

Migratieachtergrond en zorgbehoeften bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening

J. Straalman*, W.E. Swildens*, A.W. Braam

- Achtergrond** Een substantieel deel van de psychiatrische patiënten heeft een migratieachtergrond. Het is onduidelijk of de zorg wel aansluit bij hun zorgbehoefte.
- Doel** Onderzoeken van verschillen in zorgbehoeften tussen patiënten van westerse herkomst en niet-westerse eerste- en tweedegeneratiemigranten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA).
- Methode** Crosssectioneel onderzoek waarbij 914 patiënten en hun hulpverleners de zorgbehoeftevragenlijst Camberwell Assessment of Needs invulden. We keken naar verschillen in zorgbehoeften in het algemeen en in vervulde en onvervulde zorgbehoeften tussen patiënten van westerse herkomst en niet-westerse eerste- en tweedegeneratiemigranten. Deze verschillen werden gespecificeerd naar vier behoeftedomeinen: 'algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL)', 'geestelijke gezondheidszorg (ggz)' en 'rehabilitatie' en 'voorzieningen'.
- Resultaten** Volgens zowel patiënten als hulpverleners waren er meer zorgbehoeften bij patiënten met een niet-westerse migratieachtergrond van de eerste (en zij het in mindere mate) van de tweede generatie ten opzichte van westerse patiënten. Onvervulde zorgbehoeften waren er vooral meer volgens de eerste generatie niet-westerse migranten, namelijk op de domeinen ggz en voorzieningen. Hulpverleners signaleerden daarnaast voor de eerste generatie niet-westerse migranten meer onvervulde zorgbehoeften bij rehabilitatie. Hulpverleners bleken bij mensen met migratieachtergrond vaker niet geïnformeerd te zijn over hun zorgbehoeften, met name aangaande intieme relaties en seksualiteit.
- Conclusie** Patiënten met EPA en een niet-westerse migratieachtergrond hebben meer (onvervulde) zorgbehoeften dan westerse patiënten met EPA.

In Nederland heeft een aanzienlijk deel van de inwoners een migratieachtergrond. Begin 2021 betrof dit 24,6% van de inwoners (CBS) waarbij zowel mensen van de eerste generatie (elders geboren) als van de tweede generatie (zelf in Nederland geboren, een of beide ouders elders) meegeteld worden. In totaal is 14% van niet-westerse migratieafkomst, waarbij volgens een definitie van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) onder de westerse landen Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika, Oceanië, Indonesië en Japan verstaan worden. De grootste niet-westerse migrantengroepen in Nederland zijn mensen met een Turkse (2,4%), Marokkaanse (2,4%) en Surinaamse (2,1%) achtergrond. In grotere steden liggen de percentages hoger dan in de kleinere steden en op het platteland, zo was in Utrecht in 2020 36% van niet-Nederlandse afkomst en 23,9% van niet-westerse migratieafkomst.

Er zijn aanwijzingen dat de incidentie van psychiatrische aandoeningen, en specifiek van psychosespectrumstoornissen, in migrantengroepen verhoogd is (Selten e.a. 2007; Bhugra e.a. 2011; Veling e.a. 2011; Temorshuizen e.a. 2014, 2021). Mogelijke achtergronden zijn een lagere sociaal-economische status van migranten, de mate van etnische dichtheid, ervaren discriminatie en sociale uitsluiting (Huijnk 2010; Bhugra e.a. 2011; Veling & Susser 2011; Selten e.a. 2020). Diagnostische bias kan als mogelijke oorzaak van deze hogere incidentie echter ook niet worden uitgesloten, onder meer omdat er in onderzoeksinstrumenten weinig aandacht is voor culturele invloeden (Zandi e.a. 2010). Niet alleen is er een hogere incidentie, mogelijk zijn de psychiatrische symptomen bij migranten ook ernstiger. Dit kan komen doordat migrantengroepen in een later (ernstiger) ziektestadium een beroep doen op zorg, of

AUTEURS

Jorgen Straalman*, psychiater, open afdeling, acute deeltijd en crisisdienst Utrecht, Altrecht.

Wilma Swildens*, lector Interprofessionele zorg in de ggz, Centre of Expertise Preventie in zorg en welzijn, Hogeschool Inholland, manager Zorgmonitor & onderzoek EPA, Altrecht.

Arjan Braam, bijzonder hoogleraar Levensbeschouwing en Psychiatrie, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht, psychiater, crisisdienst Utrecht, opleider psychiatrie, Altrecht.

*Beiden eerste auteurs.

Correspondentie

Dr. Wilma Swildens (w.swildens@altrecht.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-4-2022.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(7)431-438

doordat ggz-hulpverleners de cultuur en leefwereld van mensen met migratieachtergrond onvoldoende kennen (Singh e.a. 2007; Ingleby 2008). Onderzoek wijst erop dat de ggz zowel minder als minder goede behandelingen biedt conform de richtlijnen aan mensen met een migratieachtergrond (Veen e.a. 2015). Er is een hoger percentage uitval bij de deelname van migranten aan reguliere zorgprogramma's (Blom 2010).

Onduidelijk is of de aanwijzingen in de richtlijn voor diagnostiek en behandeling wel effectief zijn voor deze groep of dat deze cultuurspecifieker zouden moeten zijn. Het zou ook kunnen zijn dat de werkrelatie tussen patiënt en hulpverlener bij mensen met een migratieachtergrond minder goed tot stand komt, waarbij verschillen in ziekteverklaringsmodellen, verwachtingspatronen en taalproblemen een rol kunnen spelen (Van Dijk 2010; Ghane e.a. 2010; Kramer 2012).

Gezien de geschetste problemen onderzoeken we de volgende exploratieve vragen:

1. Ervaren patiënten met een migratieachtergrond meer of andere (onvervulde) zorgbehoeften dan patiënten zonder migratieachtergrond?
2. Bestaan er hierbij verschillen tussen groepen eerste- en tweedegeneratiemigranten?
3. Levert beoordeling door hulpverleners vergelijkbare percentages (onvervulde) zorgbehoeften op?

Met het antwoord op de laatste vraag willen we inzicht krijgen in de mate van onderkenning van behoeften op groepsniveau door hulpverleners bij mensen met en zonder migratieachtergrond. Met dit beschrijvende onderzoek willen wij bijdragen aan aanbevelingen over behandeling en begeleiding van niet-westerse migranten.

METHODE

Setting en onderzoekspopulatie

De studie werd uitgevoerd bij de *flexibele assertive community treatment*-teams (FACT-teams) van Altrecht en een behandelafdeling voor jongvolwassenen met psy-

chosegevoeligheid. Het betrof mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) waarbij sprake is van ernstige psychiatrische problemen, zoals een psychospectrumstoornis, een langdurend beloop en meerdere beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren. In Nederland betreft het naar schatting 221.000 volwassenen (Delespaul & Berkvens 2020).

In de onderzoekssetting worden jaarlijks uitkomstgegevens verzameld over patiënten van FACT-teams waarbij zowel hulpverleners als patiënten vragenlijsten invullen. We verzamelden daarbij tussen 2008 en 2014 op twee locaties (in Zeist en Utrecht) bij 980 patiënten een tweezijdig, zowel bij de patiënten als bij hulpverleners, afgenomen zorgbehoeftevragenlijst. Van hen gaven 66 patiënten geen toestemming voor het gebruik van gegevens voor onderzoek en 914 werden geïncludeerd.

Studieopzet en meetinstrumenten

We verrichtten een crosssectioneel onderzoek met gegevens uit de Altrecht-zorgmonitor die wordt afgenomen sinds 2008 (Swildens e.a. 2010): een vragenlijstpakket aansluitend op het landelijke consensusdocument voor *routine outcome monitoring* bij EPA (Mulder e.a. 2010). De gegevens zijn verzameld door zowel hulpverleners over patiënten als door getrainde basispsychologen rechtstreeks bij patiënten. Vragenlijsten zijn de functioneringschaal *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS) en de zorgbehoefteschaal *Camberwell Assessment of Needs Short Appraisal Schedule* (CANSAS).

Het accent lag in ons onderzoek op het laatste instrument dat met het doel afstemming van zorg bij Altrecht in de onderzoeksperiode bij voorkeur tweezijdig - vanuit het perspectief van patiënten en hulpverleners - kon worden ingevuld. Daarnaast werden de volgende sociodemografische gegevens verzameld als achtergrondinformatie: HoNOS-score, geslacht, leeftijd, migratieachtergrond patiënt en diens ouders, opleidings- en werksituatie, woonsituatie, en het hebben van een levenspartner. Voor de psychiatrische hoofddiagnose gebruikten we het dossier.

De differentiatie tussen mensen met een westerse en een niet-westerse achtergrond was conform eerdergenoemde CBS-indeling. Bij een combinatie van een westerse en niet-westerse ouder viel de patiënt onder de categorie niet-westerse migrant van de tweede generatie.

Psychosociaal functioneren

Om inzicht te krijgen in het psychosociaal functioneren van de onderzoeksgroep voegden we de HoNOS-totaalscore toe (Mulder e.a. 2004). Deze vragenlijst geeft een beoordeling door de hulpverlener van beperkingen in het functioneren, gemeten op 12 levensgebieden met een score 0-4 voor elk levensgebied. De totaalscore varieert tussen 0 en 48 punten waarbij een hogere score duidt op meer beperkingen.

Zorgbehoeften

Met de CANSAS (Phelan e.a. 1995) maten we zorgbehoeften op 22 levensgebieden/items. In de Utrechtse Zorgmonitor werden 3 items toegevoegd, geïntroduceerd door Delespaul met toestemming van de CANSAS-ontwikkelaars (betaald werk, bijwerkingen van medicatie en herstel en zingeving). Per zorgbehoefte-item zijn drie scores mogelijk: geen zorgbehoefte aanwezig (0), aanwezige vervulde zorgbehoefte (1), aanwezige onvervulde zorgbehoefte (2). Bij de CANSAS wordt voor de 25 gebieden geteld hoeveel onvervulde en vervulde zorgbehoeften een persoon heeft en hoeveel gebieden met een zorgbehoefte (onvervuld en vervuld samen genomen). De CANSAS kan zowel vanuit het perspectief van de coördinerend hulpverlener als vanuit het perspectief van de patiënt beoordeeld worden zodat resultaten vergeleken kunnen worden.

De 25 CANSAS-items worden daarbij ingedeeld naar vier conceptuele zorgdomeinen:

1. zorgbehoeften bij algemene dagelijkse levensbehoeften (ADL; woning, huishouding, voeding en zelfzorg);
2. ggz-behoeften (lichamelijke gezondheid, psychotische symptomen, informatie, psychisch welbevinden, veiligheid patiënt zelf, veiligheid anderen, bijwerkingen medicatie, alcohol en drugs);
3. rehabilitatie (dagactiviteiten, gezelschap, intieme relaties, seksualiteit, zorg voor kinderen, betaald werk en zingeving);
4. voorzieningen (onderwijs/basisvaardigheden, telefoon, vervoer, geld en uitkeringen) (Van Busschbach & Wiersma 1999; Kwakernaak e.a. 2019).

We gebruikten voor de CANSAS alleen voldoende ingevulde lijsten, waarbij maximaal 5 van de 25 items als onbekend mochten zijn aangegeven en waarbij deze missende waarden in de analyses werden beschouwd als 'geen behoefte' (Kortrijk e.a. 2014). Ook voor de berekening van de HoNOS gebruikten we alleen lijsten met minder dan 20% missende items, maar bij de analyse werd voor deze missende waarden de gemiddelde waarde op de overige items geïmputeerd.

Omdat deelname van patiënten vrijwillig was, lukte tweezijdige afname van de zorgbehoeftevragenlijst lang niet altijd. Over 1961 FACT-patiënten werd alleen een (voldoende volledig ingevulde) zorgbehoeftemeting verkregen via de hulpverlener en omdat we uitsluitend de tweezijdig afgenomen metingen met *informed consent* includeerden, werden de gegevens van degenen die niet gereageerd hadden niet in ons onderzoek betrokken. Respondenten en non-respondenten verschilden niet in percentages met migratieachtergrond, maar wel in functioneren. De HoNOS-score van de non-respondenten was gemiddeld hoger/slechter dan van de geïnccludeerde groep: 9,1 (SD: 6,2; n = 1961) versus 7,5 (SD: 5,2; n = 912) ($p < 0,001$).

Statistische analyses

Voor de vergelijking van de drie groepen (westers, niet-westers eerste generatie en niet westers tweede generatie) op de sociodemografische kenmerken en de HoNOS-totaalscore gebruikten we χ^2 -toetsen en variantieanalyses (ANOVA's) (tabel 1). Voor inzicht in verschillen tussen de drie groepen in aantal (onvervulde) zorgbehoeften voor de totale CANSAS en per zorgdomein gebruikten we ook ANOVA's, met bonferroniprocedure (tabel 2 en 3). Omdat de opdeling in groepen naar migratieachtergrond tevens gepaard ging met groepsverschillen in ondermeer leeftijd, geslacht, opleidings- en werksituatie (zie tabel 1), controleerden we voor verschillen in deze kenmerken in aanvullende regressieanalyses. Bij onderzoek naar groepsverschillen per item werden χ^2 -toetsen gebruikt (tabel 4). Het significantieniveau werd vastgesteld op $p < 0,05$, behalve voor de analyses op itemniveau met een alfa van $p < 0,002$ (correctie vanwege multipel testen: $p < 0,05/25$ items: $p < 0,002$). De data werden geanalyseerd met SPSS-versie 28.0.

RESULTATEN

Kenmerken van de populatie

De onderzoekspopulatie bestond uit 914 patiënten met EPA, van wie 634 westers (69,4%), 215 niet-westers eerste generatie (23,5%) en 65 niet-westers tweede generatie (7,1%). Van de patiënten was 67% man (tabel 1) en dit percentage was hoger in de groepen met een niet-westerse migratieachtergrond. De gemiddelde leeftijd van de totale groep was 42 jaar (SD: 11,7). De tweedegeneratiemigranten waren gemiddeld 10 jaar jonger dan de andere groepen. Eerstegeneratiemigranten waren vaker laagopgeleid dan de andere groepen. Van alle patiënten had 28,8% een partner, het meeste kwam dit voor bij eerstegeneratiemigranten (36,2%). Meer dan vier vijfde woonde zelfstandig of bij familie. Het percentage werkenden (betaald en vrijwillig) lag lager bij de eerstegeneratiemigranten (24,7%) dan bij de andere groepen. De meeste patiënten hadden als primaire diagnose een psychospectrumstoornis (tabel 1). De HoNOS-score

Tabel 1. Sociodemografische kenmerken, psychosociaal functioneren van patiënten met een westerse en niet-westerse migratieachtergrond van de eerste en de tweede generatie

	1. Westers (n = 634)	2. Niet-wes- ters 1ste generatie (n = 215)	3. Niet-wes- ters 2de generatie (n = 65)	Totaal (n = 914)	χ^2/F	p/verschil
Mannen, % (n = 914)	63,6	76,3	75,4	67,4	$\chi^2 = 13,8$	< 0,01
Gem. leeftijd (SD) (n = 914)	43,2 (12,2)	41,7 (9,6)	32,4 (7,2)	42,1 (11,7)	F = 26,8	< 0,001 mean dif. 1-2: 1,5 (0,9) ns mean dif. 1-3: 10,8 (1,5) p < 0,001 mean dif. 2-3: 9,3 (1,6) p < 0,001
Opleidingsniveau, % (n = 885)					$\chi^2 = 64$	< 0,001
Laag/	25,2	52,2	25,0	31,4		
Midden	41,1	35,5	50,0	40,5		
Hoog	33,7	12,3	25,0	28,1		
Levenspartner, % (n = 904)	27,2%	36,2%	20,0%	28,8%	$\chi^2 = 8,8$	< 0,05
Woonsituatie, % (n = 914)						
Familie	9,2	10,3	21,1	10,3		n.a. ¹
Zelfstandig	72,9	70,6	57,9	71,4		
Beschermd/begeleid	14,1	13,2	13,2	14,0		
Opname	2,9	2,5	5,3	2,9		
Overige	0,8	3,4	1,8	1,5		
Woonsituatie, % (n = 914) Zelfstandig (alleen of bij familie) versus beschermd of begeleid wonen	82,2	80,9	78,9	81,7		ns
Werk/vrijw.werk, % (n = 914)	46,4	24,7	44,6	41,1	$\chi^2 = 31,6$	< 0,001
Primaire psych. diagnose psychospectrum, % (n = 914)	76,2	87,4	83,1	79,3	$\chi^2 = 13,0$	< 0,01
Overige primaire diagnoses, % (n = 914)						
Persoonlijkeitsstoornis						n.a. ¹
Bipolaire stoornis	5,8	1,4	7,7	4,9		
Stemming/angst	5,32	0,9	6,2	4,3		
Overige	5,4	4,7	1,5	4,9		
Uitgesteld/nog onbekend	4,9	1,9	0	3,8		
	2,5	3,7	1,5	2,7		
Gem. HoNOS-score (SD) (n = 912)	7,1 (5,0)	8,4 (5,6)	8,2 (5,2)	7,5 (5,2)	F = 5,4	< 0,01 mean dif. 1-2: 1,4 (0,4) p < 0,01 mean dif. 1-3: 1,1 (0,6) ns mean dif. 2-3: 0,34 (0,7) ns

¹ Niet aanwezig, significantie kan niet berekend worden vanwege > 20% van de verwachte frequenties < 5

voor beperkingen in functioneren was significant lager bij de patiënten met een westerse achtergrond dan bij de migrantengroepen (7,1 (SD: 5,0) versus 8,4 (SD: 5,6) en 8,2 (SD: 5,2)).

Volledigheid CANSAS

Bij het perspectief van de patiënt, uitgevraagd door getrainde interviewers, kwam het maar heel weinig voor dat zorgbehoeften als niet bekend werden opgegeven (gemiddeld 0,2 (SD: 0,6) van 25 zorgbehoeften). Bij de hulpverlenersbeoordeling kwam dat iets vaker voor (gemiddeld 1,02 (SD: 1,2) van 25 zorgbehoeften). Bij de meeste items bleef het door hulpverleners gerapporteerde percentage 'onbekend' onder 5%, uitgezonderd de items 'intieme relaties' en 'seksualiteit' en dit kwam

vaker voor bij patiënten met een (tweedegeneratie) migratieachtergrond; intimiteit 16,1% onbekend bij een westerse achtergrond, 21,3% bij eerstegeneratiemigranten, en 30,8% bij tweedegeneratiemigranten (p < 0,001); seksualiteit, 55,4% onbekend bij een westerse achtergrond, 59,5% bij eerstegeneratiemigranten en 73,4% bij tweedegeneratiemigranten (p < 0,05).

Vervulde en onvervulde zorgbehoeften

Het opvallendst is dat patiënten met een eerste generatie niet-westerse migratieachtergrond significant meer zorgbehoeften en onvervulde zorgbehoeften rapporteerden dan patiënten met een westerse achtergrond (tabel 2). De beoordeling door hulpverleners liet een vergelijkbaar verschil zien tussen eerste generatie niet-westerse

Tabel 2. Verschillen in gemiddeld aantal zorgbehoeften van patiënten met een westerse en een niet-westerse migratieachtergrond van de eerste en tweede generatie volgens CANSAS ingevuld door hulpverlener of door patiënt

	1. Westers (n=914) M (SD)	2. Niet-westers 1ste generatie (n = 215) M (SD)	3. Niet-westers 2de generatie (n = 65) M (SD)	Totaal (n = 914) M (SD)	F	p	Verschillen per groep ¹
CANSAS patiënt							
Totaal (SD)	6,9 (3,5)	8,5 (3,4)	7,2 (3,6)	7,3 (3,5)	F = 16,23	p < 0,001	1-2 p < 0,001; 1-3 p = ns; 2-3 p<0,01
Onvervuld (SD)	2,3 (2,5)	3,2 (3,0)	2,5 (2,6)	2,5 (2,6)	F = 10,63	p < 0,001	1-2 p < 0,001; 1-3 p = ns; 2-3 p = ns
Vervuld (SD)	4,7 (2,6)	5,3 (2,5)	4,8 (2,4)	4,8 (2,6)	F = 4,58	p < 0,05	1-2 p < 0,05; 1-3 = ns; 2-3 = ns
CANSAS hulpverlener							
Totaal (SD)	7,5 (3,7)	9,3 (4,0)	8,9 (3,9)	8,0 (3,9)	F = 20,80	p < 0,001	1-2 p < 0,001; 1-3 p < 0,05; 2-3 p< 0,05
Onvervuld (SD)	2,0 (2,4)	3,0 (2,9)	2,5 (2,4)	2,3 (2,5)	F = 12,91	p < 0,001	1-2 p < 0,001; 1-3 p = ns; 2-3 p< 0,05
Vervuld (SD)	5,5 (3,2)	6,3 (3,4)	6,4 (3,5)	5,7 (3,3)	F = 7,51	p < 0,01	1-2 p < 0,05; 1-3 p = ns; 2-3 p = ns

¹ Na aanvullende regressieanalyses met controle op leeftijd, geslacht, opleidingsniveau (hoog en midden versus laag), levenspartner (ja/nee), vrijwilligerswerk en/of betaald werk (ja/nee), psychosespectrumstoornis (ja/nee), psychosociaal functioneren (HoNOS-score).

migranten en patiënten met een westerse achtergrond. De hulpverleners signaleerden (in tegenstelling tot patiënten zelf) ook voor de tweedegeneratiemigranten een hoger totaal aantal zorgbehoeften dan bij de westerse patiënten.

Hulpverleners rapporteerden voor alle drie patiëntgroepen een groter aantal vervulde zorgbehoeften dan de patiënten zelf en een vergelijkbaar aantal onvervulde zorgbehoeften voor alle groepen.

Onvervulde zorgbehoeften voor de verschillen domeinen

In tabel 3 geven we het gemiddeld aantal onvervulde zorgbehoeften weer op de vier zorgdomeinen van de CANSAS vanuit het perspectief van patiënten en hulpverleners en bespreken de belangrijkste verschillen. De eerstegeneratiemigranten ervoeren zelf meer onvervulde zorgbehoeften dan de andere groepen op de domeinen ggz en voorzieningen. Vanuit het perspectief van de hulpverleners hadden de eerstegeneratiemigranten meer onvervulde zorgbehoeften dan de groep met een westerse achtergrond op de domeinen, voorzieningen en rehabilitatie.

Voor het domein ggz hadden de eerstegeneratiemigranten – zowel vanuit patiënten- als hulpverlenerperspectief ook nog meer onvervulde zorgbehoeften dan de tweedegeneratiemigranten.

Onvervulde zorgbehoeften voor de verschillende items

Tabel 4 laat op beschrijvend niveau zien op welke specifieke levensgebieden de groepen het meest verschilden. Eerstegeneratiemigranten ervoeren relatief veel onvervulde zorgbehoeften op de gebieden psychotische symptomen en lichamelijke gezondheid. Tweedegeneratiemigranten - die veelal nog thuis woonden – ervoeren meer

dan de andere groepen huisvestingsproblemen. Ook vanuit hulpverlenerperspectief hadden de eerstegeneratiemigranten meer dan de andere groepen onvervulde zorgbehoeften op het gebied van psychotische symptomen, en daarnaast op onderwijsgebied en zingeving. Eerste- en tweedegeneratiemigranten ervoeren volgens hulpverleners meer problemen op de gebieden betaald werk, activiteiten en financiën dan mensen met een westerse achtergrond.

DISCUSSIE

Het doel van dit onderzoek was inzicht krijgen in de vraag of er verschillen bestaan naar zorgbehoeften tussen patiënten met EPA en een niet-westerse migratieachtergrond en westerse patiënten. De centrale uitkomst is dat patiënten met een niet-westerse migratieachtergrond van de eerste en (zij het in mindere mate) tweede generatie gemiddeld meer (onvervulde) zorgbehoeften hebben dan westerse patiënten. Zowel patiënten zelf als hulpverleners rapporteren dit verschil waarbij er bij de laatste beoordeling mogelijk nog sprake is van onderschatting vanwege de genoemde missende informatie op een aantal domeinen. Het gaat daarbij voor de eerstegeneratiemigranten om meer (onvervulde) zorgbehoeften op de zorggebieden ggz en voorzieningen en ook rehabilitatie dan de andere twee groepen.

Mogelijke verklaringen voor gevonden verschillen

Uit onderzoek is bekend dat de sociaal-economische status (inclusief opleidingsniveau en kans op betaald werk) bij mensen met een migratieachtergrond lager is (Huijnk 2010). Dit kan deels verklaren dat de gebieden voorzieningen en rehabilitatie vaker als onvervuld worden beoordeeld, en de vraag is of het hebben van een

Tabel 3. Verschillen in gemiddeld aantal onvervulde zorgbehoeften per zorgdomein voor westerse patiënten en niet-westerse migranten van de eerste en tweede generatie (CANSAS hulpverlener- en patiëntperspectief)

	1. Westers (n = 634)	2. Niet-wes- ters 1ste generatie (n = 215)	3. Niet- westers 2de genera- tie (n = 65)	Totaal (n = 914)	F	p	Significante verschillen naar groep ¹
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
CANSAS patiënt							
ADL (range 0-4)	0,21 (0,52)	0,37 (0,70)	0,25 (0,53)	0,25 (0,57)	F = 6,11	p < 0,01	1-2 p = 0,057
Ggz (range 0-9)	0,89 (1,13)	1,27 (1,44)	0,75 (0,95)	0,97 (1,28)	F = 9,172	p < 0,001	1-2 p < 0,05; 2-3 p < 0,001
Rehabilitatie (range 0-7)	0,95 (1,30)	1,08 (1,22)	1,14 (1,51)	0,99 (1,30)	F = 1,20	ns	
Voorzieningen (range 0-5)	0,23 (0,56)	0,51 (0,81)	0,32 (0,64)	0,30 (0,65)	F = 15,76	p < 0,001	1-2 p < 0,001; 2-3 p < 0,01
CANSAS hulpverlener							
ADL (range 0-4)	0,12 (0,48)	0,15 (0,45)	0,09 (0,42)	0,13 (0,47)	F = 0,58	ns	
Ggz (range 0-9)	0,71 (1,03)	1,03 (1,26)	0,72 (1,05)	0,79 (1,10)	F = 6,97	p < 0,001	2-3 p < 0,05
Rehabilitatie (range 0-7)	1,07 (1,40)	1,51 (1,57)	1,48 (1,31)	1,21 (1,45)	F = 8,63	p < 0,001	1-2 p < 0,01
Voorzieningen (range 0-5)	0,11 (0,34)	0,32 (0,57)	0,20 (0,47)	0,16 (0,43)	F = 20,45	p < 0,001	1-2 p < 0,001

¹Na aanvullende regressieanalyses met controle op leeftijd, geslacht, opleidingsniveau (hoog en midden versus laag), levenspartner (ja/nee), vrijwilligerswerk en/of betaald werk (ja/nee), psychosespectrumstoornis (ja/nee), psychosociaal functioneren (HoNOS-score).(ja/nee), psychosociaal functioneren (HoNOS-score).

ernstige psychiatrische aandoening als migrant daarin nog extra bijdraagt.

De verklaring voor het domein ggz vanuit het perspectief van de eerste generatie is complexer. Binnen dit domein bevinden zich behoeften zoals psychisch welbevinden, psychotische symptomen, lichamelijk welbevinden en bijwerkingen van medicatie. Dit roept de vraag op of er sprake is van een mismatch in geboden zorg. Mogelijke verklaringen kunnen samenhangen met het niet adequaat inschatten van de ernst van de problemen bij mensen met een migratieachtergrond en onjuiste dosering van psychofarmaca bij deze groep (Zandi e.a. 2010), met in een laat stadium hulp zoeken en met problemen in taalvaardigheid van migranten (Montemitro e.a. 2021) of begrip van westerse verklaringenmodellen en ziekte-idioom. Het is wenselijk om in vervolgonderzoek specifiek naar deze zaken te kijken.

In ons onderzoek viel tevens op dat bij de informatie verzameld door hulpverleners vaak missende waarden worden gerapporteerd op de items seksualiteit en intimiteit. Deze bevinding sluit aan op andere literatuur waarbij de CANSAS door hulpverleners gebruikt wordt (Wennström 2008). De uitkomst dat dit echter nog vaker het geval was bij mensen met een migratieachtergrond duidt wellicht op extra schroom om bij deze groep erover te spreken.

Sterke kanten en beperkingen

Het onderzoek heeft een beschrijvend karakter met als sterke kant het aantal geïncludeerde vragenlijsten en daarmee de hoeveelheid gegenereerde data.

Het onderzoek heeft ook een aantal beperkingen. We hebben niet de bedoeling gehad om een oorzakelijke relatie te leggen tussen migratieachtergrond enerzijds en zorgbehoeften anderzijds. Het is aannemelijk dat andere casemixkenmerken dan waarop wij zicht hebben (mede) van invloed zijn op de (onvervulde) zorgbehoeften, waaronder de duur van de ziekte. Om nader inzicht te krijgen in de vraag of problemen ook minder goed aangepakt worden bij migranten zou men kunnen kijken naar verandering in de tijd en meer specifiek naar de verhouding tussen vervulde en onvervulde zorgbehoeften.

Een andere beperking is dat we door onze casusselectie met tweezijdig afgenomen vragenlijsten uit zowel patiënten- als hulpverlenerperspectief, de patiënten missen die vanwege acute problemen of om andere redenen niet hebben meegedaan aan het onderzoek. De non-responsanalyse laat zien dat de geïncludeerde patiënten minder beperkingen hebben in het functioneren dan de non-respondenten. De responsgroep verschilde niet van de non-respondenten naar migratieachtergrond. Echter, hoewel bij de interviews regelmatig gebruikgemaakt is van de tolkentelefoon konden de vragenlijsten niet worden afgenomen bij mensen die erg weinig of in het geheel geen Nederlands spraken. Ook hierdoor zullen onze resultaten niet volledig representatief zijn. Een laatste beperking is de arbitraire scheiding westers versus niet-westers. Door deze scheiding wordt er geen recht gedaan aan aanwezige verschillen binnen deze groepen. We verwijzen hiervoor naar recente discussies binnen het CBS over herijken van het onderscheid westers versus niet-westers (NRC 19 maart 2021). Zowel

Tabel 4. Selectie CANSAS-items waarop significante verschillen werden gevonden tussen de groepen in onvervulde zorgbehoeften (verschillen getoetst met per groep χ^2 -toetsen)

	Westers (n = 634)	1e gen. niet-westers (n = 215)	2e gen. niet-westers (n = 65)	χ^2 ; p
CANSAS patiënt	N (%)	N (%)	N (%)	
Wonen (n = 912) ¹	41 (4,5%)	38 (4,2%)	8 (9,0%)	23,9; p < 0,001
Lichamelijke gezondheid (n = 914) ²	98 (15,5%)	57 (25,6%)	3 (4,6%)	19,3; p < 0,001
Psychotische symptomen (n = 90) ²	84 (13,5%)	56 (26,3%)	9 (13,8%)	19,3; p < 0,001
Financiën (n = 913) ⁴	37 (5,8%)	32 (14,9%)	6 (9,4%)	17,5; p < 0,001
Uitkeringen (n = 894) ⁴	38 (6,1%)	33 (15,8%)	7 (11,1%)	18,8; p < 0,001
CANSAS hulpverlener				
Psychotische symptomen (n = 904) ²	114 (18,1%)	67 (31,2%)	13 (20,3%)	16,3; p < 0,001
Betaald werk (n = 907) ³	86 (13,7%)	58 (27,1%)	15 (23,4%)	21,6; p < 0,001
Zingeving en herstel (n = 895) ³	103 (16,6%)	58 (27,5%)	14 (22,2%)	12,2; p < 0,002
Activiteiten (n = 910) ³	47 (23,3%)	81 (37,7%)	27 (41,5%)	22,6; p < 0,001
Financiën (n = 897) ⁴	30 (4,8%)	32 (15,2%)	8 (12,9%)	25,9; p < 0,001
Onderwijs/basisvaardigheden (n = 906) ⁴	3 (0,5%)	29 (13,7%)	2 (3,1%)	76,6; p < 0,001

Items uit domeinen: 'ADL'¹, 'ggz'², 'rehabilitatie'³, 'voorzieningen'⁴

binnen de westerse als binnen de niet-westerse patiënten bestaan aanzienlijke onderlinge culturele en sociaal-maatschappelijke verschillen, waardoor het niet altijd wenselijk is deze over een kam te scheren. In toekomstig onderzoek zou het nader specificeren van etnische en culturele groepen hier ook volgens het CBS meer recht aan doen.

CONCLUSIE

Bij behandeling vanuit FACT is er sprake van meer zorgbehoeften bij patiënten met een niet-westerse migratieachtergrond van de eerste en (zij het in mindere mate) van de tweede generatie ten opzichte van westerse patiënten. Zowel patiënten zelf als hulpverleners rapporteren verschillen. Het grootste deel van het verschil in onvervulde zorgbehoeften ligt binnen de domeinen ggz en voorzieningen, en in mindere mate ook in domein rehabilitatie bij niet-westerse migranten van de eerste generatie. In prospectief vervolgonderzoek moet blijken of deze verschillen kleiner worden in de loop van de behandeling. In vervolgonderzoek moet men ook kijken of deze verschillen vooral door specifieke subgroepen worden veroorzaakt: land van herkomst en mate van integratie.

Hulpverleners zijn soms onzeker over de vraag of ze mensen met een andere culturele achtergrond wel op de juiste manier behandelen (Van Dijk 2010; Kortmann 2011; Kramer 2012). Voor de klinische praktijk lijkt het in elk geval zaak om bij mensen met een niet-westerse migratieachtergrond extra alert te zijn op onvervulde zorgbehoeften, om samen te kijken hoe deze te vervullen zijn.

De volledige literatuurlijst is opvraagbaar bij de auteurs.

LITERATUUR

- Blom MBJ, Hoek HW, Spinhoven P, e.a. Treatment of depression in patients from ethnic minority groups in the Netherlands. *Transcult Psychiatry* 2010; 47: 473-90.
- Bhugra D, Gupta S, Bhui K, e.a. WPA Guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry* 2011; 10(1): 2-10.
- Delespaul P, Berkvens B. Netwerkpsychiatrie bij complexe zorgbehoeften. Prevalentie en prioritering van zorg. In: Mulder N, Delespaul Ph, van Weeghel J, e.a. (red.). *Netwerkzorg. Op weg naar optimale herstelondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Amsterdam; Boom/de Tijdstroom; 2020. p. 61-89.
- Dijk R van. Hoofdstuk 2. Cultuur in de geestelijke gezondheidszorg. In: de Jong J, Colijn S. *Handboek Culturele psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: de Tijdstroom; 2010. p. 21-38.
- Ghane S, Kolk AM, Emmelkamp PMG. Assessment of explanatory models of mental illness: Effects of patient and interviewer characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45: 175-82.
- Huijnk WJJ, Gijsberts MIL, Dagevos JJ. Toenemende integratie bij de tweede generatie? In: van den Broek A, Bronneman-Helmers R, Veldheer V (red.). *Wisseling van de wacht: generaties in Nederland: Sociaal en Cultureel Rapport*. Den Haag: CSP; 2010. p. 297-324.
- Ingelhart R, Welzel C. Changing mass priorities: the link between modernization and democracy. *Perspectives on Politics* 2010; 8: 551-67.
- Ingleby D. Schizofrenie, migratie en etniciteit. *Nieuwe visies in onderzoek. Cultuur Migratie Gezondheid* 2008; 5(1): 10-23.
- Kwakernaak S, Swildens WE, Theunissen JR, e.a. Regionale zorgvignetten: verschillen in zorgbehoeften en psychosociaal functioneren. *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 305-16.
- Kortmann F. Een theoretisch model voor transculturele psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 355-64.

- Kortrijk HE, Kamperman AM, Mulder CL. Changes in individual needs for care and quality of life in Assertive Community Treatment patients: an observational study. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 306.
- Kramer S. Hoofdstuk 2. Probleemschets. In: *Intercultureel addendum depressie bij de Multidisciplinaire richtlijn depressie*; 2012. p. 15-24.
- Montemitro C, D'Andrea G, Cesa F, e.a. Language proficiency and mental disorders among migrants: A systematic review. *Eur Psychiatry* 2021; 64: e49.
- Mulder CL, van der Gaag M, Bruggeman R, e.a. Routine outcome monitoring voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen; een consensusdocument. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52:169-79.
- Mulder CL, Staring ABP, Loos J, e.a. De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'. *Tijdschr Psychiatrie* 2004; 46: 273-84.
- Phelan M, Slade M, Thornicroft G, e.a. (1995) The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 589-95.
- Selten JP, Cantor-Graae E, Kahn RS. Migration and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 111-5.
- Selten JP, van der Ven E, Termorshuizen F. Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. *Psychol Med* 2020; 50: 303-13.
- Singh SP, Greenwood N, White S, e.a. Ethnicity and the Mental Health ACT 1983. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 99-105.
- Swildens W, Beenackers M, Havenaar J, e.a. Behandelen en begeleiden; bruikbaarheid -aandacht voor timing en feedback van ROM. In: van Hees S, van der Vlist P, Mulder N. ROM van meten naar weten. Amsterdam: Boom; 2010. p. 71-81.
- Termorshuizen F, Smeets HM, Braam AW, e.a. Neighborhood ethnic density and psychotic disorders among ethnic minority groups in Utrecht City. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49: 1093-102.
- Termorshuizen F, van der Ven E, Velthorst E, e.a. Incidentie van psychose onder migranten in Nederland. Resultaten van de EU-GEI-Studie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2021; 165: D5585.
- Veling W, Susser E. Migration and psychotic disorders. *Expert Rev Neurother* 2011; 11: 65-76.
- Veen N, Riemersma M, Rusting T, e.a. Hoofdstuk 2. In: *Cultuursensitief addendum bij de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Schizofrenie*; 2015. p. 19-24.
- Wennström E. The Camberwell Assessment of Need as an Outcome Measure in Community Mental Health Care; 2008.
- Zandi T, Havenaar JM, Smits M, e.a. First contact incidence of psychotic disorders among native Dutch and Moroccan immigrants in the Netherlands: Influence of diagnostic bias. *Schizophr Res* 2010; 119: 27-33.

SUMMARY

Migration background and care needs of patients with severe mental illness: an empirical exploration

J. Straalman*, W.E. Swildens*, A.W. Braam

- Background** A substantial number of mental health care patients have a migration background. It is not clear whether they are given the right sort of care.
- Aim** To investigate the differences in care needs between patients from western countries and non-western first- and second-generation migrants with severe mental illness (SMI).
- Method** In a cross-sectional study the Camberwell Assessment of Needs was filled in by 914 patients and also by their mental health professionals. We looked at differences in needs in general and specifically at care needs that were met and that were not met for patients of western origin and first- and second generation non-western migrants. These differences were analysed based on care areas: 'activities of daily living', 'mental health', 'rehabilitation' and 'services'.
- Results** According to both patients and mental health workers, there were more needs for care with patients in the first and (to a lesser degree) the second generation of non-western migrants. The number of unmet needs is particularly higher for the domains 'mental health' and 'services' experienced by patients with a first generation migration background. Furthermore, for the first generation, mental health care workers mentioned more unmet needs in the rehabilitation domain. Further professionals proved to be uninformed significantly more often about the needs of patients with a migration background, that specifically does concern the items intimate relationships and sexuality.
- Conclusion** Patients with SMI and a non-western migration history have more (unmet) needs for care than western patients with SMI.

* Both first authors