

Migrantenzorg, een Janusbeleid?

door J.V.T.M. de Jong

Samenvatting

Zich baserend op de bestaande literatuur over migrantenzorg in Nederland, stelt de auteur dat er sprake is van een fundamenteel gebrek aan wetenschappelijke kennis over bijvoorbeeld de epidemiologie en de psychopathologie van geestestoornissen onder migranten, hun hulpzoekend gedrag of de verwijzingsprocessen tussen de verschillende echelons. Dientengevolge ontbreekt het bij de Nederlandse Geestelijke Gezondheidszorg aan een consistent beleid ten aanzien van migranten en wordt men vaak gedwongen tot *ad hoc* reacties.

Inleiding

Omdat migranten ongeveer 20% van de volwassen en 40% van de jongeren-populatie van de grote steden uitmaken, vormen zij in toenemende mate een bron van zorg voor de AGGZ.

In dit artikel wordt de literatuur over migranten geanalyseerd met de vraagstelling of het mogelijk is om met de bestaande onderzoeksresultaten een onderbouwde AGGZ-politiek ten aanzien van migranten te voeren. De analyse beperkt zich tot de Nederlandse situatie en richt zich op de volgende vraagstelling:

– zijn er epidemiologische studies verricht die een redelijk betrouwbaar beeld geven van de omvang en de aard van de psychische problematiek onder de migrantenpopulatie in Nederland? – Wat is er bekend over het hulpzoekgedrag van migranten binnen de gezondheidszorg? Zijn migranten onder- of oververtegenwoordigd binnen de verschillende echelons?

– Hoe is het gesteld met de diagnostische vaardigheden en de besluitkundige processen van gezondheidswerkers en hulpverleners ten aanzien van dit deel van de bevolking?

– Houdt het AGGZ-beleid van de overheid voldoende rekening met de actuele kennis over migrantenproblematiek?

Psychische morbiditeit onder migranten in Nederland

In de literatuurstudie 'Migranten en Geestelijke gezondheidszorg' citeren Mak en Schramijer (1983) een aantal publicaties die huns inziens een beeld geven van het voorkomen van psychische problemen onder migranten. Zij citeren Riedesser (1974) die net als Verdonk (1977) stelt dat tweederde van de ziekten bij buitenlandse werknemers psychische oorzaken heeft. Beide studies hebben betrekking op buitenlands onderzoek. Mak e.a. halen ook Sieval (1977) en Jongmans (1977) aan die schatten dat het percentage zware klachten bij migranten waarvoor geen organische oorzaak gevonden kon worden, zo'n 70 à 80% bedraagt. Bij een onderzoek onder 44 Amsterdamse huisartsen met meer dan 50 Marokkaanse patiënten werd bij 62,5% van de Marokkaanse patiënten psychosomatische, bij 25% psychosociale en bij slechts 5% van de patiënten somatische klachten gevonden (Hamersma gecit. bij van Dijk 1982). Dedeoglu (1979) trof in elk van de 24 bij zijn onderzoek betrokken Turkse gezinnen, een persoon aan met ernstige psychische of psychosomatische klachten. Dosen (1981) trof bij 10 klinisch en 30 poliklinisch onderzochte Joegoslaven depressieve symptomen aan, hetgeen vaak gepaard ging met een paranoïde houding tegenover zowel Nederlanders als landgenoten.

Het merendeel van deze studies heeft een descriptief karakter en spreekt over *klachten* die niet worden geobjectiveerd in psychische of lichamelijk morbiditeit. Bovendien zijn de meeste cijfers niet gebaseerd op (representatieve) steekproeven maar op extrapolaties van de ervaring van de auteur met een beperkt aantal personen of patiënten. Het citaat van Jongmans is bijvoorbeeld afkomstig uit een voordracht waarin hij terloops stelt dat het te denken geeft dat volgens GAK-artsen slechts 20-30% van hun Noordafrikaanse patiënten klinisch waarneembaar ziek is. De meeste auteurs die door Mak en Schramijer worden aangehaald hebben dan ook niet de pretentie om wetenschappelijk verantwoorde cijfers te produceren.

Recenter onderzoek preciseert de psychische morbiditeit in de eerste lijnsgeneeskunde. Van Wieringen e.a. (1986) vonden bij hun onderzoek in 12 Amsterdamse huisartsenpraktijken een geschatte jaarprevalentie van maagzweren van +- 10% bij Marokkaanse en Turkse mannen. Bij Nederlandse mannen bedroeg dit cijfer daartentegen 0,5%. Avezaat (1985) vermeldt vier maal zo veel peptische ulcera bij Turkse en Marokkaanse mannen als bij de doorsnee bevolking. Ook spanningshoofdpijn komt volgens Van Wieringen e.a. bij volwassen Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en Antilliaanse mannen en vrouwen ongeveer vijf tot tienmaal zo vaak voor als bij Nederlanders. 'Functionele klachten' komen volgens deze auteurs voor bij 10% van de allochtonen en bij ongeveer 6% van de autochtonen.

Op grond van transcultureel onderzoek zou men verwachten dat

Turken en Marokkanen minder psychische klachten presenteren dan de Nederlanders. Dit blijkt met name bij Marokkaanse en Turkse vrouwen het geval te zijn. Zij melden zich vaak aan met lichamelijke klachten als hoofdpijn, rugpijn, maag- en menstruatiespijn. Uit een aantal onderzoeken in verschillende culturen blijkt dat juist hoofd-, rug- en buikpijn de meest voorkomende somatiseringsklachten zijn die wijzen op psychische morbiditeit (De Jong 1990).

Een opsomming van de grove prevalenties van een aantal ziekten waarbij een psychische genese een rol kan spelen, levert op grond van de gegevens van Van Wieringen e.a. de volgende cijfers op. Per 100 Turkse en Nederlandse mannen die zich in een jaar bij hun huisarts melden, hebben ongeveer 52 Turken en 18 Nederlanders lichamelijke klachten die kunnen wijzen op een psychische genese. Somatiseringsklachten zijn bij dit cijfer niet inbegrepen.

Uit een ander onderzoek blijkt dat Turkse en Marokkaanse mannen en vrouwen hoger scoorden op een vragenlijst die geacht wordt psychisch disfunctioneren te meten (de GHQ) dan een steekproef uit de Nederlandse bevolking (Gorissen e.a. 1988). Wat echter niet werd onderzocht was of het verschil in scores verwees naar een grotere prevalentie van psychische morbiditeit onder de migranten, of dat de hogere score veroorzaakt werd door andere factoren. Bijvoorbeeld door een inadequate vertaling van de vragenlijst, door cultureel bepaalde verschillen in ziektegedrag, conceptuele verschillen die door de vragen werden opgeroepen, of door het aangrijpen van de interview-situatie als een gelegenheid om stress te ventileren.

Wat betreft de aard van de psychiatrische problematiek van opgenomen migranten lijkt er nogal wat verandering te heersen. Net als in de Verenigde Staten en Engeland wordt een hoge *inception rate* gemeten voor functionele en affectieve psychosen (Hollingshead en Redlich 1958, Bagley 1968, Rwegellera 1977, Adelinpe 1981, Bebbington 1981, Littlewood en Lipsedge 1982, Harrison e.a. 1988, 1989). Zo werd de diagnose schizofrenie bij 35% van de opgenomen Surinaamse patiënten gesteld en bij 13,4% van de Nederlandse (Hettinga 1986). Ook Dekker e.a. (1990) vermelden dat Surinaamse patiënten significant vaker worden opgenomen met een paranoïd-schizofreen beeld. 'Speciale syndromen' werden bij 20% van de Marokkaanse en bij 2,5% van de Nederlandse patiënten gevonden (Mak en Schrammijer 1983).

Wat zeggen deze onderzoeken ons over de psychische morbiditeit van allochtonen in Nederland? Dat wij bij gebrek aan een bevolkings-survey geen idee hebben van de psychische morbiditeit op het niveau van de bevolking.¹⁾ Dat er ook op het eerste en tweede lijfniveau geen betrouwbaar en valide onderzoek is gedaan naar het voorkomen van psychische morbiditeit. Hoewel het proefschrift van Limburg-Okken (1989) een interessant boek is, biedt de methodologische aan-

pak niet meer zicht op de hier geschetste problematiek.

Enkele auteurs vonden aanzienlijk meer psychosomatische aandoeningen bij migranten dan bij Nederlanders. Het valt hierbij op dat de auteurs nogal uiteenlopende definities van het begrip psychosomatische hanteren. Ook is het opvallend dat een aantal publicaties vermeldt dat buitenlandse patiënten zich presenteren met somatiseringen zonder dat duidelijk wordt of het gaat om depressieve of angststoornissen, om somatoforme stoornissen en of om het uiten van psychosociale stress. Met andere woorden, het uiten van stress in lichamelijke klachten en het voorkomen van co-morbiditeit lijkt bij migranten minder eenvoudig te liggen dan wij op grond van bevindingen in onze eigen cultuur geneigd zijn te veronderstellen.

Verder is het opvallend dat migranten bij opname in een psychiatrische instelling nogal eens aanleiding geven tot diagnostische verwarring. Net als in het buitenland wordt in Nederland met name bij mensen van Afro-Surinaams-Caraïbische afkomst vaak de diagnose schizofrenie gehanteerd. In een volgende paragraaf komt dit thema terug.

Het hulpzoekgedrag van migranten

Turken en Marokkanen doen vaker een beroep op de huisarts dan Nederlanders (Van Wieringen e.a. 1986, Gorissen e.a. 1988). Dat hangt mogelijk onder meer samen met de bevinding van een Rotterdams onderzoek waaruit blijkt dat Turken hun 'ervaren gezondheid' als slechter omschrijven dan een groep Nederlanders. Ondanks het feit dat er geen duidelijk verschil in objectief gemeten morbiditeit met de Nederlandse controlegroep blijkt te bestaan (Uniken Venema 1989).

Met betrekking tot de ambulante AGGZ-sector blijkt dat migranten over het algemeen sterk zijn ondervertegenwoordigd in verhouding tot de autochtone bevolking. Landelijk gezien vormen slechts enkele RIAGG's een uitzondering op deze regel. Deze RIAGG's voerden een actief wervingsbeleid ten aanzien van migranten (May 1987, Schoenmakers 1989). In Amsterdam Oost bijvoorbeeld bestaat 8,4% van de volwassen bevolking uit Turken en Marokkanen. In 1983 vormden zij 1% van de clientele van de RIAGG-Oost. Via een actief beleid dat zich o.a. richtte op de eerste lijnswerkers en de home teams, nam het aantal Turken en Marokkanen in vier jaar toe tot 12,7% van de RIAGG-populatie (Pannekeet 1989).

In de verslavingszorg bestaat een vergelijkbare ondervertegenwoordiging van migranten. Terwijl 50% van de drugsverslaafden die de Amsterdamse methadonbus gebruiken van Surinaamse afkomst zijn, vormen zij ongeveer 5% van het cliëntenbestand van de CAD's (De Ceuninck van Capelle 1986).

Ook in het derde echelon van de AGGZ werden tot voor een aantal

jaren weinig allochtonen gevonden. In de periode 1972 tot en met 1982 bleef het aantal opnemingen per 1000 per jaar migranten 0,81 terwijl het aantal psychiatrische opnemingen per 1000 uit de Nederlandse bevolking toenam van 1,11 naar 1,57. Opvallend was het grote aantal opnemingen van Turkse en Marokkaanse migranten, namelijk 36% van het totale aantal migrantenopnemingen. Marokkanen liepen meer risico dan Turken om in een APZ te worden opgenomen en met name Marokkaanse jongemannen van 20 tot 30 jaar werden als de belangrijkste risicogroep aangemerkt (Brook en de Graaf 1985). Deze jongemannen liepen ook een groot risico om een ulcus pepticum te krijgen (Avezaat 1985). Turkse en Marokkaanse vrouwen kwamen volgens een ander onderzoek opvallend weinig in een psychiatrisch ziekenhuis terecht. In 1980 waren bijvoorbeeld slechts 6 van de 15.000 in Nederland verblijvende Turkse vrouwen in een APZ opgenomen (Kool e.a. 1980).

Over de periode 1980-1985 stegen de landelijke cijfers met betrekking tot de psychiatrische opnames van Marokkanen, Surinamers, Turken en Zuid-Europeanen met 75%. In het op Amsterdam georiënteerde APZ te Santpoort steeg het percentage opnames van allochtone patiënten – gerelateerd aan het totaal aantal opnames – in die periode van 12% naar 18%. Dit laatste percentage is een vrij betrouwbare afspiegeling van de volwassen bevolking uit migranten bestaat (Swalen 1987, WWR 1989).

Marokkanen en Turken worden niet vaker door huisartsen doorverwezen dan Nederlanders. Dit is in tegenspraak met hetgeen in de literatuur beweerd wordt, namelijk dat allochtonen vaker doorverwezen (willen) worden (Van Wieringen e.a. 1986). Het is mogelijk dat huisartsen, in de vooronderstelling dat allochtonen vaker verwezen willen worden, voorzichtiger zijn met doorverwijzen. Overigens vermelden Van Wieringen e.a. niet of het gelijke aantal verwijzingen alleen geldt voor somatische specialismen of dat hun bevindingen ook gelden voor de psycho-sociale sector. Dat lijkt mij onaannemelijk gezien de bovenvermelde lage percentages migranten in de ambulante en de intramurale sector (De Jong 1990).

Diagnostische vaardigheden en besliskundige processen ten aanzien van migranten

Er is tot dusver geen onderzoek gedaan naar de vaardigheden van gezondheidswerkers in het herkennen van psychiatrische en psychosociale problemen bij migranten. Dit geldt voor alle echelons¹.

Zoals reeds vermeld blijkt dat hulpverleners vaker de diagnose schizofrenie stellen, met name bij Surinamers. In een recent artikel biedt Swalen (1990) hiervoor enkel interpretaties. Hij haalt Stephen (1985) aan, die – zoals reeds door talloze auteurs op het gebied van de trans-

culturele psychiatrie werd beschreven – vermeldt dat Surinamers zich eerder bezeten voelen door boze geesten en magie. Dit paranoïde idioom doet zich echter ook voor bij andere vormen van psychopathologie en verklaart niet het vaker voorkomen van de diagnose schizofrenie. Een tweede door Swalen (1990) geopperde mogelijkheid is dat de psychiater zich door het opgewonden gedrag van een Surinaamse patiënt bedreigd voelt en daaruit concludeert dat de patiënt zijn omgeving wantrouwt. Aangezien Swalen deze interpretatie niet door onderzoeksmateriaal onderbouwt, wekt hij de suggestie dat een veelal blanke psychiater kennelijk meer geïmponeerd is door dreigend gedrag van een Surinaamse dan van een Nederlandse patiënt en dat deze tegenoverdracht leidt tot een verhoogde waarneming van (paranoïde) schizofrenie. Vervolgens verwijst Swalen naar de universalisme-particularisme-discussie binnen de transculturele psychiatrie. Ook die verwijzing lijkt wat dubieus aangezien de overgrote meerderheid van auteurs die deelnemen aan het universalisme-debat het voorkomen van psychosen in verschillende culturen bevestigt. Maar ook de keuze voor een particularistisch (culture-bound) standpunt biedt geen verklaring voor de hoge frequentie van de diagnose schizofrenie.

Het is echter wel mogelijk om enkele meer voor de hand liggende verklaringen uit Swalens artikel te distilleren. De eerste mogelijkheid is dat selectie op grond van (zelf)verwijzing kan leiden tot een groter aanbod van schizofrene psychosen. De tweede mogelijkheid is dat de onderzoeksgroepen niet op leeftijd zijn gecorrigeerd waardoor de relatief oudere Nederlandse groep de hoogste risicoleeftijd voor het begin van een schizofrene psychose al is gepasseerd. Een derde mogelijkheid is dat de diagnose (paranoïde) schizofrenie inderdaad anders wordt gehanteerd bij mensen van Afro-Surinaamse en Caraïbische afkomst. De laatste hypothese wordt echter door Swalens overwegend descriptieve onderzoeksmateriaal bevestigd noch weerlegd.

Evenmin is bekend welke factoren die toegankelijkheid van de verschillende echelons voor migranten bepalen. Ook tasten we in het duister over de vraag op grond van welke informatie een gezondheidswerker al dan niet de beslissing neemt om een patiënt door te verwijzen naar een volgend echelon of terug te verwijzen naar een voorafgaand echelon. Behalve gebrek aan inzicht in de besluitvorming bij gezondheidswerkers en hulpverleners, is ook het hulpzoekgedrag van migranten binnen de gezondheidszorgsectoren niet systematisch in kaart gebracht. Het is dus ook onmogelijk om een beeld te vormen van de processen die de filters tussen de verschillende echelons bepalen (Goldberg en Huxley 1980).

Discussie

Tot op heden blijkt er onvoldoende onderzoek te zijn verricht voor

de onderbouwing van het AGGZ-beleid ten aanzien van migranten en allochtonen. Er is geen goed opgezette prevalentiestudie gedaan naar psychische stoornissen binnen de verschillende echelons en de algemene bevolking. De reeds uitgevoerde onderzoeken maken geen melding van representatieve steekproeven of van het gebruik van gevalideerd en betrouwbaar psychometrisch instrumentarium. Deze bezwaren gelden des te sterker omdat gebruik van de gangbare onderzoeksinstrumenten bij migranten extra zorgvuldigheid vraagt met betrekking tot communicatiestoornissen, tot de kallibratie en de keuze van een afkappunt van de instrumenten, of tot de relatie tussen sensitiviteit, specificiteit en gemeten prevalentie. Afgezien van deze methodologische tekortkomingen gaan de bestaande onderzoeken voorbij aan meer fundamentele problemen, zoals bij voorbeeld de vraag of dwangstoornissen bij mensen uit andere culturen voorkomen. Of waarom anorexie (nog) zo zelden bij migranten wordt aangetroffen. Of hoe de psychopathologie zich ontwikkelt binnen de verschillende generaties migranten, mede met het oog op vergrijzing. Of het mogelijk is om depressieve en angststoornissen te onderscheiden gezien de overlap van symptomen bij allochtonen. Of het juist is om bezetenheidsverschijnselen af te doen met de diagnose atypische dissociatieve verschijnselen terwijl de fenomenologisch verwante en zelden voorkomende diagnose meervoudige persoonlijkheid (MPD) een aparte diagnostische categorie vormt (De Jong 1990). Of waar de overeenkomsten en verschillen liggen tussen bepaalde vormen van bezetenheid, MPD, borderline stoornissen, depersonalisatie bij depressie, psychosen enz.

Het is duidelijk dat deze vragen niet alleen van belang zijn voor het uitvoeren van epidemiologisch onderzoek. Meer inzicht in de vergelijkende psychopathologie – in combinatie met de resultaten van een filterstudie, van onderzoek naar hulpzoekgedrag, naar diagnostische vaardigheden en besliskundige processen – is ook van groot belang voor de opleiding en bijscholing van gezondheidswerkers en hulpverleners. Bovendien is meer inzicht in de psychopathologie een voorwaarde voor het ontwikkelen van therapeutische methoden.

Bij de aardwetenschappen gaat men ervan uit dat het verstandig is om trillingen tijdig te registreren om te voorkomen dat een vulkaanuitbarsting leidt tot onoverzichtelijke reddingsoperaties. Vanaf de treinkapingen tot aan de hedendaagse erupties van drugsproblematiek en criminaliteit bij migranten(jongeren) lijkt deze voor de hand liggende aanpak ontbroken te hebben bij de onderbouwing van het overheidsbeleid ten aanzien van allochtonen.

De houding van de overheid tegenover het tekort aan onderzoeksgegevens is tweeslachtig. Enerzijds wordt aangedrongen op meer studie. Zo stelt de minister van Binnenlandse Zaken in 1983 dat er onvoldoende inzicht bestaat in de feitelijk (on)toegankelijkheid van de alge-

mene voorzieningen voor minderheden (Minderhedennota 1983). Tijdens een conferentie in 1987 deelden ambtenaren van WVC mee dat er 'met betrekking tot etnische minderheden nog een duidelijk beeld ontbreekt van de gezondheidstoestand. (...) Het onderzoek naar de gezondheidstoestand van o.a. leden van etnische minderheidsgroepen en naar factoren die daarop van invloed zijn, zal in de komende jaren nog extra aandacht vergen' (NcGv 1986). Anderzijds laat de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid zich bij het formuleren van beleidsopties weinig gelegen liggen aan de schaarste aan wetenschappelijke gegevens. Sterker nog, sommige uitgangspunten (bijvoorbeeld over de morbiditeit bij migranten) worden niet of nauwelijks getoetst maar krijgen wel de status van axioma.

De twijfels die onvermijdelijk uit een dergelijk tweeslachtig beleid voortvloeien zijn duidelijk voelbaar in het rapport 'allochtonenbeleid' van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WWR 1989). Wat betreft de paragrafen 'Gezondheidszorg en welzijn' is dit regeringsrapport vooral gebaseerd op het eerder vermelde werk van Mak en Schrammijer (1983). Het rapport hanteert de daarin aangehaalde publikaties met dezelfde gemak als Mak e.a. zonder zich om de wetenschappelijke merites te bekommeren. Andere bronnen voor het rapport zijn o.a. het reeds vermelde artikel van Dosen, en de dissertatie van Uniken Venema die de lichamelijke gezondheid van Turken en Nederlanders vergelijkt.

In de paragrafen 'Gezondheidszorg en Welzijn' worden lacunes in kennis zorgvuldig gewogen wanneer het erom gaat een vergelijking te maken tussen de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand van allochtonen en autochtonen. Dan wordt met voorbijgaan van alle twijfels vlotweg de conclusie getrokken, 'dat de gezondheidszorg van allochtonen slechts op bepaalde onderdelen afwijkt, dat de verschillen maar ten dele aan het allochtoon zijn kunnen worden toegeschreven, en dat zij per groep vrij sterk verschillen'. (Waarbij ik me afvraag hoe in één adem en zonder toelichting gesteld kan worden dat 'gezondheidszorg *slechts op bepaalde onderdelen afwijkt* (...), en dat *de verschillen* (...) per groep *vrij sterk verschillen*'). (...) 'Van zo omvangrijke en specifieke verschillen, dat zij een breed opgezet specifiek of zelfs categoriaal beleid zouden rechtvaardigen, kan zeker niet gesproken worden'. Mijns inziens wordt in deze en enkele andere passages gekozen voor de continuering van een beleid dat niet gebaseerd is op wetenschappelijke argumenten, maar op politieke druk en op bestaande problemen in de gezondheidszorg. Wat vermoedelijk niet de intentie is geweest voor het instellen van een *Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid*. Het gaat hier niet om de vraag of een categoriaal beleid al dan niet wenselijk is, maar om de wijze waarop dat beargumenteerd wordt. Zo worden er bijvoorbeeld nergens criteria genoemd voor het al dan niet in het leven roepen van dergelijke specifieke voorzieningen.

De opstellers van het rapport gaat echter geen zee te hoog want 150 bladzijden eerder laten zij een volledig tegengesteld geluid horen over de behoefte aan meer specifieke voorzieningen (pag 48): 'Het behandelen van psychische problemen van personen met een sterk van de Nederlandse afwijkende culturele achtergrond vergt zeer specifieke deskundigheid. De gezondheidszorg is hier niet voldoende op ingespeeld; meer specifieke voorzieningen op dit vlak zijn gewenst. (...) De instellingen waarmee allochtone jongeren in probleemsituaties in contact komen, dienen hiervoor voldoende te zijn toegerust. Zeker in zulke situaties vergt het omgaan met allochtone jongeren niet alleen speciale deskundigheid, maar meestal ook meer tijd dan bij autochtonen. Dit dient beter dan thans in de personeelsformatie tot uitdrukking te komen'. (De tijdsfactor speelt bij volwassenen en ouderen een nog klemmender rol, bijvoorbeeld alleen al vanwege de taalvaardigheid die meestal gebrekiger is dan bij jongeren. De Amsterdamse Sociale Dienst maakte onlangs bekend dat gezondheidszorg en hulpverlening aan migranten 70% meer tijd vergt dan de hulp aan Nederlanders).

(...) 'In bepaalde gevallen is de deskundigheid die is vereist voor een adequate hulpverlening aan allochtonen zo specifiek dat het voor de hand ligt hiervoor speciaal toegeruste instellingen met de uitvoering te belasten. Dit geldt niet alleen op *justitieel* terrein, maar ook op het gebied van *welzijn en gezondheidszorg*' (Cursivering in rapport WWR). De gevolgen van de strijdige argumentatie lijken ook door de opstellers van het Rapport te worden onderkend wanneer op pagina 195 wordt gesteld dat 'Een opvallend aspect bij veel van de maatregelen is de tijdelijkheid en de beperkte omvang ervan'. Om bladzijden verder voort te gaan met het toedekken van dit euvel door een volgende tegenstrijdigheid op te voeren, namelijk 'Dat de vraag rijst of op een aantal gebieden waar zich bijzondere problemen voordoen – bij voorbeeld bij de opvang van jonge verslaafden en van weggelopen vrouwen – niet toch enig stimulerend optreden gewenst is. De introducties, eventueel voor bepaalde onderdelen, van een doeluitkering zou hier effectief kunnen zijn'.

Eenzijds ademt het rapport een sfeer die impliciet van de veronderstelling uitgaat dat wanneer het beter gaat met de sociaal-economische positie, het onderwijs en de huisvesting van de individuele migrant, het ook wel in orde komt met de migrantenpopulatie in zijn geheel. Met andere woorden, cultuurverschillen, sociaal isolement of discriminatie worden dan vanzelf opgelost. Wat het rapport daarbij over het hoofd lijkt te zien is het fenomeen van de socialiserende anticipatie, dat wil zeggen dat migranten vanuit hun wij-cultuur zo hun best doen om zich te identificeren met de waarden van onze ik-cultuur dat zij mede daardoor in psychische conflicten terechtkomen. Wat betreft de sociaal-economische omstandigheden wordt het rapport getoontzet door een wat anachronistisch aandoend materialisme dat ervan uitgaat

dat als er genoeg wordt gedaan aan het 'Fressen', het met de 'Moral' ook wel goedkomt.

Tegelijkertijd wordt bestaand onderzoeksmateriaal kennelijk nogal onwetenschappelijk gehanteerd, en worden weerbarstige resultaten luchthartig terzijde geschoven. Dat roept associaties op met no-nonsense denken dat zich weinig gelegen laat liggen aan het wetenschappelijk aspect van de door de regering verschaftte opdracht.

In verhouding tot een aantal ander Europese landen besteedt de Nederlandse regering behoorlijk wat aandacht aan de migrantenproblematiek. Wat betreft de AGGZ zou er minder ad hoc beleid nodig zijn indien het beleid zou worden geschraagd door methodologisch verantwoord onderzoek. Dat geldt niet alleen voor de epidemiologie, maar ook voor de andere al dan niet in dit artikel genoemde onderzoeksterreinen.

Noten

1. Een bevolkingsurvey heeft momenteel plaats onder Turken, evenals een onderzoek naar hulpzoekgedrag onder Turken en Nederlanders. Het jeugdteam allochtonen van RIAGG C-W in Rotterdam doet onderzoek naat het herkennen van psychische problemen bij migranten (Mededeling R. van Dijk, NCB, Utrecht).

Literatuur

- Adelime, V. (1981), White norms and psychiatric diagnosis of black patients. *American Journal of Psychiatry* 138, 279-285.
- Avezaat, J.J.M. (1985), *Epidemiologisch bulletin*. GG&GD Den Haag.
- Bagley, C (1968), A comparative study of mental illness among immigrants in Britain. *Proceedings of the Anglo-French Conference on Race Relations*, Sussex Nauton, Den Haag.
- Bebbington, P., J. Hurry, C. Tennant (1981), psychiatric disorders in selected immigrant groups in Cammerwell. *Social Psychiatry* 16, 43-51.
- Ceuninck van Capelle de, C. (1986), *Etnische groeperingen en de GG&GD*. GG&GD, Amsterdam.
- Dedeoglu, N. (1979), *Gezondheidsproblemen van Turkse gastarbeiders*. KIT, Amsterdam.
- Dekker, J., A.P.M. Swalen, H.J.M. Wesenbeek (1990), *knelpunten in de hulpverlening aan Surinamers en Antillianen*. Provinciaal Ziekenhuis Santpoort, Santpoort.
- Dijk van, R. (1982), *Ziekte en ziektegedrag bij Marokkaanse arbeiders in Nederland*. JAC, 't Gooi. Hilversum.
- Dosen, A. (1981), Depressies bij Joegoslavische gastarbeiders. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 7-8, 635-644.
- Goldberg, D., P Huxley (1980), *Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care*. Tavistock, Londen.
- Gorissen, W.H.M., P.C.M. Ticheler e.a. (1988), *Gezondheidspeiling Utrecht: Resultaten van de gezondheidspeiling Utrecht 1986-1987*. GG&GD, Utrecht.
- Harrison, G., D. Owens, A. Holten e.a. (1988), prospective study of severe mental

- disorder in Afro-Caribbean patients. *Psychological Medicine* 18, 643-657.
- Harrison, G., A. Holten, D. Neilson e.a. (1989), Severe mental disorder in Afro-Caribbean patients: some social, demographic and service factors *Psychological Medicine* 19, 683-969.
- Hettinga, N. (1978), *Surinaamse patiënten in Nederland*. Instituut voor Sociale Psychiatrie (scriptie), Nijmegen.
- Hollingshead, A.B., Redlich (1958), *Social class and mental illness*. New York, John Wiley and Sons.
- Jong, J.T.V.M. de (1990), Mental health and migrant care in the Netherlands. Aanboden aan *Journal of Social psychiatry*.
- Jong, J.T.V.M. de (1990), Hearing voices and having visions in a cross-cultural perspective, a diagnostic crux. Voordracht William James Congres.
- Jong, J.T.V.M. de (1990), A cross-cultural view on the integration of mental health into primary care. In voorbereiding.
- Jongmans, D.G. (1977), Eer en respect: de Noordafrikaanse boer en de overheid. *Medisch Contact* 32, 16, 509-512.
- Kool, C., M. Konings- van de Snoek, C.S. van Praag (1980), *Bevolkingsprognose allochtonen in Nederland*. Deel 1: Turken en Marokkanen. Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk.
- Limburg-Okken, A (1989), *migranten in de psychiatrie*. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Littlewood, R., M. Lipsedge (1982), *Aliens and alienists: ethnic minorities and psychiatry*. Harmondsworth, Penguin Books.
- Mak, G., F. Schrammijer (1983), *Migranten en geestelijk gezondheidszorg*. Utrecht, NcVg.
- May, R. (1987), *Beleidsnota 1987-1990. Hulpverlening aan migranten RIAGG Noord-hage*, Den Haag.
- Minderhedennota Tweede Kamer* (1982/1983). SDU uitgeverij, Den Haag.
- NcGv (1986), *Gezondheids(zorg)onderzoek Etnische Minderheden*. Verslag conferentie 26/27-9-1986, 3-26
- Pannekeet, C. (1989), *Hulpverlening aan Turken en Marokkanen in de RIAGG Amsterdam-Oost*. Amsterdam, RIAGG-Oost.
- Riedesser, P. (1974), Psychische stoornissen bij buitenlandse arbeiders in de Bondsrepubliek Duitsland. *Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg* 29, 6, 285 e.v.
- Rwellera, G.G.C. (1977), Psychiatric morbidity among West Africans and West Indians living in London. *Psychological Medicine* 7, 317-329.
- Schoenmakers, J. (1989), Op het kruispunt van twee wegen: hulpverlening aan migranten. Concept. RIAGG Centrum Oud-West, Amsterdam.
- Sieval, Z.M. (1977), Gastarbeiders in hun arts. *Medisch Magazine* 2, 5, 22-27.
- Swalen, A.P.M. en P.A.Q.M. Lamers (red.), (1987), *Hulpverlening aan migranten*. Alphen aan de Rijn, Samson Stafleu.
- Swalen, A.P.M. (1990), Surinaamse patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 10, 1035-1049.
- Uniken Venema, H.P. (1989), *Toen ik hier kwam was ik kerngezond*. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema.
- Verdonk, A. (1977), Migratie en psychische stoornis *Tijdschrift voor psychiatrie* 19, 6, 406-419.
- Wieringen, J.C.M. van, A. Leentvaar-Kijpers, H.J. Brouwer, A.C. Slegt, H.A. van Kessel Al (1986), *Morbiditeitspatroon en huisartsgeneeskundig handelen bij etni-*

sche groeperingen. GG&GD, Instituut voor Huisartsgeneeskunde Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (1989), *Allochtonenbeleid.* Den Haag, SDU uitgeverij.

Summary: Migrant Care – a Janus-policy?

Based on an analysis of the existing literature on migrant care in the Netherlands, the autor argues that there exists a fundamental lack of scientific knowledge about e.g. the epidemiology and the psychopathology of mental disorders among migrants, their help-seeking behaviour, or the filter processes between the different echelons. Therefore, the Dutch mental health policy with regard to migrants lacks consistency and is often forced to react *ad hoc*.

Dr. J.T.V.M. de Jong is als sociaal en transcultureel psychiater werkzaam aan het centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Sarphatipark te Amsterdam, aan het Institute for Psycho-Social and Socio-ecological Research (IPSER) en aan de vakgroep Sociale Psychiatrie te Maastricht.

Met dank aan prof dr. R. van Dyck, drs. R. van Dijk, en prof. dr. J.A. Sergeant voor hun kritisch commentaar.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 24-11-1990