in de leeftijdscategorie 18 t/m 34 dan Antillianen en Surinamers. Daarnaast is het aantal ouderen (55+) onder de Nederlanders groter dan onder de Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen.

		Leeftijdsklassen		
		18 t/m 34	35 t/m 54	55plus
doelgroep				
NL	N	2113	3981	3444
	%	22,2	41,7	36,1
Marokkanen	N	180	159	41
	%	47,4	41,8	10,8
Turken	N	220	146	49
	%	53,0	35,2	11,8
Antillianen	N	117	112	50
	%	41,9	40,1	17,9
Surinamers	N	55	153	71
	%	27,5	49,5	23,0

Tabel1: Verdeling van de doelgroep naar leeftijdsklassen.

---

## Steekproefkenmerken naar etniciteit

### 5.1.1 De behoeftevariabelen

In tabel 2 worden de steekproefkenmerken naar etniciteit weergegeven. Uit de variantie analyses blijkt dat de verschillen in de behoeftevariabelen tussen de Nederlanders, Turken, Marokkaan, Surinamers en Antillianen significant zijn ( $\alpha = 0,00$ ). De referentie groep Nederlanders had het hoogste gemiddelde voor de indicator psychische gezondheid (M= 42,94) en de Turken hadden het laagste gemiddelde (M= 35,68). Daarnaast hebben Turken het hoogste gemiddelde (M= 0,74) voor de gevolgen van emotionele problemen gescoord en Nederlanders het laagste gemiddelde (M=0,31). Voor de variabele "angst en depressie" hadden Surinamers het hoogste gemiddelde (M= 0,44) en Nederlanders het laagste (M=0,21).

### 5.1.2 De afhankelijke variabele

De resultaten van de variantie analyses voor de afhankelijke variabele psychische hulp laten zien dat er ook een significant verschil is tussen de verschillende etnische groepen en de referentie groep. Het gemiddelde van psychische hulp was het grootste onder de Turken ( M= 0,087) en het laagste onder Nederlanders( M= 0,052).

### 5.1.3 De variabelen van neiging tot gebruik van aggz

Ook blijkt uit de variantie-analyse dat de invloed van de variabelen van neiging tot gebruik van aggz significant was behalve voor het variabele geloof in natuur en goddelijke krachten. Een Chi- kwadraat toets is uitgevoerd voor de variabele het krijgen van de thuiszorg waaruit blijkt dat ( $p = 0,012$ ) en dat Nederlanders het grootste percentage (6%) hebben gescoord. Het aantal allochtonen dat thuiszorg krijgt blijft aanzienlijk kleiner in vergelijking met Nederlanders. Voor de variabele taalbeheersing was het gemiddelde onder Antillianen gelijk aan 15,18 en onder Surinamers gelijk aan 15,46 . Uit tabel 2 blijkt ook dat Antilliannen en Surinamers, hoge gemiddelden hadden ten opzichte van Turken en Marokkanen voor de variabele taalbeheersing. Verder laat de variantie-analyses zien dat Nederlanders de hoogste gemiddelden hadden voor de variabelen inkomen en opleiding respectievelijk 4,13 en 5,593 ten opzicht van de andere

		Nederlanders	Marokkanen	Turken	Antillianen	Surinamers	Totaal	Sign
Psychische gezondheid	M	42,94	37,55	35,68	39,71	39,38	42,29	0,000
	s.d	7,07	7,98	9,18	8,21	8,04	7,47	
Gevolgen van emotionele problemen	M	0,31	0,54	0,74	0,57	0,5	0,35	0,000
	s.d	0,8	1,06	1,17	1,11	1,03	0,85	
Angst en depressie	M	0,21	0,37	0,41	0,42	0,44	0,24	0,000
	s.d	0,53	0,69	0,71	0,72	0,75	0,56	
Psychische hulp	M	0,052	0,063	0,087	0,082	0,078	0,055	0,002
	s.d	0,22	0,24	0,28	0,28	0,27	0,23	
Taalbeheersing	N	0	380	415	279	309	10921	0,624
	M		11,98	11,66	15,18	15,46	13,31	
	s.d		3,83	3,91	1,65	1,54	3,57	
Geloof in natuur en goddelijke krachten	N	0	380	415	279	309	1383	0,624
	M		2,532	2,67	2,67	2,63	2,63	
	s.d		1,75	1,67	1,66	1,71	1,7	
Zorg krijgen van naaste omgeving	N	9534	371	403	271	306	10885	0,012
	M	1,88	1,83	1,84	1,86	1,81	1,87	
	s.d	0,329	0,376	0,368	0,344	0,39	0,335	
Thuiszorg krijgen bij ziektes	N	574	9	16	20	17	636	P=0.00
	%	6	2,4	3,9	7,2	5,5	5,80	
laagst inkomen (Minder dan f 2.018)	N	790	87	89	74	106	1146	P=0.00
	%	8,7	24,0	22,1	27,6	36,3	11,0	
hoogst inkomen(f 5.401, - en meer)	N	2255	16	18	21	25	2335	P=0.00
	%	24,9	4,4	4,5	7,8	8,6	22,5	
Lagere school/ basisschool	N	1312	72	132	33	49	1598	P=0.00
	%	13,8	19,0	31,7	11,8	16,0	14,7	
Hoger beroepsonderwijs	N	1526	18	16	32	39	1631	P=0.00
	%	16,0	4,7	3,8	11,5	12,7	15,0	

Tabel 2: Steekproefkenmerken naar etniciteit

Tabel 3 geeft een samenvatting van de verschillende uitgevoerde logistische regressies voor de afhankelijke variabele (het gebruik van de aggz) en de onafhankelijke variabelen (behoefte en neiging tot gebruik van de aggz). Model 1 geldt als basismodel voor de regressiemodellen 2, 3, 4 en 5. In model 1 wordt uitsluitend gekeken naar de invloed van de behoeftevariabelen op het gebruik van de aggz. De verschillende logistische regressie modellen 1, 2, 3, 4 en 5 worden naast elkaar gezet om de invloed van de demografische kenmerken, sociaal economisch status en etniciteit op het gebruik van de aggz naast de basisbehoeftevariabelen te schetsen. Uit het conceptueel model wordt er verwacht dat de behoeftevariabelen direct invloed op het gebruik van de aggz door allochtonen zullen hebben. Echter de neigingvariabelen zullen een indirecte invloed op het gebruik van de aggz hebben. Daarom wordt er in modellen 6, 7, 8 en 9 het effect van de neigingvariabelen geanalyseerd bij aanwezigheid van de behoeftevariabelen. De variabelen inkomen en opleidingsniveau worden hierbij niet meegenomen.

Uit model 1 blijkt dat de behoeftevariabelen daadwerkelijk significant invloed hebben op het gebruik van de aggz ( $\alpha = 0,00$ ). De variabele 'angst en depressie' beïnvloedt positief het gebruik van de aggz en had de hoogste odds-ratio (OR = 2,949). De invloed van 'de gevolgen van emotionele problemen' was ook positief voor de afhankelijke variabele. Echter de variabele psychische gezondheid heeft een negatieve invloed op het gebruik van de aggz, d.w.z. hoe beter de psychische gezondheid hoe geringer het gebruik van de aggz. Daarnaast blijkt uit model 2 dat geslacht niet van invloed is op het gebruik van de aggz en dat leeftijd wel van invloed is op het gebruik van de aggz. Deze invloed is vooral terug te zien in de leeftijdsklasse 1 '18 t/m 34' en de leeftijdsklasse 2 '35 t/m 54', die beide een verhoogd gebruik laten zien ten opzichte van de ouderen (55 jaar en ouder). De variabele inkomen in model 3 was van positief gerelateerd aan het gebruik van de aggz (OR=1,041). In model 4 laat de toevoeging van de variabele etniciteit aan model 3 zien dat bij twee etnische groepen (Turken en Marokkanen) het gebruik van de aggz lager is dan verwacht mag worden gezien hun behoefte. Bovendien blijkt uit model 5 dat de variabele opleidingsniveau van positief gerelateerd is aan het gebruik van de aggz.

Uit model 6 en model 7 kan er geconcludeerd worden dat de variabelen 'het krijgen van thuiszorg bij ziektes' en 'hulp krijgen van naaste omgeving' van positief gerelateerd zijn aan het gebruik van de aggz, d.w.z. ze dragen bij tot een verhoogd gebruik van de aggz. De odds-ratio van de variabelen het krijgen van thuiszorg bij ziektes was gelijk aan

1,408 en de odds- ratio van de variabele 'hulp krijgen van naaste omgeving' was gelijk aan 1,318. De variabele 'geloof in natuur en goddelijke krachten' in model 8 beïnvloedt het gebruik van de aggz negatief. Uit het laatste model (9) kan geconcludeerd worden dat taalbeheersing een positieve invloed heeft op het gebruik van de aggz.

	Model 1 OR	Model 2 OR	Model 3 OR	Model 4 OR	Model 5 OR	Model 6 OR	Model 7 OR	Model 8 OR	Model 9 OR
psychische gezondheid	<b>0,952</b>	<b>0,949</b>	<b>0,941</b>	<b>0,941</b>	<b>0,937</b>	<b>0,943</b>	<b>0,945</b>	n.s	<b>0,965</b>
Gevolgen van emotionele problemen	<b>1,213</b>	<b>1,199</b>	<b>1,213</b>	<b>1,213</b>	<b>1,205</b>	<b>1,187</b>	<b>1,185</b>	<b>1,209</b>	n.s
Angst en depressie	<b>2,949</b>	<b>2,809</b>	<b>2,779</b>	<b>2,779</b>	<b>2,834</b>	<b>2,806</b>	<b>2,783</b>	<b>3,273</b>	<b>3,149</b>
Leeftijdsklasse									
18t /m 34		<b>2,937</b>	<b>3,133</b>	<b>3,133</b>	<b>2,518</b>	<b>3,397</b>		<b>3,673</b>	<b>2,861</b>
Leeftijdsklasse									
35t /m 54		<b>2,804</b>	<b>2,795</b>	<b>2,795</b>	<b>2,403</b>	<b>3,1</b>		<b>3,583</b>	<b>3,273</b>
geslacht		n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
inkomen			<b>1,041</b>	n.s	n.s	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t
Marokkanen				<b>0,5</b>	<b>0,629</b>	<b>0,473</b>	<b>0,467</b>	n.s	n.s
Turken				<b>0,575</b>	n.s	<b>0,572</b>	<b>0,581</b>	n.s	n.s
Antillianen				n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Surinamers				n.s	n.s		n.s		
Opleidingsniveau					<b>1,149</b>	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t
Het krijgen van thuiszorg						<b>1,408</b>	n.s	n.s	n.s
Hulp krijgen van naaste omgeving							<b>1,318</b>	<b>2,46</b>	<b>2,498</b>
Geloof in nature en goddelijke krachten								<b>0,803</b>	<b>0,81</b>
Taalbeheersing									<b>1,097</b>

Tabel 3: Uitkomsten (Odds Ratio's) van verschillende logistische regressie modellen met als afhankelijke variabele gebruik van de aggz.

Noot: n.s.=niet significant; n.v.t=niet van toepassing; niet in model opgenomen.

## 5.2 Discussie

Dit onderzoek toetst of er verschillen zijn in het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg door Marokkanen, Turken, Surinamers en Antillianen in vergelijking met Nederlanders. Indien ja hoe zijn de mogelijke verschillen te verklaren. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat er significant verschillen zijn in het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg door deze etnische groepen en Nederlanders. Allochtonen hebben meer gebruik gemaakt van de aggz dan Nederlanders, vooral Turken en Marokkanen. Er blijkt uit de resultaten dat behoeftevariabele en de neigingvariabelen tot gebruik van de aggz zoals psychische gezondheid en socio-demografische factoren, het gebruik van de aggz onder allochtonen voorspellen. Deze bevindingen komen overeen met de conclusies van Kamperman en al (Kamperman e.a., 2007). Er komt naar boven dat de gevolgen van emotionele problemen, angst en depressie, de kans verhogen om gebruik te maken van de aggz. Echter een goede psychische gezondheid verlaagt de kans om gebruik te maken van de aggz. Gevolgen van emotionele problemen komen vooral onder Turken en het hoogste percentage van angst en depressie zien we onder Surinamers. De behoeftevariabelen scoorden hoger onder allochtone groepen in vergelijking tot autochtone Nederlanders.

Bovendien blijkt uit de resultaten dat geslacht geen invloed heeft op het gebruik van de aggz. De resultaten laten ook zien dat de leeftijdsklassen 1 '18t/m 34' en 2 '35 t/m 54' een verhoogde kans hebben om gebruik te maken van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Dit bevestigt wat wordt verondersteld in het conceptueel model dat allochtone jongeren meer gebruik zullen maken van de aggz dan allochtone ouderen. In de leeftijdscategorie 1 '18t/m 34' zitten meer Turkse en Marokkaanse jongeren in vergelijking met Surinamers, Antillianen en Nederlanders. Daarnaast vormen Turken het hoogste percentage in de leeftijdscategorie 2. Nederlanders hadden het laagste percentage in beide leeftijdscategorieën. Dit betekent dat de kans dat jongeren meer gebruik zullen maken van de ambulante geestelijke gezondheidszorg groot is vooral onder allochtonen. Belangrijk is dat het aantal ouderen in de leeftijdscategorie 3 gering was. Het aantal ouderen was het hoogste onder Nederlanders. .

Ook wordt er geconstateerd dat opleidingsniveau en inkomen de kans verhogen om gebruik te maken van de aggz onder allochtonen. Dit bevestigt de bevindingen van



Knipscheer e.a. (2005). In dit onderzoek waren het percentage van de hoogste inkomenscategorie en het percentage van het hoogste opleidingsniveau, hoog onder Nederlanders in vergelijking met allochtonen en ze waren vooral laag onder Marokkanen. Daarnaast laat dit onderzoek zien dat een niet-Nederlandse herkomst het gebruik van de aggz verlaagt in vergelijking met Nederlanders. Dit bevestigt de veronderstelling in het conceptueel model dat etniciteit uiteindelijk het gebruik van de aggz onder allochtonen kan beïnvloeden.

Voor de neigingvariabelen bedragen hulp krijgen van naaste omgeving en thuiszorg krijgen positief aan het gebruik maken van de aggz. Het percentage van deze variabelen was vooral onder Nederlanders hoog. Echter het verschil in 'het krijgen van hulp van naaste omgeving' tussen allochtonen en autochtonen, en tussen allochtonen onderling was niet groot. Er wordt geconstateerd dat deze variabele, de kans om gebruik te maken van de aggz, verhoogt. Dit was ook al eerder bevestigd door de bevindingen van Kamperman e.a. (2001). Daarnaast wordt er geconcludeerd dat het variabele 'geloof in goddelijke en natuurkrachten' onder allochtonen, het gebruik van de aggz verlaagt .

In de volgende paragraaf worden de hypothesen getoetst.

### 5.3 Hypothesen

#### **Hypothese 1**

Allochtonen hebben meer psychische klachten dan autochtonen.

Uit de resultaten van tabel 2 bleek dat allochtonen meer psychische klachten hebben in vergelijking met autochtonen. Hypothese 1 wordt bevestigd door de gegevens.

#### **Hypothese 2**

Allochtonen zullen meer gebruik maken van de spirituele en religieuze genezers uit hun omgeving in vergelijking tot autochtonen.

In dit onderzoek is de invloed van 'hulp krijgen van spirituele en religieuze genezers' niet onderzocht. De reden hiervoor is dat de betreffende informatie was niet beschikbaar in de dataset van de autochtone groep. Daardoor wordt hypothese 2 niet verder getoetst.

### **Hypothese 3**

Allochtonen die Nederlands goed beheersen, zullen meer gebruik maken van de aggz dan allochtonen die Nederlands slecht beheersen.

In dit onderzoek laten de resultaten van de logistische regressie (model 9) zien dat de taalbeheersing, de kans van het gebruik maken van de aggz verhoogt. Deze hypothese wordt dus bevestigd door de gegevens.

### **Hypothese 4**

Sociaal Economische status: Laag opgeleide allochtonen maken minder gebruik van de geestelijke gezondheidszorg dan laag opgeleide autochtonen.

De resultaten van model 5 laten zien dat opleidingsniveau een significant positieve invloed hebben op het gebruik van de aggz. Hypothese 4 wordt dus bevestigd.

### **Hypothese 5**

Allochtonen die sociale hulp krijgen, maken minder gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Er kan geconcludeerd worden uit de resultaten van de logistische regressie van model 7 dat het krijgen van speciale hulp van naaste omgeving de kans om gebruik te maken van de aggz verhoogt. Hypothese 5 wordt dus verworpen.

## **5.4 Beperkingen van dit onderzoek**

Naar mijn inziens zijn de gebruikte variabelen in de tweede nationaal studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijken goed geoperationaliseerd. Ook in dit onderzoek zijn de begrippen uit het conceptuele model goed geoperationaliseerd met uitzondering

van de variabele 'sociaal economisch status' en de variabele 'hulp krijgen van naaste omgeving'. De sociaal economisch status wordt meestal geoperationaliseerd met 3 onderwerpen: opleiding, beroep en inkomen. In dit onderzoek wordt uitsluitend gekeken naar opleidingsniveau en inkomenscategorieën. Daarnaast gingen de vragen over hulp krijgen van naaste omgeving bij ziekten niet alleen over de geestelijke ziektes in de tweede nationale studie maar ook over somatische ziektes. Ook wordt er niet aangegeven wat voor soort hulp hebben patiënten bij ziektes van hun omgeving gekregen. Dit kan misschien verklaren waarom hypothese 2 over sociale hulp krijgen van naaste omgeving bij ziektes is verworpen. Er was ook geen rekening gehouden met de interactie- effecten bij de verschillende modellen van regressie analyses. Daardoor wordt ook de interne validiteit in dit onderzoek niet 100% gegarandeerd.

Echter de externe betrouwbaarheid van dit onderzoek is hoog. In hoofdstuk methoden is duidelijk aangegeven hoe de gegevens verzameld zijn en hoe de variabelen geoperationaliseerd zijn zodat het onderzoek herhaalbaar is voor andere onderzoekers. Er wordt ook verwacht dat het onderzoek generaliseerbaar kan zijn voor grootschalige populatie.

## **5.5 Verder onderzoek**

In dit onderzoek zijn niet alle mogelijke verklaringen voor het verschil in gebruik van de aggz tussen allochtonen en autochtonen onderzocht. De redenen hiervan is dat sommige variabelen ontbreken bij de referentie groep. Ook kunnen niet alle mogelijke verklaringen in het kader van een Bachelorscriptie onderzocht worden, gezien de beperkte hoeveel tijd die hiervoor beschikbaar is. De resultaten van dit onderzoek zullen interessant zijn voor verder onderzoek naar de invloed van de mogelijke verklaringen die bij dit onderzoek ontbreken. Voorbeelden hiervan zijn de invloed van acculturatie op het gebruik van de aggz en het effect van religieuze genezers.

## Literatuurlijst

2003. Allochtonen sterk ondervertegenwoordigd bij Jeugd-RIAGG [Internet] Mikado, [aangehaald 14-03-07 ] bereikbaar op [http://www.mikado-ggz.nl/artikel.php?artikel\\_id=58](http://www.mikado-ggz.nl/artikel.php?artikel_id=58)

2007. CBS [Internet] , [aangehaald 14-06-07 ] bereikbaar op <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief>

Andersen.R.M.1995. Revisiting the Behavioral Model an de Access to Medical Care: Does it Matter?. *In: Journal of health and social behavior* vol 36 No1: 1-10.

Boot, J.M. & M.H.J.M. Knapen. 2001. *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.

Dieperink. C & R. Van Dijk.& A. Wierdsma (2002). *GGZ voor allochtonen. Ontwikkelingen in het zorggebruik in de regio Rotterdam, 1990- 1998*. In: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 57. pp: 87-97.

Isaac. M. & A.Janca & J.Orley 1996. Somatisation- acultuur- bound or universalsyndrome?. *In: Journal of Mental Health* 5: 219-222.

Kamperman.A.M & I.H.Komproe & J.T.V.M.De Jong 2003.Verklaring voor verschillen in psychiatrische stoornissen in een onderzoek onder migranten. *In:Tijdschrift voor psychiatrie* 45: 315-326.

Kamperman.A.M & I.H.Komproe & J.T.V.M.De Jong 2005.Psychische gezondheidstoestand van migranten: discrepantie tussen psychiatrische stoornissen en ervaren klachten en beperkingen. *In: Tijdschrift voor psychiatrie* 47:761-769.

Kampermaan A.M, Komproe,I,H, & de Jong, J,T,V,M. (2001).*De identificatie van knelpunten in de GGZ- hulpverlening an migranten: De rol van sociaal- demografische en culturele variabelen op zorgconsumptie en hulpzoekgedrag bij psychische problemen*.Amsterdam. Transcultural Psychosocial Organisation and zorgOnderzoek Nederland.

Kampermaan A.M & I.H Komproe & J.T.V.M. de jong. Migrant Mental health : A model for Indicators of Mental health and Health Care Consumption. 2007. *In: Health psychology* .vol 26,

1: 96-101.

Knipscheer.J.W & R.J.Kleber.2005.Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van gezondheid. *In: Tijdschrift voor psychiatrie* 47: 753-758.

Linden MW van der & Westert GP, Bakker DH de & Schellevis F. 2004. klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk.Utrecht, Bilthoven:NIVEL, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Mackenbach, J.P. & P.J. van der Maas (red.) 1999. *Volksgezondheids en gezondheidszorg*. 2e druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Schellevis F.G & G.P. Westert & D.H. de Bakker & P.P. Groenewegen .2003. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk Vraagstellingen en methoden.

Schrier.A.C & J.R.Theunissen&P.T.Kempe &A.T.F.Beekman 2005 . Migranten in de ambulante ggz maken een inhaalslag. *In: Tijdschrift voor psychiatrie* 47:771-777.

Struijs.A & H.J. Wennink 2000. *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht/ Zoetermeer: Trimbos- instituut en de raad voor volksgezondheid en zorg.

Stronks. K 1999. *Migratie, acculturatie en gezondheid: een overzicht van de belangrijkste schema's*. Paper onderzoeksprogramma 'Cultuur en Gezondheid'.Den Haag:NWO/ZON.

Scheppers E & E.Dongen van & J. Dekker & J.Gertzen & Dekker J. 2006.Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: review. *Fam Pract*.

Uiters, E. 2006.Doctoraalscriptie ( volledige bron nog niet beschikbaar).