

Contact met de jeugd-ggz is een zaak van culturele én sociaaleconomische verschillen

A. I. WIERDSMA, A. M. KAMPERMAN

ACHTERGROND In Nederland is de toegang tot de ggz niet voor alle etnische groepen gelijk. Ook in de kinder- en jeugdpsychiatrie is ondergebruik door jongeren van niet-Nederlandse herkomst gevonden.

DOEL Onderzoeken in hoeverre verschillen in het gebruik van de jeugd-ggz gerelateerd zijn aan etnisch-culturele factoren en sociaaleconomische positie.

METHODE Met gegevens van het Rotterdamse Psychiatrisch Casusregister berekenden wij incidentie-relatieve risico's voor verschillende etnische groepen en inkomensniveaus. In poissonregressieanalyses werd rekening gehouden met verschillen in de bevolkingssamenstelling naar leeftijd en geslacht.

RESULTATEN Ten opzichte van de autochtone Nederlanders kwamen alle etnische groepen minder in zorg, maar onafhankelijk van etniciteit was er ook een effect van het niveau van inkomen. Voor de autochtone bevolking gold dat de instroom van patiënten hoger is in de lagere inkomenscategorieën.

CONCLUSIE Zowel etnische als sociaal-culturele verschillen spelen een rol in de toegang tot de jeugd-ggz.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)11, 857-863]

TREFWOORDEN etniciteit, jeugd-ggz, sociaaleconomische positie

De toegang tot de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is in Nederland niet voor alle etnische groepen gelijk. Ook al lijkt er sinds enige jaren sprake van een inhaalslag, nog altijd is in vergelijking tot de autochtone Nederlanders het gebruik van de ggz lager, vooral onder Surinamers, Antillianen en Marokkaanse vrouwen (Dieperink e.a. 2007). Beperkt ggz-gebruik hangt samen met kenmerken en omstandigheden die mensen extra kwetsbaar maken, factoren die mensen beletten om van de hulpverlening gebruik te maken, de ernst van gezondheidsproblemen of de perceptie van de zorgbehoefte, maar ook met de kennis en kunde van de poortwachters van de gezondheidszorg (Stiffman e.a. 2004).

Etnische en sociaaleconomische kenmerken verhogen de kans op psychische problemen (Reijneveld e.a. 2005; Verhulst & van der Ende 1997), beperken de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de zorg, ze beperken vaak ook het ziekteinzicht en gaan samen met attitudes die de motivatie tot behandeling negatief beïnvloeden (Zwaanswijk e.a. 2005).

Veel onderzoek is echter gebaseerd op zelfbeoordelingslijsten, zodat het zorggebruik niet objectief is vastgesteld en ook de organisatie van de zorg en verwijsstromen buiten beeld blijven. Door de samenhang van etnische en sociaaleconomische factoren is het bovendien moeilijk daarin een onderscheid te maken dat richting geeft aan mogelijke interventies.

Ook in de kinder- en jeugd psychiatrie zijn etnische verschillen in zorggebruik te verwachten. De vraag of de onderconsumptie van de ggz door jongeren van niet-Nederlandse herkomst is gerelateerd aan etnische of sociaaleconomische verschillen, werd door Boon e.a. (2010) onderzocht voor de Haagse jeugd-ggz. Op basis van wijkgegevens analyseerden zij de samenhang tussen het percentage autochtonen, het gemiddelde inkomen en het percentage behandelde jongeren. De conclusie van deze auteurs luidt dat de onderconsumptie van de jeugd-ggz een etnisch-cultureel probleem is en geen armoedeprobleem, zodat oplossingen vooral moeten worden gezocht in maatregelen die de cultuurkloof overbruggen tussen hulpverlening en patiënten.

In een commentaar in hetzelfde tijdschriftnummer noemde Veling (2010) enkele bezwaren tegen onderzoek op buurt- of wijkniveau in het algemeen. Ook gaf hij problemen aan bij de interpretatie van de Haagse uitkomsten in het bijzonder. Ten eerste kunnen samenhangen op wijkniveau een vertekend beeld geven van de relatie etniciteit, inkomen en zorggebruik op patiëntniveau (de ecologische fout). Ten tweede zijn correlaties berekend, maar een niet-significante uitkomst voor inkomen en zorggebruik sluit niet uit dat er een non-lineair verband bestaat waarbij lagere en hogere inkomenscategorieën ondergebruik laten zien. Ten derde zijn alle niet-Nederlanders, inclusief inwoners uit Europese en overige westerse landen, in één categorie samengenomen, waardoor etnische verschillen moeilijk te duiden zijn. Daaraan kunnen we nog toevoegen dat het aantal behandelde patiënten in Den Haag is geteld, terwijl prevalentiecijfers mogelijk zijn vertekend door uitvallers of selectiebias van langdurig zorgafhankelijke patiënten. En zoals Boon e.a. zelf ook aangeven, hebben hun uitkomsten betrekking op één ambulante zorginstelling binnen één regio.

Om aan deze bezwaren tegemoet te komen, berekenden wij op basis van de registratiegegevens van alle jeugd-ggz-instellingen in Rotterdam de incidentierisico's of incidentie-relatieve

risico's (IRR's) voor etnische groepen en naar sociaaleconomische verschillen. De maat IRR is vergelijkbaar met de oddsratio.

METHODE

Het Centrum Onderzoek en Statistiek (COS) in Rotterdam leverde informatie over de bevolkingsamenstelling per buurt naar etniciteit, leeftijd, en geslacht. Etniciteit werd geoperationaliseerd als geboorteland van de persoon zelf of één van de ouders (tweede generatie). In totaal telde Rotterdam in de onderzoeksperiode ruim 130.000 inwoners in de leeftijd van 0-18 jaar. Van hen was ongeveer 38% autochtoon en behoorde 42% tot een van de doelgroepen van het minderhedenbeleid: Surinamers 12%, Antillianen 6%, Marokkanen 11%, en Turken 13%. Ongeveer 20% werd gerekend tot de categorie 'overig', waaronder Europese en andere westerse landen. Ruim een derde deel (38%) van de etnische minderheden behoorde tot de tweede generatie (ISEO & COS 2001).

Contact met de jeugd-ggz werd vastgesteld met gegevens van het Psychiatrisch Casusregister Rotterdam-Rijnmond (Wierdsma & Dieperink 1995). Een casusregister omvat alle ggz-contacten van patiënten uit een omschreven geografisch gebied en koppelt deze informatie longitudinaal per patiënt zodat dubbelstellingen worden voorkomen. In het Rotterdamse register participeren alle instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en ook worden de gegevens verzameld van de contacten van jongeren met algemene ggz-voorzieningen, inclusief de verslavingszorg en acute diensten.

In de voorbereidingen van een breder opgezet registeronderzoek naar etnische verschillen in de jeugd-ggz konden wij gebruikmaken van een databestand over 2001-2003. In deze periode werden 6906 patiënten geïdentificeerd in de leeftijdscategorie 0-18 jaar bij het eerste ggz-contact. Van 6% ontbraken gegevens over het geboorteland en van 16% van de resterende patiënten kon de etnische herkomst alleen worden bepaald op basis van het geboorteland van de persoon zelf. Van de

allochtone patiënten werd 57% gerekend tot de tweede generatie migranten. De geselecteerde onderzoeksgroep telde 6468 patiënten in de leeftijd van 0-18 jaar, wonend in Rotterdam.

Wij berekenden incidenties waarbij 'nieuwe patiënt' is geoperationaliseerd als niet-in-zorg-geweest twee jaar voorafgaand aan het eerste ggz-contact in de onderzoeksperiode ($n = 3820$). De relatieve risico's werden berekend naar geslacht, leeftijdscategorieën (0-4-, 5-12- en 13-18-jarigen) en inkomen. Op patiëntniveau ontbrak sociaaleconomische informatie, zodat als referentie werd gekozen voor het gemiddeld besteedbaar huishouden-inkomen per buurt in 2002 volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek.

Ook onderzochten wij of er verschillen zijn in Noord- en Zuid-Rotterdam, omdat de samenhang van verschillende zorgsectoren een rol kan spelen in de correlatie van etniciteit, sociaaleconomische positie en toegang tot de jeugd-ggz.

Met de registratiegegevens en bevolkingsaantallen berekenden wij jaarprevalenties en aantallen patiënten nieuw in zorg per 1000 persoonsjaren. De ongecorrigeerde incidenties werden ook per buurt berekend voor in totaal 71 Rotterdamse buurten, waarbij postcodegebieden met minder dan 300 jongeren buiten beschouwing werden gelaten (voornamelijk havengebieden en industrieterreinen). In de resterende buurten woonde 98% van de Rotterdamse jeugd (0-18 jaar).

Voor een vergelijking met de cijfers van Boon e.a. (2010) berekenden wij eerst op buurtniveau de correlaties van etniciteit, inkomen en zorggebruik. Vervolgens schatten wij de relatieve risico's met poissonregressieanalyses (*generalized linear models* van IBM SPSS 17.0).

RESULTATEN

Jaarprevalentie en -incidentie

Op jaarbasis werden in de Rotterdamse jeugd-ggz in de periode 2001-2003 rond 3400 patiënten gezien. Dat bracht de jaarprevalentie op ongeveer 26 per 1000 inwoners in de leeftijd van

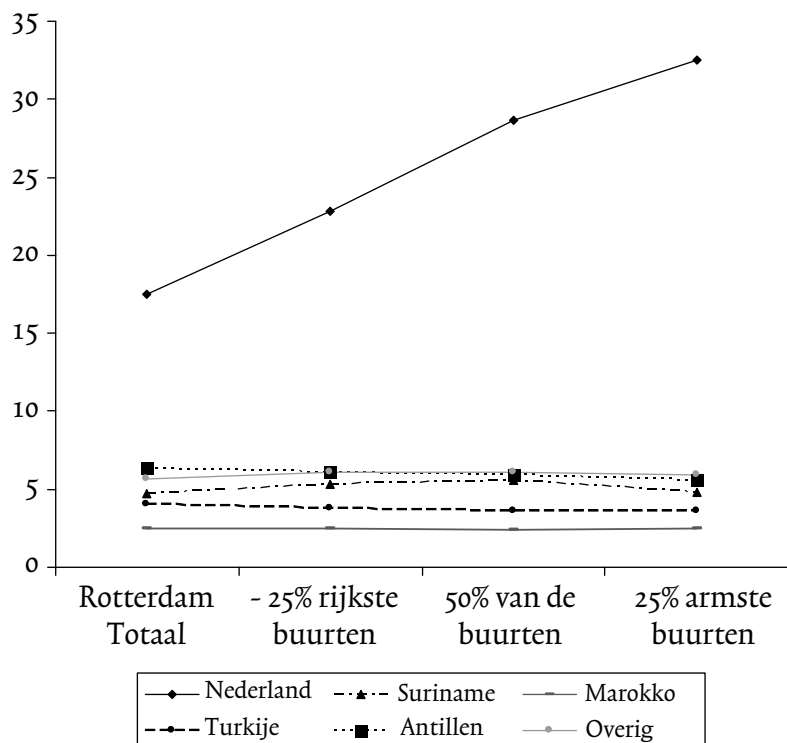
0-18 jaar, wat overeenkwam met de schatting van het landelijke cijfer; de incidentie gerekend over een periode van 3 jaar kwam uit op bijna 10 patiënten per 1000 persoonsjaren, iets onder de landelijke incidentie (Sytema e.a. 2006). Het aantal nieuwe patiënten in zorg onder de autochtone bevolking in Rotterdam was met 17,5 per 1000 persoonsjaren duidelijk hoger dan het incidentiecijfer voor migrantengroepen, variërend van 2,5 voor het Marokkaanse bevolkingsdeel tot 6,4 voor de Antillianen.

Zorggebruik op buurtniveau

In Den Haag vonden Boon e.a. (2010) een duidelijke samenhang tussen het percentage autochtonen en zorggebruik, maar niet tussen inkomen en zorggebruik. In Rotterdam vonden wij op buurtniveau geen lineair verband tussen incidentie in de jeugd-ggz en percentage autochtonen ($r = 0,18$; $p = 0,170$) of inkomensniveau ($r = -0,15$; $p = 0,265$). Wanneer we echter de rijkste buurten buiten beschouwing lieten (de wijken met voornamelijk autochtonen), was er wel een sterk verband tussen inkomen en ggz-gebruik naar etniciteit. Migrantten woonden overwegend in de zogenoemde achterstandsgebieden, waardoor er te weinig variatie was voor een statistische samenhang ($r = 0,11$; $p = 0,467$). Maar voor de autochtone bevolking gold dat de instroom van patiënten in de jeugd-ggz hoger was in de armere buurten ($r = -0,68$; $p = 0,000$).

In figuur 1 is deze samenhang tussen etniciteit, inkomen en zorggebruik weergegeven voor verschillende selecties van buurten naar inkomensniveau. Na selectie van de 75, 50 en 25% van de sociaaleconomisch minst sterke buurten, nam het verschil in incidentie tussen Nederlanders en etnische minderheden tot ongeveer een factor 6 toe. Echter, selectie op buurtniveau hield in dat de uitkomsten betrekking hadden op een steeds kleiner deel van de onderzoeksgroep. Daarom onderzochten we de samenhang tussen etniciteit, inkomen en zorggebruik ook op basis van de relatieve risico's gecorrigeerd voor geslacht en leeftijd.

FIGUUR 1 Incidentie in de jeugd-ggz naar etniciteit en inkomen op buurtniveau, patiënten in de leeftijd van 0-18 jaar, Rotterdam 2001-2003



TABEL 1 Relatieve risico's van incidentie in de jeugd-ggz (IRR) naar etniciteit en inkomen, patiënten in de leeftijd van 0 tot 18 jaar, Rotterdam 2001-2003*

	Coëfficiënt****	IRR	95%-BI	p-waarde
Intercept	-4,429			
Etniciteit**				
Surinaams	-1,543	0,21	0,18-0,25	0,000
Antilliaans	-1,088	0,34	0,28-0,41	0,000
Turks	-1,421	0,24	0,20-0,29	0,000
Marokkaans	-2,078	0,12	0,09-0,17	0,000
Overig	-1,279	0,27	0,25-0,31	0,000
Inkomen***	-0,064	0,94	0,93-0,95	0,000
Etniciteit x inkomen**				
Surinaams	-0,007	0,99	0,95-1,04	0,759
Antilliaans	0,065	1,07	1,01-1,12	0,013
Turks	0,117	1,12	1,07-1,18	0,000
Marokkaans	0,042	1,04	0,96-1,13	0,309
Overig	0,014	1,01	0,99-1,04	0,314

*Gecorrigeerd voor geslacht (coëfficiënt voor meisjes -0,250) en leeftijd (5-12 jaar 0,768; 13-18 jaar 0,709).

**Referentiecategorie: autochtonen.

***Gecentreerd op gemiddeld inkomen.

****Model I (etniciteit, leeftijd en geslacht): Akaike's information criterion (AIC) = 50,518; model II (+ inkomen): AIC = 50,252; model III (+ interactieterm): AIC = 50,238.

Relatieve risico's

Tabel 1 toont de samenhang van de IRR's in de jeugd-ggz naar etniciteit en inkomen. Ten opzichte van de Nederlanders kwamen etnische groepen minder in zorg, maar onafhankelijk van de verschillen naar etniciteit was er ook een effect van inkomensniveau. Naarmate het inkomen meer onder het gemiddelde lag, kwamen meer mensen in zorg bij de jeugd-ggz. Het interactie-effect van etniciteit en inkomen betekent dat het verschil in zorggebruik tussen Nederlanders en in het bijzonder de Turkse en Antilliaanse bevolkingsgroepen groter was voor de lagere inkomens. Overeenkomstige resultaten werden gevonden wanneer we rekening hielden met de clustering van patiënten in buurten en met de verdeling in de deelgebieden Rotterdam-Noord en -Zuid.

DISCUSSIE

De onderzoeksresultaten geven aan dat zowel etniciteit als sociaaleconomische positie bijdraagt aan verschillen in het aantal nieuwe patiënten in de jeugd-ggz. De verschillen in zorgconsumptie tussen autochtone Nederlanders en jongeren van niet-Nederlandse herkomst zijn groot, maar ook het hoge zorggebruik van autochtonen in de lagere inkomenscategorie is opvallend. In een vervolgstudie met meerdere registers kunnen hierop aansluitende vragen aan bod komen over problematiek van de twee generatie allochtonen en regionale verschillen in eenmalige contacten en zorgcontinuïteit.

In de verklaring van incidentieverschillen in de jeugd-ggz komen cultuurspecifieke factoren in beeld die een rol spelen in het ziektebesef of vertrouwen in de effectiviteit van de behandeling. Echter, het lage zorggebruik door de allochtone bevolking suggereert dat ook algemenere verklaringen moeten worden gezocht (Kamperman e.a. 2007). Mogelijk is de zorgtoeleiding vanuit de eerstelijnsvoorzieningen een bepalende factor. Het relatief grote aandeel van de tweede generatie migranten in onze onderzoeksgroep (57 tegenover

38% in de Rotterdamse bevolking) zou kunnen betekenen dat vroegsignalering van psychische problemen via lagere en middelbare scholen bijdraagt aan de instroom van migrantenjongeren in de jeugd-ggz.

In de afgelopen decennia is het gebruik van de ggz sterk toegenomen vooral door de uitbreiding van de ambulante hulpverlening. Met deze stijgende zorgconsumptie is de samenhang van sociaaleconomische kenmerken en het gebruik van de jeugd-ggz omgeslagen. Onderzoek in Rotterdam van de incidentie binnen de psychiatrische hulpverlening begin jaren tachtig gaf aan dat in buurten met een sterkere sociaaleconomische positie vaker gebruik wordt gemaakt van de ambulante zorg en in de zwakkere buurten meer een beroep wordt gedaan op de residentiële voorzieningen (Deboutte 1989). Uit onze resultaten blijkt echter dat de toestroom naar de ambulante jeugd-ggz vooral hoog is onder autochtonen in groepen met lagere inkomens. Een deel van het relatieve ondergebruik van de jeugd-ggz door allochtonen is wellicht een zaak van overdiagnosticeren in de autochtone bevolking. 'Kinderen moeten pilletjes slikken omdat hun omgeving niet adequaat handelt', waarschuwde hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie Frits Boer in een interview met *De Volkskrant* (7 november 2009).

CONCLUSIE

Het ligt voor de hand om bij etnische verschillen in de toegang tot de hulpverlening te denken aan maatregelen die de cultuurkloof moeten overbruggen tussen jeugd-ggz en de mensen die nu geen behandeling krijgen. De aandacht moet echter niet alleen uitgaan naar culturele verschillen, maar ook naar sociaaleconomische factoren die het zorggebruik van de autochtone bevolking opdrijven.

LITERATUUR

- Boon AE, de Haan AM, de Boer SBB. Cliënten Haagse jeugd-ggz geen etnische afspiegeling van de jeugd van de stad; niet door sociaaleconomische status, maar door etnische herkomst. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 653-6.
- Deboutte DJK. Jeugd en hulp. Een psychiatrisch-epidemiologische verkenning. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1989.
- Dieperink CJ, van Dijk RCJ, de Vries SC. Allochtonen in de GGZ 1990-2004: groei en diversiteit. *MGv* 2007; 62: 710-20.
- ISEO & COS. Minderhedenmonitor 2000. Etnische minderheden in Rotterdam. Rotterdam, 2001.
- Kamperman AM, Komproe IH, de Jong JTVM. Migrant Mental Health. A model for indicators of mental health and health care consumption in migrants. *Health Psychol* 2007; 26: 96-104.
- Reijneveld SA, Harland P, Brugman E, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. Psychosocial problems among immigrant and non-immigrant children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005; 14: 145-52.
- Stiffman AR, Pescosolido B, Cabassa LJ. Building a model to understand youth service access: the gateway provider model. *Ment Health Serv Res* 2004; 6: 189-98.
- Sytma S, Gunther N, Reelick F, Drukker M, Pijl B, van 't Land H. Verkenningen in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Een bijdrage uit de Psychiatrische Casusregisters Rijnmond, Zuid-Limburg en Noord-Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut; 2006.
- Veling W. Ondergebruik van ggz door jeugd van niet-Nederlandse herkomst; voorbij een statistisch verband. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 659-61.
- Verhulst FC, van der Ende J. Factors associated with child mental health service use in the community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 901-9.
- Wierdsma AI, Dieperink CJ. Regionale ggz-informatie: het psychiatrisch casusregister Rotterdam e.o.. *Nederlands Tijdschrift voor Medische Administratie* 1995; 24: 120-4.
- Zwaanswijk M, van der Ende J, Verhaak PFM. Help-seeking for child psychopathology: Pathways to informal and professional services in the Netherlands. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44: 1292-300.

AUTEURS

ANDRÉ WIERDSMA is socioloog/methodoloog en universitair docent, Afdeling Psychiatrie, Erasmus MC, Rotterdam.

ASTRID KAMPERMAN is psycholoog en senior onderzoeker, O3 Onderzoekcentrum ggz Rijnmond, afdeling Psychiatrie, Erasmus MC, Rotterdam.

Correspondentieadres: dr. André Wierdsma, Erasmus MC, afdeling Psychiatrie, O3 Onderzoekcentrum ggz Rijnmond, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

E-mail: a.wierdsma@erasmusmc.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-5-2011.

SUMMARY

Contact with the child and adolescent psychiatric services is determined by cultural and socio-economic differences – A.I. Wierdsma, A.M. Kamperman –

BACKGROUND In the Netherlands access to mental healthcare is not evenly distributed over ethnic groups. Young persons of non-Dutch origin make only limited use of Dutch child and adolescent psychiatric services.

AIM To investigate to what extent differences in the use of child and adolescent psychiatric services are related to ethnic cultural factors or socio-economic position.

METHOD On the basis of data from the Rotterdam psychiatric case register we calculated the incidence-related risks for different ethnic groups and according to income level. Poisson regression analysis enabled us to take into account differences in the composition of the groups according to age and gender.

RESULTS All ethnic groups have less contact than the native population with the psychiatric services, but there is also an effect of income level, irrespective of ethnicity. In the native population the number of persons seeking assistance from the psychiatric services was found to be higher in lower income categories.

CONCLUSION Access to the child and adolescent psychiatric services is influenced by both ethnic and socio-cultural differences.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)11, 857-863]

KEY WORDS child and adolescent psychiatric services, immigrants, socio-economic position