

Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg

J.W. KNIPSCHER, R.J. KLEBER

ACHTERGROND De toenemende culturele variëteit in de Nederlandse bevolking leidt tot hiaten in kennis en inzicht betreffende de aansluiting van de reguliere geestelijke gezondheidszorg op haar veranderende patiëntenpopulatie.

DOEL Om de kennis te vergroten biedt dit artikel een overzicht van eerder gepubliceerde bevindingen over determinanten van gezondheidsproblemen, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en zorgwaardering bij migranten.

METHODE Er werden steekproeven genomen uit de Surinaamse (n = 101), Marokkaanse (n = 51), Turkse (n = 63) en autochtoon Nederlandse (n = 59) ggz-populatie. De gegevens zijn verzameld aan de hand van meervoudige methodologie (semi-gestructureerde interviews en standaard vragenlijsten) en geanalyseerd met behulp van multivariate technieken.

RESULTATEN Wat gezondheidsverschillen betreft blijkt de interculturele variëteit binnen migrantengroepen doorgaans meer uitgesproken dan het verschil tussen migranten en autochtone Nederlanders. Tevens zijn socio-demografische factoren zoals opleidingsniveau en het hebben van betaald werk doorslaggevend voor de verschillen in gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag. Allochtone cliënten hebben wel meer behoefte aan medicijnen dan autochtone patiënten. De tevredenheid met de hulp is behoorlijk, maar een derde (overwegend meer Turken en Marokkanen) is ontevreden.

CONCLUSIE De bevindingen van dit onderzoek ondersteunen de vervlechting van een sociaal-economische achterstandspositie met culturele verschillen als verklaring van gezondheidsproblemen, hulpzoekgedrag en waardering van zorg door allochtonen. De hulpverlening dient op dit cluster van factoren te worden toegesneden.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)11, 753-759]

TREFWOORDEN gezondheid, gezondheidszorg, hulpzoekgedrag, migranten, tevredenheid

De Nederlandse samenleving ziet zich in toenemende mate geconfronteerd met vraagstukken omtrent de geestelijke gezondheidszorg aan migranten (Hosper e.a. 1999; Knipscheer & Kleber 1998; Van Meekeren e.a. 2002). De Raad voor Volksgezondheid en Zorg concludeerde in 2000 dat mi-

granten – in termen van toegankelijkheid en kwaliteit – minder profiteren van het zorgaanbod dan autochtonen (Struijs & Wennink 2000). Enerzijds liggen de oorzaken hiervan aan de kant van de hulpvrager. Migranten en etnische minderheden zouden somatiseren (Isaac e.a. 1996; Limburg-Ok-

ken 1989) en hun hulpzoekgedrag zou gericht zijn op consultatie van het somatisch-medische circuit (voor lichamelijke klachten) en van cultuureigen, traditionele genezers (voor emotionele problemen) (Bhui e.a. 2003; Razali & Najib 2000). Migranten zouden minder geneigd zijn hulp te zoeken in de reguliere ggz (De Jong & Van den Berg 1996) en wanneer zij eenmaal in behandeling zijn, dan willen zij meer dan autochtonen concrete oplossingen voor hun problemen; zij zouden minder geschikt zijn voor inzichtgevend psychotherapie (Fatimilehin & Coleman 1999; Sue & Sue 2003). Anderzijds bestaat twijfel over de competentie van autochtone hulpverleners om migranten adequaat te helpen. 'Etnische matching' binnen de hulpverlener-patiëntrelatie zou meer garantie bieden voor de waardering van de patiënt voor de behandeling (Ponterotto e.a. 2001). Vanwege bovengenoemde factoren zouden migranten en etnische minderheden minder tevreden zijn met de geboden hulpverlening in de reguliere zorg (Parkman e.a. 1997).

Het is echter onduidelijk of de genoemde oorzaken wel zo nadrukkelijk aanwezig zijn. In Nederland staat de interculturele hulpverlening nog in de kinderschoenen (Kortmann 2003) en empirisch onderzoek ontbreekt goeddeels. Nadere aandacht voor culturele diversiteit binnen de patiëntenpopulatie is daarom een vereiste om adequate zorg te kunnen waarborgen.

Om het inzicht in deze materie te vergroten is onderzoek verricht onder migranten in de ggz. Uitgangspunt was een empirische benadering in die zin dat het perspectief van de migranten zelf expliciet centraal staat. Dit artikel geeft een overzicht over de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek, gebaseerd op andere publicaties (Knipscheer 2000; Knipscheer & Kleber 2001; Knipscheer & Kleber 2004a, 2004c, in druk). Een viertal onderzoeksvragen staat centraal: (1) Welke gezondheidsklachten rapporteren migranten als zij zich wenden tot de geestelijke gezondheidszorg?; (2) Welk traject doorlopen migranten alvorens zij de geestelijke gezondheidszorg consulteren?; (3) Wat zijn de hulpbehoeften van allochtone patiënten in

zorg?; (4) Hoe waarden allochtone patiënten de geboden hulpverlening?

METHODE

Patiënten In het onderzoek participeerden 101 Surinaamse, 51 Marokkaanse, 63 Turkse en 59 autochtoon Nederlandse patiënten uit 10 ggz-instellingen. De respons lag tussen de 40 (mediterrane groepen) en 50 procent (Surinaamse en autochtoon Nederlandse patiënten). De steekproeven zijn in socio-demografische zin voldoende representatief.

Procedure en instrumenten De onderzoeksgegevens werden verkregen door middel van standaard vragenlijsten (zoals de gezondheidsklachtenlijst *General Health Questionnaire* (GHQ-28; Koeter & Ormel 1991) en semi-gestructureerde interviews; over hulpzoektraject, hulpbehoeften en patiëntwaardering, gebaseerd op eerdere onderzoeken naar de gezondheid van migranten: zie Mooren & Kleber 1996). Het instrumentarium is getest op cross-culturele validiteit in een vooronderzoek. In die gevallen waar een tolk noodzakelijk was, is zoveel mogelijk gebruikgemaakt van dezelfde tolk binnen een etnische groep. De interviewers waren afkomstig uit diverse etnische groepen.

Statistische analyse De kwantitatieve gegevens zijn univariaat (met behulp van χ^2 -, t- en F-toetsen, en met Pearsons en Spearman's correlatiecoëfficiënten) en multivariaat – directe logistische – en multiële hiërarchische – regressieanalyses – getoetst. Afhankelijke variabelen waren gezondheidsklachten, hulpzoektrajectvariabelen, waardering en etnische matching. De onafhankelijke variabelen waren: culturele achtergrond (Surinaams-creools, Surinaams-Hindoestaans, Marokkaans, Turks, autochtoon Nederlands), sekse, leeftijd, verblijfsduur, opleidingsniveau en bron van inkomsten.

RESULTATEN

Gezondheid In de regressieanalyses met GHQ-scores als afhankelijke variabelen kwamen culturele achtergrond, leeftijd, opleidingsniveau en inkomstenbron als significante voorspellers naar voren. In het bijzonder kampten Hindoe-staanse Surinamers, ouderen, uitkeringsgerechtigden en lager opgeleiden met meer problemen op gezondheidsgebied. Wanneer met open vragen naar de aard van de gezondheidsklachten werd gevraagd, kwam culturele achtergrond als significante voorspeller naar voren. Turken en Marokkanen rapporteerden meer somatische problematiek dan Surinamers en autochtone Nederlanders, die juist meer psychische klachten meldden.

Hulpzoektraject De huisarts was in circa drie kwart van de gevallen het eerste hulpcontact, een vijfde van de Nederlandse respondenten wendde zich evenwel rechtstreeks tot de ggz. Ongeveer een vijfde van de respondenten maakte gebruik van het medische zorgcircuit. Circa tien procent van de migranten had voor de problemen een bonuman, lukuman, fqih of imam geconsulteerd. Een vergelijkbaar percentage autochtoon Nederlandse respondenten bezocht alternatieve of spirituele genezers. De helft van de respondenten vond het geen probleem om hulp te vragen bij de ggz. Ongeveer een derde vond dit echter zeer moeilijk, onder meer vanwege de angst niet serieus genomen te worden, de schaamte over de problemen te praten en het idee dat een psychiater alleen gekken behandelt. Regressieanalyses wezen geen significante voorspellers aan.

Hulpbehoeften De hulpbehoeften betroffen vooral het krijgen van begrip, steun en begeleiding. Op het gebied van concrete hulp en ziekte-inzicht leverden de regressieanalyses significante voorspellers op. Marokkanen wensten vooral een concrete oplossing en Turken hadden behoefte aan inzicht. De hulpvraag betrof, naast het voeren van gesprekken, het (voorgeschreven) krijgen

van medicijnen. Regressieanalyse leverde het opleidingsniveau als voorspeller op, en vooral patiënten met een lagere opleiding wilden medicijnen voorgeschreven krijgen.

Waardering van zorg Regressieanalyses wezen uit dat tevredenheid met de hulpverlening in de ggz verschilt naar gelang de culturele achtergrond. Surinamers waren het meest tevreden, en Turken, Marokkanen en autochtone Nederlanders verschilden onderling niet in tevredenheid. Suggesties voor verbetering richtten zich voornamelijk op het bij de behandeling meer centraal stellen van concrete vormen van hulp, zoals administratieve hulp bij maatschappelijke problemen, en van de sociaal-economische situatie en migratie-ervaringen. Voorts was (maatschappelijke) verbreding van de zorg en een integratie van het zorgaanbod gewenst.

Ongeveer de helft van de allochtone respondenten achtte het belangrijk dat een hulpverlener een gelijke etnische achtergrond heeft. De behoefte is niet bij alle groepen even sterk aanwezig: bijna zeventig procent van de Surinaamse respondenten had behoefte aan een etnisch gelijke hulpverlener, voor minder dan de helft van de Turken was een dergelijke preferentie relevant, terwijl slechts twintig procent van de Marokkanen deze voorkeur uitsprak. Regressieanalyse wees dan ook culturele achtergrond als voorspeller aan. Daarnaast was verblijfsduur een significante voorspeller: bij langer in Nederland wonende respondenten was het belang van etnische matching geringer. De etnische gelijkheid werd vooral geprefereerd wegens de voordelen van gelijke taal bij de communicatie en de behandeling. Voor de andere respondenten echter speelde deskundigheid, professionaliteit, begrip, invoelingsvermogen en sensitiviteit een grotere rol dan etnische gelijkheid. Onder Turkse en Marokkaanse respondenten bestond geen verschil in gerapporteerde tevredenheid met de behandeling tussen wel en niet 'etnisch gematchten'. Gematchte Surinamers meldden wel een hogere tevredenheid dan zij die door een autochtone hulpverlener werden behandeld.

DISCUSSIE

Op basis van de resultaten is te concluderen dat 'de migrant' eenvoudigweg niet bestaat. Er zijn vele groeperingen in Nederland aanwezig met wisselende karakteristieken in historische achtergrond, migratieredenen en sociaal-economische positie. Zo is de vanzelfsprekendheid waarmee wordt aangenomen dat migranten meer psychische gezondheidsproblemen hebben dan de autochtone bevolking niet altijd terecht. De interculturele variëteit binnen de migrantengroepen is doorgaans meer uitgesproken dan het verschil tussen migranten en de autochtoon Nederlandse bevolking. Verschillen binnen een culturele groep zijn soms aanzienlijk, zoals tussen creoolse en Hindoestaanse Surinamers (Knipscheer e.a. 1999) en tussen Ghanese subgroepen (Knipscheer e.a. 2000). De socio-demografische achtergrond (leeftijd, opleidingsniveau en het hebben van betaald werk) is evenzeer doorslaggevend in de verklaring van gezondheidsverschillen. Deze bevinding kan als verrassend worden gezien in verband met de eerder beschreven aannames in de literatuur, maar staat zeker niet alleen (Kamperman e.a. 2003). Bovendien wordt geenszins een volledige afwezigheid van diversiteit gevonden – de diversiteit ligt evenwel aanzienlijk genuanceerder dan wel wordt gesuggereerd. Een vervlechting van een sociaal-economische achterstandspositie met culturele verschillen lijkt de gezondheidssituatie het best te verklaren.

Het idee dat migranten meer last zouden hebben van psychosomatische klachten blijkt evenmin terecht. Ons onderzoek ondergraaft de veel gehoorde notie van somatisering, in het bijzonder bij Surinamers. Turken en Marokkanen benadrukken vanuit henzelf wel meer de somatische kant van hun problematiek. Wanneer de klachten echter systematisch worden nagevraagd (met de GHQ), rapporteren zij niet meer fysieke klachten dan Nederlanders en (creoolse) Surinamers. Interculturele verschillen manifesteren zich meer in uiting dan in aard van gezondheidsklachten: mediterrane migranten rapporteren evenzeer psychi-

sche problemen, alleen is hun uitdrukkingsrepertoire meer somatisch georiënteerd. Autochtone Nederlanders en Surinamers zijn meer 'geproto-professionaliseerd' in de zin dat zij beter weten tot wie zich te wenden voor adequate hulp en hun hulpvraag meer conform het psychologische jargon formuleren.

Het zoeken naar passende hulp door migranten blijkt minder afwijkend van 'het Nederlandse profiel' dan voorondersteld. De consultatie van biomedische zorgcircuits en traditionele, 'cultureleigen' genezers wordt minder frequent gemeld dan werd verwacht en de frequentie verschilt niet tussen migranten en Nederlandse respondenten in onze steekproeven (zie Kiliç e.a. 1994 voor soortgelijke bevindingen).

Hulpbehoeften van migranten blijken eveneens minder afwijkend dan algemeen wel verondersteld. Een belangrijk deel van de allochtone patiënten gaf aan behoefte aan psychologische behandeling en op inzicht gerichte therapie te hebben (zie ook Sterman 1996). Er bestaat tevens behoefte aan concrete adviezen voor het omgaan met problemen – maar dat geldt ook voor veel autochtone Nederlanders. Wel is er sprake van een hogere medicijnwens onder migranten, echter in het bijzonder onder lager opgeleide personen.

De tevredenheid met de genoten hulp is over het algemeen heel behoorlijk. Niettemin geeft bijna een derde aan ontevreden te zijn (overwegend meer Turken en Marokkanen). Suggesties voor verbetering hebben te maken met concrete vormen van hulp, (maatschappelijke) verbreding van de zorg en een integratie van het zorgaanbod. Marokkaanse en Turkse migranten kunnen worden geholpen door autochtoon Nederlandse hulpverleners – een belangrijk deel geeft aan dat etnische gelijkheid in het behandelcontact niet noodzakelijk is. Culturele sensitiviteit en empathie (het kennis hebben van en openstaan voor andere culturen) is cruciaal (zie ook Tseng 1999). In de Surinaamse groep werd echter wel een sterke voorkeur voor etnische matching aangetroffen, ook bestond een positieve relatie hiervan met tevredenheid. Bedacht moet echter worden dat de meeste Suri-

naamse patiënten in behandeling waren bij een Surinaamse hulpverlener, een uitzonderlijke situatie in de reguliere ggz. Dit kan de resultaten hebben beïnvloed.

In dit onderzoek zijn gegevens via een eenvoudige benadering verkregen: standaardinstrumenten zijn aangevuld met interviews voor verdiepend perspectief (zie Knipscheer & Kleber 1999). Zo zijn de cross-culturele en de psychometrische kwaliteit van de GHQ-28 internationaal bevredigend genoemd, maar onderzoeksresultaten met migranten in Nederland geven aanwijzingen dat betrouwbaarheid en validiteit geoptimaliseerd kunnen worden: de lijst biedt een valide maat voor de ernst van geestelijk onwelbevinden op groeps-screeningsniveau maar voor een individuele persoon moeten de scores voorzichtig worden geïnterpreteerd (Knipscheer e.a. 2004). De betrouwbaarheid en validiteit van de zelf geconstrueerde instrumenten is minder goed te beoordelen. De representativiteit van de steekproeven lijkt voldoende maar kan evenmin goed worden beoordeeld, dat hoeft overigens niet altijd een gevaar voor de validiteit van de bevindingen te zijn (Van Loon e.a. 2003).

CONCLUSIE

Geconcludeerd kan worden dat een bepaalde combinatie van culturele en sociaal-economische elementen het risico van de ontwikkeling van gezondheidsproblemen bij migranten verhoogt. Het is precies deze combinatie die extra aandacht van hulpverleners en beleidsmakers vereist. Vele migranten komen 'in de psychiatrie' wanneer problemen escaleren. De ggz dreigt zo het eindstation voor migranten te worden, terwijl zij in veel gevallen beter geholpen hadden kunnen worden door bijvoorbeeld maatschappelijk werk. Het is dan eerder een kwestie van het creëren van een rooskleuriger sociaal-economische situatie. Hiertoe is het gewenst dat een verregaande samenwerking totstandkomt tussen gezondheidszorg en maatschappelijke instanties. Het is evenzeer van belang dat ook de allochtone cliënt verwachtingen en

wensen afstemt op de Nederlandse ggz. Betere voorlichting omtrent wat de ggz kan bieden - en wat niet - is dan ook geboden. De behandeling zelf dient sterk op de leef- en denkwereld van de cliënt toegesneden te zijn (zie voor een uitwerking hiervan Knipscheer & Kleber 2004b). Op deze wijze kunnen migranten baat hebben bij de verschillende behandelvormen in de ggz, mits flexibel en met de nodige creativiteit toegepast. De hulpverlener dient open te staan voor de 'cultuur' van de patiënt in de ruimste zin - of deze cultuur nu etniciteit, leeftijd, sekse of sociaal-economische status betreft.

☞ Wij zijn staf en hulpverleners van de betrokken ggz-instanties (te weten de poliklinieken Oost en Koningshoef van De Meren, de polikliek psychiatrie van het AMC, de RIAGG's Amsterdam Oost, Amsterdam Zuidoost, Stad Utrecht, Amersfoort en omstreken, Arnhem, Westhage Den Haag, en Harderwijk) alsmede alle respondenten zeer erkentelijk voor hun medewerking.

LITERATUUR

- Bhui, K., Stansfeld, S., Hull, S., e.a. (2003). Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 182, 105-116.
- Fatimilehin, I.A., & Coleman, P.G. (1999). 'You've got to have a Chinese chef to cook Chinese food!!' Issues of power and control in the provision of mental health services. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 9, 101-117.
- Hosper, K., Knipscheer, J.W., Kleber, R.J., e.a. (1999). Culturele diversiteit en gelijkheid in de Geestelijke Gezondheidszorg: Cliënten en hulpverleners vergeleken. *De Psycholoog*, 34, 278-284.
- Isaac, M., Janca A., & Orley J. (1996). Somatization - a culture-bound or universal syndrome? *Journal of Mental Health*, 5, 219-222.
- Jong, J.T.V.M. de, & van den Berg, M. (Red.). (1996). *Transculturele psychiatrie en psychotherapie. Handboek voor hulpverlening en beleid*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kamperman, A.M., Komproe, I.H., & de Jong, J.T.V.M. (2003). Verklaringen voor verschillen in psychiatrische stoornissen in een onderzoek onder migranten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 315-326.
- Kiliç, C., Rezaki, M., Üstün, T.B., e.a. (1994). Pathways to psychiatric care in Ankara. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 131-136.

- Knipscheer, J.W. (2000). *Cultural convergence and divergence in mental health care. Empirical studies on mental distress and help-seeking behaviour of Surinamese, Ghanaian, Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands*. Veenendaal: Universal Press.
- Knipscheer, J.W., de Jong, E.E.M., Kleber, R.J., e.a. (2000). Ghanaian migrants in the Netherlands: General health, acculturative stress and use of (mental) health care. *Journal of Community Psychology*, 28, 459-476.
- Knipscheer, J.W., van Klaveren, M.N., Kleber, R.J., e.a. (1999). Surinamers in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een onderzoek naar hulpzoekgedrag en gezondheidsklachten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 54, 591-604.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (1999). Conceptual and methodological issues in mental health research with migrants in the Netherlands. *Gedrag & Gezondheid*, 27, 67-75.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2001). Help seeking attitudes and utilization patterns for mental health problems of Surinamese migrants in the Netherlands. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 28-38.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (in druk). Help seeking behaviour regarding mental health problems of Mediterranean migrants in the Netherlands: Familiarity with care, consultation attitude and utilization of services. *The International Journal of Social Psychiatry*.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2004a). The importance of ethnic similarity in the therapist-patient dyad among Surinamese migrants in Dutch mental health care. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 273-278.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2004b). Een interculturele entree in Altrecht. *Inhoud en resultaat van een interculturele werkwijze bij kortdurende behandeling*. Utrecht: Altrecht.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (1998). Migranten, psychische (on)gezondheid en hulpverlening. *De Psycholoog*, 33, 151-157.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2004c). A need for ethnic similarity in the therapist-patient interaction? Mediterranean migrants in Dutch mental health care. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 543-554.
- Knipscheer, J.W., Kok, H.C.B., & Kleber, R.J. (2004). *Ghanezen en Bosniërs in Nederland: psychische gezondheid, hulpzoekgedrag en kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: ZONMW/Universiteit Utrecht.
- Koeter, M.W.J., & Ormel, J. (1991). *General Health Questionnaire. Nederlandse bewerking en handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kortmann, F.A.M. (2003). *Interculturele geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Een studie naar de 'state of the art' van de transculturele hulpverlening*. Utrecht/Rotterdam: GGZ Nederland/Mikado.
- Limburg-Okken, A. (1989). *Migranten in de psychiatrie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Loon, A.J. van, Tijhuis, M., Picavet, H.S., e.a. (2003). Survey non-response in the Netherlands: effects on prevalence estimates and associations. *Annual Epidemiology*, 13, 105-110.
- Meekeren, E., Limburg-Okken, A., & May, R. (2002). *Culturen binnen psychiatrie-muren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving*. Amsterdam: Boom.
- Mooren, G.T.M., & Kleber, R.J. (1996). *Gezondheid en herinneringen aan de oorlogsjaren van Indische jeugdige oorlogsgetroffenen. Een empirisch onderzoek*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Parkman S., Davies S., Leese M., e.a. (1997). Ethnic differences in satisfaction with mental health services among representative people with psychosis in south London: PRISM study 4. *British Journal of Psychiatry*, 171, 260-264.
- Ponterotto, J.G., Casas, J.M., Suzuki, L.A., e.a. (2001). *Handbook of multicultural counseling*. Thousand Oaks: Sage.
- Razali, S.M., & Najib, M.A. (2000). Help-seeking pathways among Malay psychiatric patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 46, 281-289.
- Sterman, D. (1996). *Een olijfbloom op de ijsberg. Een transcultureel-psychiatrische visie op en behandeling van de problemen van jonge Noord-Afrikanen en hun families*. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders.
- Struijs, A., & Wennink H.J. (2000). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht/Zoetermeer: Trimbos-instituut en de Raad voor Volksgezondheid en Zorg.
- Sue, D.W., & Sue, D. (2003). *Counseling the culturally diverse. Theory and practice* (4de druk). New York: John Wiley & Sons.
- Tseng, W.S. (1999). Culture and psychotherapy: Review and practical guidelines. *Transcultural Psychiatry*, 36, 131-179.

AUTEURS

J.W. KNIPSCHER is psycholoog en docent/onderzoeker op het gebied van interculturalisatie van de geestelijke gezondheidszorg bij de capaciteitsgroep Klinische Psychologie van de Universiteit Utrecht.

R.J. KLEBER is psycholoog en hoofddocent/onderzoeker op het terrein van cultuur en trauma en bijzonder hoogleraar psychotraumatologie bij de capaciteitsgroep Klinische Psychologie van de Universiteit Utrecht, en hoofd onderzoek bij het Instituut voor Psychotrauma te Zaltbommel. Correspondentieadres: dr. J.W. Knipscheer, Capaciteitsgroep

Klinische Psychologie Universiteit Utrecht, Postbus 80140, 3508
TC Utrecht.
E-mail: j.knipscheer@fss.uu.nl.

heid (NFGV). Het onderzoek is verricht door de Capaciteitsgroep
Klinische Psychologie van de Universiteit Utrecht in samenwerking
met De Meren, organisatie voor regionale, academische en forensische
geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-2-2005.

Het in dit artikel beschreven onderzoek is mogelijk gemaakt dankzij
subsidies van het Nationaal Fonds voor de Geestelijke Volksgezond-

SUMMARY

Immigrants in mental health care: empirical findings concerning health, help-seeking behaviour, help required and satisfaction with a service provided – J.W. Knipscheer, R.J. Kleber –

BACKGROUND Because of the increasing ethnic variety of the population of the Netherlands we need to know how our regular mental health care facilities can be tailored to the changing patient population.

AIM To obtain more information about the current situation, by reviewing earlier published findings about the factors that determine immigrants' health problems, help seeking behaviour, help requirements and satisfaction with the service provided.

METHOD Samples of Surinamese (n=101), Moroccan (n=51), Turkish (n=63) and indigenous Dutch (n=59) outpatients receiving mental health care were included. Data were collected by a multi-method approach involving structured interviews and standardized questionnaires. Quantified data were analysed using multivariate techniques.

RESULTS With regard to health differences, the intercultural variety within the groups of immigrants was more explicit than the difference between immigrants and the indigenous Dutch population. The differences in health problems and health seeking behaviour are also determined by sociodemographic factors like educational level and being in paid employment. Immigrants require more medication than Dutch patients. Immigrants and the indigenous Dutch population are reasonably satisfied with the service, although one-third (mainly Turks and Moroccans) are dissatisfied.

CONCLUSION The results of this study emphasise that health problems, help-seeking behaviour and satisfaction with the service provided are inextricably linked to socio-economic deprivation and cultural differences. The provision of mental health care needs to be tailored to this cluster of factors.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)11, 753-759]

KEY WORDS health, health care, help-seeking behaviour, immigrants, satisfaction