

Etnische verschillen in formeel zorggebruik bij
internaliserend probleemgedrag: een onderzoek naar de
mediërende werking van informeel zorggebruik,
verbondenheid met de Nederlandse cultuur en ervaren
discriminatie

Masterthesis Jeugdstudies

Faculteit Sociale Wetenschappen

Naam: Annemieke Rietberg (3215776)

Begeleider: Dr. Gonneke W. J. M. Stevens

Aantal woorden: 5902

Datum: 16-06-2014 (eindversie)

Dankwoord

Dit artikel is het eindproduct van mijn masteronderzoek voor de master Jeugdstudies aan de Universiteit Utrecht. Zonder hulp was dit masteronderzoek niet mogelijk geweest. Vandaar dat ik in de eerste plaats mijn begeleidster Gonneke Stevens hartelijk wil bedanken. Dankzij haar betrokkenheid, adviezen en meedenken heb ik dit artikel in de huidige vorm kunnen schrijven. Daarnaast wil ik familie, vrienden, studiegenoten en in het bijzonder Bouke, Loïs en Marita bedanken voor hun steun en het geven van feedback tijdens het schrijven.

Annemieke Rietberg, juni 2014

Abstract

Doel: Het doel van het huidige onderzoek was om meer inzicht te krijgen in etnische verschillen in formeel zorggebruik, waarbij een onderscheid is gemaakt tussen verschillende typen zorg. Daarnaast werd onderzocht in hoeverre informeel zorggebruik, verbondenheid met de Nederlandse cultuur en ervaren discriminatie eventuele etnische verschillen zouden kunnen verklaren. **Methode:** Data uit de tweede fase van het Emotionele Problemen Onder Scholieren (EPOS) onderzoek zijn gebruikt. De onderzoeksgroep bestond uit 348 adolescenten van autochtone, Marokkaanse, Turkse of Surinaamse komaf in de leeftijd van 13 tot 18 jaar van wie 50 procent hoog scoorden op internaliserende problemen. Gebruik is gemaakt van zowel ouder- als adolescentenrapportages. **Resultaten:** Alle etnische groepen maakten meer gebruik van informele hulpbronnen dan van formele hulpbronnen, waarbij autochtone adolescenten van beide hulpbronnen het meest gebruik maakten en Marokkaanse adolescenten het minst. Marokkaanse adolescenten maakten significant minder gebruik van formele zorg in vergelijking met autochtone adolescenten. Dit verschil kon niet verklaard worden door een hogere mate van informeel zorggebruik, een lagere mate van verbondenheid met de Nederlandse cultuur en een hogere mate van ervaren discriminatie. **Conclusie:** De resultaten toonden etnische verschillen in formeel zorggebruik aan. Onduidelijk is welke mechanismen deze relatie verklaren. Toekomstig onderzoek zou meer inzicht kunnen geven hierin.

Inleiding

Nederland is een multiculturele samenleving waarin Turken, Marokkanen en Surinamers de grootste etnische minderheidsgroepen vormen (Lamkaddem, Spreeuwenberg, Devillé, Foets & Groenewegen, 2008). Ondanks dat internaliserend probleemgedrag in ieder geval even vaak voor lijkt te komen onder etnische minderheidsgroepen als onder adolescenten behorend tot de etnische meerderheid (Janssen et al., 2004; SCP, 2005; Vollebergh et al., 2005; Zwirs, Burger, Schulpenen & Buitelaar, 2007), zijn er aanwijzingen dat het formeel zorggebruik van adolescenten behorend tot de etnische minderheidsgroepen lager is dan dat van adolescenten behorend tot de etnische meerderheid (Lamkaddem, et al., 2008; Uiters, 2007). Zo blijkt dat ongeveer 2.5 procent van de autochtone adolescenten gebruik maakt van formele geestelijke gezondheidszorg, in tegenstelling tot 1.5 procent van adolescenten uit etnische minderheidsgroepen (GGZ Nederland, 2008). Ander onderzoek heeft aangetoond dat adolescenten uit etnische minderheidsgroepen tot 2.3 keer minder gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg dan op basis van hun aandeel in de bevolking verwacht zou mogen worden (Boon, de Haan & de Boer, 2010). Dit geldt vooral voor Marokkaanse en Turkse adolescenten en in mindere mate voor Surinaamse adolescenten. Ondervertegenwoordiging van minderheidsgroepen in de formele geestelijke gezondheidszorg komt niet alleen in Nederland voor zo blijkt uit een longitudinaal onderzoek onder Amerikanen en etnische minderheidsgroepen in Amerika, als de Latino's, Afro-Amerikanen en Aziatische Amerikanen. De minderheidsgroepen maken significant minder gebruik van formele zorg ook als er gecontroleerd werd voor verschillende voorspellers, terwijl het probleemgedrag bij deze groepen hoger ligt dan bij de Amerikanen (Ho, Yeh, McCabe & Hough, 2007; Zahner & Daskalakis, 1997). Adolescenten uit etnische minderheidsgroepen in Amerika hebben bijna 50 procent minder kans op het ontvangen van formele zorg dan autochtone Amerikaanse adolescenten (Garland, et al., 2005).

Dit betekent niet dat op basis van bovenstaande onderzoeken gesteld kan worden dat adolescenten uit etnische minderheidsgroeperingen te weinig formele geestelijke gezondheidszorg gebruiken, aangezien de autochtone meerderheid niet de maatstaf is van het zorggebruik waaraan de rest wordt afgemeten (Gezondheidsraad, 2012). Onderzoek naar adolescenten en hun psychische gezondheid in combinatie met zorggebruik zou meer inzicht kunnen geven hierin. Op dit moment is onderzoek hierover niet beschikbaar in Nederland (Gezondheidsraad, 2012). In het huidige onderzoek wordt gekeken naar etnische verschillen bij internaliserend probleemgedrag in zorggebruik, waarbij een onderscheid gemaakt wordt

tussen verschillende typen zorg, zodat inzicht wordt verkregen in de mate van gebruik van de verschillende typen zorg. Binnen het zorggebruik kunnen verschillende typen onderscheiden worden, namelijk informele zorg en formele zorg. Onder informele zorg valt hulp of steun van familie, vrienden en leerkrachten (Grinstein-Weiss et al., 2005). Onder formele zorg valt zorg waarbij een individu relatief eenvoudige en kortdurende diagnostiek en behandeling krijgt door professionals in de reguliere zorg als huisartsen en maatschappelijk werkers (Gezondheidsraad, 2012). Daarnaast kan er specialistische zorg geboden worden door onder andere psychiaters, psychologen, ambulante verslavingszorg, residentiële zorg en gesloten inrichtingen (Vanheusden, 2008).

In de literatuur zijn verschillende verklaringen gesuggereerd voor de vastgestelde etnische verschillen in formeel zorggebruik. Een eerste verklaring houdt in dat etnische minderheden minder gebruik maken van formele zorg, omdat zij terecht kunnen bij vrienden en familie voor steun en hulp (informele zorg) (Grinstein-Weiss, Fishman & Eiskovits, 2005; Tishby et al., 2001). Uit internationaal onderzoek blijkt dat wanneer adolescenten hulp zoeken bij internaliserend probleemgedrag zij meestal gebruik maken van informele zorg (Grinstein-Weiss et al., 2005; Rickwood & Braithwaite, 1994; Tishby et al., 2001). Er zijn bovendien aanwijzingen dat er etnische verschillen bestaan in de mate van formeel zorggebruik, maar er is nog weinig onderzoek verricht op dit gebied (Ayalon & Young, 2005; Biddle, Gunnell, Sharp & Donovan, 2004; Cauce et al., 2002). Uit het beperkte onderzoek dat beschikbaar is, blijkt dat ouders behorend tot de etnische minderheden eerder voor informele zorg kiezen dan ouders behorend tot de etnische meerderheid, die eerder voor reguliere zorg zouden kiezen als hun kind met emotionele problemen kampt (Cauce, et al., 2002). Er zijn bovendien empirische aanwijzingen dat er een relatie bestaat tussen informele hulp en formele hulp. Adolescenten zouden in het algemeen de voorkeur geven aan hulp van ouders en vrienden en dat draagt bij aan een lagere mate van formeel zorggebruik (Gasquet, Ledoux, Chavance & Choquet, 1999; Gould et al., 2002; Raviv, Sills, Raviv & Wilansky, 2000). Zo hebben Gasquet en collega's (1999) aangetoond dat adolescenten die hun vrienden inlichten over hun emotionele problemen, tot 50 procent minder naar een huisarts gaan dan adolescenten die hun problemen niet met vrienden bespreken. Op basis hiervan kan de verwachting worden geformuleerd dat adolescenten die informele hulp ontvangen voor psychische problemen, minder geneigd zijn om formele hulp te zoeken.

Een tweede verklaring voor verschillen tussen etnische groepen met betrekking tot verschillen in formeel zorggebruik zou wellicht gevonden kunnen worden in verschillen in de culturele achtergrond (Komter & Schans, 2008; Vollebergh, 2003). Zo is de veronderstelling

dat de Marokkaanse, Turkse en in mindere mate de Surinaamse cultuur collectivistisch georiënteerd zijn, terwijl de Nederlandse cultuur als individualistisch wordt omschreven (Komter & Schans, 2008). Kort gezegd lijkt in een individualistische samenleving de autonomie en zelfontplooiing van het individu centraal te staan, terwijl in een collectivistische cultuur de groep centraal staat en de band met familie het belangrijkste is. Verder is de collectivistische cultuur sterk gericht op reputatie en eerbehoud (Vollebergh, 2003). Mogelijk wordt daardoor minder snel hulp van een professional ingeschakeld door individuen afkomstig uit een collectivistische samenleving (Ho et al., 2007; Sharma et al., 1998). Bovendien zou de behandeling in de Nederlandse formele zorg sterk gericht zijn op het individu en dat zou slecht kunnen aansluiten bij de collectivistische structuur van etnische minderheidsgroepen (Vollebergh, 2003). Wellicht is dit een verklaring waarom etnische minderheidsgroepen in Nederland minder gebruik maken van formele zorg dan autochtone adolescenten (Cauce et al., 2002). Het voorafgaande veronderstelt dat de etnische verschillen in formeel zorggebruik voor psychische problemen verklaard kunnen worden door culturele verschillen tussen deze groepen (Ho et al., 2007). Als indicator voor deze verschillen is in het huidige onderzoek de mate van verbondenheid met de Nederlandse cultuur gemeten. Zo zijn individuen die in een hoge mate verbonden zijn met de cultuur waarin ze leven minder wantrouwend ten opzichte van formeel zorggebruik dan individuen die in een lage mate verbonden zijn, omdat zij het idee hebben dat formele zorg voor de meerderheid bedoeld is en niet voor hen (Cauce, et al., 2002; Grinstein-Weiss et al., 2005). Dat verbondenheid van belang is voor vertrouwen in de hulpverlening wordt bevestigd door verschillende onderzoeken (Ho et al., 2007; Wells, Golding, Hough, Burnam & Karno, 1989). Zo is gevonden dat adolescenten die zich sterk met de Amerikaanse cultuur verbonden voelen, significant vaker gebruik maken van hulpverlening dan adolescenten die zich minder verbonden voelen met de Amerikaanse cultuur (Wells et al., 1989). Op basis van bovenstaande wordt verwacht dat individuen behorend tot de etnische minderheid minder vertrouwen hebben in de Nederlandse zorginstaties, omdat ze zich minder verbonden voelen met de Nederlandse cultuur. Daardoor gebruiken ze minder formele zorg dan individuen behorend tot de etnische meerderheid van wie verwacht wordt dat zij meer verbonden zijn met de Nederlandse cultuur.

Ten slotte zou de mate van ervaren discriminatie een verklaring voor verschillen tussen etnische groepen in formeel zorggebruik kunnen zijn. Hoe ervaren discriminatie kan leiden tot het vermijden van formele zorg kan met de '*Social Identity Theory (SIT)*' beter begrepen worden (Verkuyten, 2002). Deze theorie stelt dat individuen hun identiteit ontlenen

aan groepen waarvan ze zich onderdeel voelen. De SIT richt zich op minderheidsgroepen die ondergewaardeerd worden in de maatschappij en er lijkt een positieve relatie te bestaan tussen een etnische minderheidspositie in de samenleving en het ervaren van discriminatie (Verkuyten, 2002). Dat betekent dat individuen behorend tot de etnische minderheid meer discriminatie zouden ervaren dan individuen behorend tot de etnische meerderheid. Dit is in overeenstemming met empirisch onderzoek waarin gevonden is dat in Nederland Turkse en Marokkaanse adolescenten meer discriminatie ervaren dan Surinaamse en Nederlandse adolescenten (Schalk-Soekar, van de Vijver & Hoogsteder, 2004; Veling et al., 2007). Mogelijk hangt de hogere mate van ervaren discriminatie bij de Turkse en Marokkaanse adolescenten samen met het feit dat deze etnische groepen door de etnische meerderheid het minst gewaardeerd worden (Verkuyten & Kinket, 2000).

Daarnaast stelt de SIT dat wanneer een groep te maken heeft met discriminatie, uitsluiting en negatieve stereotypingen zij zich op zichzelf gaat richten en het contact met andere groepen en instituten die geassocieerd worden met deze groepen vermijdt. Formele zorginstanties kunnen vallen onder de instituten die vermeden worden vanwege het ervaren van discriminatie (Spencer & Chen, 2004). Empirisch onderzoek bevestigt dat etnische minderheidsgroepen minder gebruik maken van formele zorg, omdat zij zich bedreigd voelen door 'mainstream'/culturele instituten en deze als gevolg hiervan vermijden (Burgess et al., 2008; Lauderdale, Wen, Jacobs & Kandula, 2006; Major & O'Brien, 2005; Spencer & Chen, 2004). Ook is bij andere onderzoeken in de Verenigde Staten onder etnische minderheidsgroepen die een hoge mate van discriminatie ervaren, gevonden dat zij meer gebruik maken van informele zorg dan van formele zorg (Bazargan et al., 2005; Spencer & Chen, 2004). Terwijl er meer en langer gebruik gemaakt wordt van formele zorg als de mate van ervaren discriminatie laag is voor bepaalde etnische minderheidsgroepen (Lauderdale et al., 2006). Recent onderzoek in Nederland toont aan dat Marokkanen en Turken in Nederland minder de huisarts bezoeken als zij discriminatie ervaren vanuit de samenleving (Lamkaddem, 2013). Over de relatie tussen ervaren discriminatie en formeel zorggebruik in Nederland is echter nog weinig bekend (Knipscheer & Kleber, 2005; Veling et al., 2007). Op basis van bovenstaande wordt verwacht dat Turkse en Marokkaanse adolescenten meer discriminatie ervaren en daardoor minder gebruik maken van formele zorg dan Nederlandse adolescenten.

Huidig onderzoek

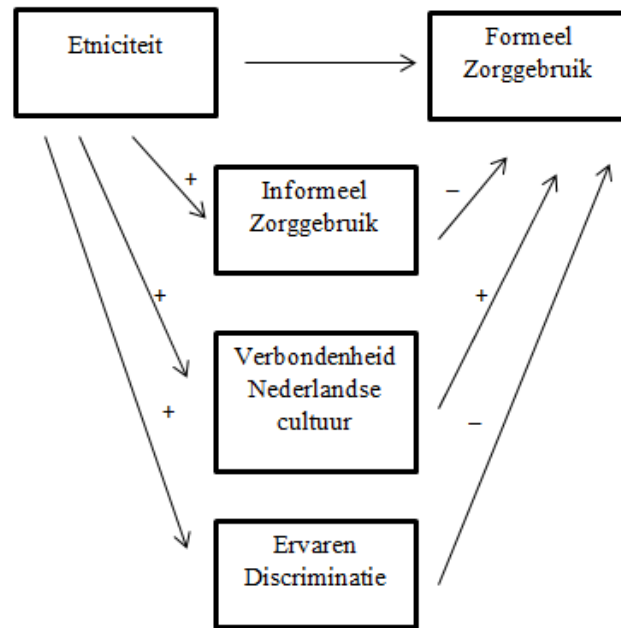
In het huidige onderzoek wordt onderzocht in hoeverre verschillen in formeel zorggebruik voor internaliserende problemen tussen adolescenten behorend tot de etnische minderheid en meerderheid verklaard kunnen worden door verschillen in informeel zorggebruik, verbondenheid met de Nederlandse cultuur en het ervaren van discriminatie. Op basis van theoretische ideeën en empirisch onderzoek zijn de volgende hypothesen opgesteld (figuur 1).

H1: Verwacht wordt dat er etnische verschillen bestaan in zorggebruik, waarbij adolescenten behorend tot de etnische meerderheid meer gebruik maken van formele hulpbronnen dan adolescenten behorend tot de etnische minderheid die naar verwachting meer informele hulpbronnen gebruiken.

H2: Verschillen in informeel zorggebruik tussen adolescenten behorend tot de meerderheid en minderheid kunnen verschillen in formeel zorggebruik tussen deze twee groepen verklaren, omdat etnische minderheden naar verwachting meer informele zorg gebruiken en een hogere mate van informele zorg gerelateerd is aan een lagere mate van formeel zorggebruik.

H3: Verwacht wordt dat ouders behorend tot de etnische meerderheid meer verbonden zijn met Nederland dan ouders behorend tot de etnische minderheid. Aangezien de mate van verbondenheid mogelijk gerelateerd is aan formeel zorggebruik wordt verwacht dat adolescenten behorend tot de etnische minderheidsgroepen minder gebruik van formele zorg maken dan adolescenten behorend tot de etnische meerderheid.

H4: Etnische verschillen in ervaren discriminatie kunnen verschillen in formeel zorggebruik verklaren, omdat adolescenten behorend tot de etnische minderheid naar verwachting meer discriminatie ervaren dan adolescenten behorend tot de etnische meerderheid. Aangezien hogere niveaus van ervaren discriminatie mogelijk gerelateerd zijn aan lagere niveaus van formeel zorggebruik, wordt verwacht dat adolescenten behorend tot de etnische minderheid minder formele zorg gebruiken dan adolescenten behorend tot de etnische meerderheid.



Figuur 1. Verwachting mediators informeel zorggebruik, verbondenheid met Nederland en ervaren discriminatie voor etnische verschillen in formeel zorggebruik.

Methode

Design en onderzoeksgroep

In het huidige onderzoek is er gebruik gemaakt van data uit het onderzoek Emotionele Problemen onder Scholieren (EPOS), dat is uitgevoerd in de periode van oktober 2009 tot april 2011 (Verhulp et al., 2013). Eerst vond een screening plaats van ongeveer 3000 adolescenten van 12 tot 18 jaar op de aanwezigheid van emotionele problemen en risico- en protectieve factoren. De adolescenten zaten op scholen waar meer dan 40% van de leerlingen van niet-Westerse afkomst was. Op basis van de screening zijn ongeveer 400 adolescenten met een Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en autochtone achtergrond geselecteerd. De helft (200) van de adolescenten scoorden op de Youth Self Report (YSR) in de borderline/klinische range op internaliserend probleemgedrag. Dat betekent dat zij meer internaliserende probleemgedragingen rapporteerden dan leeftijdsgenoten. De andere helft van de adolescenten scoorde in de normale range van de YSR. Dat betekent dat zij evenveel internaliserende probleemgedragingen rapporteerden als leeftijdsgenoten. Daarnaast zijn ook de ouders van deze adolescenten en de adolescenten zelf benaderd voor deelname aan een interview. In het interview werd gevraagd naar opvattingen over emotionele problemen en zorggebruik. De huidige steekproef bestond uit 348 respondenten van wie 43,4% een jongen en 56,6% een meisje is. De leeftijden liepen uiteen van 13 tot 18 jaar ($M= 15.02$; $SD= 1.02$).

Er is een onderscheid gemaakt in vier etnische groepen: 27,3% autochtoon, 23,6% Marokkaans, 24,7% Turks en 24,4% Surinaams.

Meetinstrumenten

Etniciteit van adolescenten is gemeten aan de hand van de definitie van het CBS: ‘indien één van de (groot)ouders van de jongere in het buitenland is geboren, behoort de adolescent tot die etnische groepering (CBS, 2000).

Zorggebruik is gemeten door te vragen naar zowel formeel zorggebruik als informeel zorggebruik. Aan de adolescenten is gevraagd of zij hulp hebben gekregen van verschillende hulpbronnen voor internaliserende problemen (Tabel 1). Hiervoor werden de adolescentenrapportages gebruikt. Formeel en informeel zorggebruik (1= Maakt gebruik van zorg, 0= Maakt geen gebruik van zorg) zijn opgenomen als dichotome variabelen. Een voorbeelditem voor formeel zorggebruik is ‘Heb je in het afgelopen jaar hulp ontvangen voor (deze) problemen met emoties van de huisarts?’ De antwoordmogelijkheden zijn ‘Nee’ of ‘Ja’. Er zijn schalen geconstrueerd voor het type zorggebruik. De schaal ‘formeel zorggebruik’ heeft een matige betrouwbaarheid (α . 58). De schaal ‘informeel zorggebruik’ heeft een goede betrouwbaarheid (α . 79).

Verbondenheid met de Nederlandse cultuur is gemeten met de vertaalde en aangepaste Psychological Acculturation Scale (PAS) (Tropp et al., 1999; Stevens, Pels, Vollebergh & Crijnen, 2004). Voor de ouderrapportages zijn uit de PAS zes items overgenomen die iets zeggen over de mate van verbondenheid met Nederlanders en de Nederlandse cultuur. Daarnaast zijn er nog acht andere items geselecteerd die verbondenheid met de Nederlandse cultuur meten. Een voorbeelditem is, ‘Ik voel me op mijn gemak bij Nederlandse mensen’. De antwoordmogelijkheden gaan van ‘1= Helemaal mee oneens’ tot ‘5= Helemaal mee eens’. De schaal heeft een goede betrouwbaarheid (α . 83).

Ervaren discriminatie is gemeten door te vragen wanneer iemand groepsdiscriminatie ervaart in verschillende situaties aan de hand van zeven items uit de ouderrapportages. Een voorbeelditem is, ‘Ik noem nu een aantal situaties op. ‘Wilt u telkens aangeven in hoeverre u vindt dat op Marokkaanse/Turkse/Surinaamse/Nederlandse mensen gediscrimineerd worden in die situatie?’ De antwoordmogelijkheden zijn gegeven op een vijfpuntsschaal van ‘1= Nooit’ tot ‘5 = Altijd’. Er is een schaal geconstrueerd voor ervaren groepsdiscriminatie met een goede betrouwbaarheid (α . 88).

Analyse-plan

Aan de hand van de Baron & Kenny steps is een mediatiemodel getoetst (Field, 2013). Ten eerste is voor de beschrijvende statistieken gekeken met Chi²-toetsen of er etnische verschillen waren in type zorggebruik. De descriptieve gegevens van verbondenheid met de Nederlandse cultuur en ervaren discriminatie zijn met eenweg ANOVA's berekend. Als er verschillen waren, werd er getoetst met een logistische regressie (zorggebruik) of Bonferroni's post-hoc toets (verbondenheid met de Nederlandse cultuur en ervaren discriminatie) om te kijken welke groepen van elkaar verschilden. Vervolgens werd gekeken met een logistische regressie of de voorspellende variabele (eticiteit) gerelateerd is aan formeel zorggebruik. Daarna is de associatie tussen de voorspellende en de mediërende variabelen (informeel zorggebruik (dichotoom), verbondenheid met de Nederlandse cultuur (continu) en ervaren discriminatie (continu)) onderzocht. Door middel van een logistische regressie is gekeken of er samenhang is tussen etniciteit en informeel zorggebruik. Met een lineaire regressie is vervolgens gekeken of er samenhang is tussen etniciteit en verbondenheid met de Nederlandse cultuur en etniciteit en ervaren discriminatie. Vervolgens is gekeken met een logistische regressie of verbondenheid met de Nederlandse cultuur en ervaren discriminatie mediators zijn voor de etnische verschillen in formeel zorggebruik. De variabele etniciteit is gecodeerd tot dummy variabele met autochtoon als referentiegroep. Vervolgens is gekeken of de voorspellende variabele effect heeft op de afhankelijke variabele, met de mediators als controlevariabelen. Als het effect tussen de eerste (voorspellende) en de afhankelijke variabele nul is als er gecontroleerd wordt voor de drie variabelen, is er sprake van volledige mediatie. Als het effect alleen maar is afgenomen maar nog wel significant is, is er sprake van partiële mediatie. Wanneer de eerste, tweede of derde stap niet significant is, kan er geen sprake zijn van mediatie.

Resultaten

Etnische verschillen in type zorggebruik, verbondenheid met de Nederlandse cultuur en ervaren discriminatie

De beschrijvende statistieken van zorggebruik zijn gepresenteerd in tabel 1. Uit de tabel blijkt dat alle groepen vaker gebruik maakten van informele zorg dan van formele zorg. Autochtone, Turkse en Marokkaanse adolescenten gaan het vaakst naar hun vader of moeder met emotionele problemen en vervolgens naar een vriend of vriendin. Surinaamse adolescenten gaan het vaakst naar een vriend of vriendin en daarna naar hun vader of moeder. Ook zijn er etnische verschillen wat betreft zorggebruik bij ouders, van vriend/vriendin en van

priester of imam. Daarom is met een logistische regressie getoetst welke groepen van elkaar verschilden waarbij de autochtone groep als referentiecategorie is genomen en gecorrigeerd werd voor sekse en leeftijd. Marokkaanse adolescenten maakten significant minder gebruik van zorg van ouders dan autochtone adolescenten (OR= .40, C.I. 95% = .22-.73, $p=.00$). Marokkaanse adolescenten maakten ook significant minder gebruik van zorg van een vriend/vriendin dan autochtone adolescenten (OR= .37, C.I. 95% = .20-.68, $p=.00$). Turkse adolescenten bleken vaker gebruik te maken van de zorg van een priester of imam dan autochtone adolescenten (OR= 8.33, C.I. 95% = 1.00-69.15, $p=.05$). Bij formeel zorggebruik gingen adolescenten het vaakst naar een hulpverlener van school en zijn er eveneens etnische verschillen gevonden. Marokkaanse adolescenten rapporteerden significant minder vaak gebruik te maken van een hulpverlener op school dan autochtone adolescenten wanneer gecorrigeerd werd voor sekse en leeftijd (OR= .24, C.I. 95% = .08-.73, $p=.01$). De andere groepen verschilden niet significant van elkaar in het gebruik van een hulpverlener op school (Surinamers OR= .87, C.I.95% =.39-1.93, $p=.73$; Turken OR= .51, C.I.95% =.21-1.22, $p=.13$). Tabel 2 laat in overeenstemming met de gegevens uit Tabel 1 zien dat Marokkaanse adolescenten significant minder kans hebben op formele zorg (dichotoom) dan hun autochtone leeftijdsgenoten. Er zijn geen verschillen gevonden tussen autochtone en respectievelijk Turkse en Surinaamse adolescenten wat betreft formeel zorggebruik.

Vervolgens zijn etnische verschillen in verbondenheid met de Nederlandse cultuur en ‘ervaren discriminatie’ geëxploreerd aan de hand van een eenweg ANOVA (Tabel 1). De resultaten laten zien dat Surinamers het hoogst scoorden op verbondenheid met de Nederlandse cultuur, gevolgd door autochtonen, Marokkanen en Turken. Uit Bonferroni’s post-hoc toets bleek dat Surinaamse en Nederlandse adolescenten significant meer verbonden zijn met de Nederlandse cultuur dan de Turkse en Marokkaanse adolescenten. Marokkaanse adolescenten zijn significant meer verbonden met de Nederlandse cultuur dan Turkse adolescenten. Verder bleek dat autochtone adolescenten het hoogst scoren op ‘ervaren discriminatie’ gevolgd door Surinamers, Turken en Marokkanen. Bonferroni’s post-hoc toets liet zien dat Marokkaanse adolescenten significant minder discriminatie ervaarden ten opzichte van de andere groepen adolescenten.

In tabel 3 is in een correlatiematrix aangegeven in hoeverre de variabelen (behalve etniciteit) met elkaar samenhangen. Sekse is positief gecorreleerd met formeel zorggebruik, en informeel zorggebruik. Dit betekent dat meisjes meer formeel zorggebruik en informeel zorggebruik rapporteren dan jongens. Formeel zorggebruik correleert positief met informeel

VERKLAREN VAN ETNISCHE VERSCHILLEN IN FORMEEL ZORGGEBRUIK

zorggebruik. Dit betekent dat een hoge score op informeel zorggebruik gerelateerd is aan een hoge score op formeel zorggebruik.

Tabel 1

Etnische verschillen in zorggebruik, verbondenheid met de Nederlandse cultuur en ervaren discriminatie voor internaliserende problemen in het afgelopen jaar

Zorggebruik	Autochtoon (n=95)	Surinaams (n=85)	Turks (n=86)	Marokkaans (n=82)	χ^2/F	<i>P</i>
	%/M (SD)	%/M (SD)	%/M (SD)	%/M (SD)		
<i>Informeel</i>						
Vader/moeder	65.3	52.9	54.7	42.7	9.13	.03
Iemand anders uit gezin	42.2	41.2	45.3	37.8	1.00	.80
Vriend/vriendin	62.1	57.6	53.5	37.8	11.51	.01
Priester/Imam	1.1	1.2	8.1	3.7	8.65	.03
Mentor/leraar	40.0	30.6	26.7	31.7	3.90	.27
Informeel totaal	86.3	78.8	80.2	67.1	9.92	.02
<i>Formeel</i>						
Hulpverlener school	17.9	15.3	10.5	4.9	7.89	.05
Huisarts	8.4	3.5	2.3	1.2	7.10	.07
Hulpverlener buiten school	9.5	5.9	7.0	3.7	2.51	.47
Hulpverlener telnr/website	0	0	2.3	2.4	4.34	.23
Formeel totaal	41.1	31.8	30.2	18.3	10.76	.01
Verbondenheid met Nederland	2.93(.69)^a	2.94(.72)^a	1.88(.83)^b	2.40(.80)^c	65.86	.00
Ervaren discriminatie	1.36(.65)^b	1.27(.71)^b	1.19(1.01)^b	.78(.70)^a	16.86	.00

Noot: De percentages zijn adolescenten die gebruik gemaakt hebben van de hulpbron. ^{a b c} uit Bonferroni's post-hoc test bleek dat deze groepen significant van elkaar verschilden.

VERKLAREN VAN ETNISCHE VERSCHILLEN IN FORMEEL ZORGGEBRUIK

Tabel 2

Logistische regressie naar etnische verschillen in formeel zorggebruik

Formeel zorggebruik	B	SE B	OR	95% C.I.	p
Sekse ^a	.65	.25	1.92	1.18-3.13	.01
Leeftijd	.15	.12	1.17	.93-1.47	.19
Surinaams	-.37	.32	.69	.37- 1.29	.24
Turks	-.55	.32	.58	.31-1.09	.09
Marokkaans	-1.13	.36	.32	.16-.65	.00

*Noot. Formeel zorggebruik is gecodeerd als 0=nee en 1=ja. C.I.= confidence interval, OR= odd's ratio, *p<.05, **p<.0, ^a= jongen is de referentiecategorie.*

Tabel 3

Correlatiematrix

Variabelen	1	2	3	4	5	6	M/%	SD
1. Sekse ^a	–						56.60	
2. Leeftijd	.023	–					15.24	1.02
3. Formeel Zorggebruik	.144**	.064	–				30.70 ¹	
4. Informeel Zorggebruik	.162**	.088	.258**	–			78.40 ¹	
5. Verbondenheid Nederlandse cultuur	-.035	-	.068	.046	–		2.55	.87
6. Ervaren Discriminatie	-.054	.018	.022	.014	-.083	–	1.16	.81

*Noot. *p < .05, **p < .01, ^a= jongen is de referentiecategorie. ¹ % =maakt gebruik van deze zorg.*

Informeel zorggebruik als mediator in de relatie tussen etniciteit en formeel zorggebruik

Om te onderzoeken in hoeverre etnische verschillen in informele zorg etnische verschillen in formele zorg kunnen verklaren, is allereerst getoetst of aan de voorwaarden van mediatie wordt voldaan aan de hand van de Baron & Kenny methode. De eerste voorwaarde houdt in dat er sprake moet zijn van significante etnische verschillen in formeel zorggebruik. Zoals hierboven beschreven zijn er inderdaad verschillen in formeel zorggebruik tussen

adolescenten met een Marokkaanse en met een Nederlandse achtergrond. De tweede voorwaarde is dat er significante etnische verschillen moeten zijn in informeel zorggebruik (dichotoom). Deze relatie is getoetst met een logistische regressie waarbij gecontroleerd werd voor sekse en leeftijd. Tabel 4 laat zien dat Marokkaanse adolescenten significant minder gebruik maakten van informele zorg in vergelijking met de autochtone adolescenten. Deze bevinding is tegengesteld aan de verwachting zoals geformuleerd in de introductie en in overeenstemming met de resultaten uit Tabel 1. De derde voorwaarde is het toetsen van de relatie tussen informeel zorggebruik en formeel zorggebruik met een logistische regressie, waarbij werd gecontroleerd voor sekse en leeftijd. Uit deze analyses bleek dat hogere niveaus van informele zorg gerelateerd waren aan hogere niveaus van formele zorg (OR= 6.14, C.I. 95% = 2.56-14.73), hetgeen eveneens in strijd is met de verwachting uit de introductie. De volgende stap is het toetsen van de relatie tussen informeel zorggebruik en formeel zorggebruik waarbij gecorrigeerd werd voor etniciteit middels een logistische regressie. Er bleek geen sprake van mediatie, aangezien er geen afname is in etnische verschillen en formeel zorggebruik door het toevoegen van de mediator informeel zorggebruik (OR= .38, C.I. 95% = .18-.78, $p=.01$).

Tabel 4

Logistische regressie naar etnische verschillen in informeel zorggebruik

Informeel zorggebruik	B	SE B	OR	95% C.I.	<i>p</i>
Sekse ^a	.79	.27	2.21	1.30-3.76	.00
Leeftijd	.18	.14	1.19	.91-1.56	.19
Surinaams	-.49	.41	.62	.28-1.36	.23
Turks	-.51	.41	.60	.27-1.35	.22
Marokkaans	-1.13	.39	.32	.15-.69	.00

*Noot. Informeel zorggebruik is gecodeerd als 0=nee en 1= ja. C.I.= confidence interval, OR=odd's ratio, * $p<.05$, ** $p<.0$, ^ajongen is referentiecategorie.*

Verbondenheid met de Nederlandse cultuur als mediator in de relatie tussen etniciteit en formeel zorggebruik

Vervolgens is met de Baron & Kenny methode getoetst of aan de voorwaarden van mediatie werd voldaan voor verbondenheid met de Nederlandse cultuur. Aan de eerste voorwaarde namelijk dat er etnische verschillen zijn in formeel zorggebruik is voldaan (zie tabel 3). De

tweede voorwaarde is dat er significante etnische verschillen moeten zijn in de mate van verbondenheid met de Nederlandse cultuur. Deze relatie is getoetst met een lineaire regressie, waarbij de autochtone groep als referentiegroep is genomen en is gecorrigeerd voor leeftijd en sekse. Hieruit bleek dat Turken en Marokkanen zich significant minder sterk verbonden voelden met de Nederlandse cultuur dan de autochtone adolescenten (Turken: $\beta = -.51, p = .00$; Marokkanen: $\beta = -.26, p = .00$; Surinamers: $\beta = .00, p = .95$). De derde voorwaarde is dat er een relatie is tussen ‘verbondenheid met de Nederlandse cultuur’ en formeel zorggebruik. Dit is getoetst aan de hand van een logistische regressie (eveneens gecorrigeerd voor leeftijd en sekse). Deze relatie bleek niet significant, waardoor niet verder op mediatie getoetst is (OR = 1.19, C.I. 95% = .91-1.55, $p = .20$).

Ervaren discriminatie als mediator in de relatie tussen etniciteit en formeel zorggebruik

Ook voor ‘ervaren discriminatie’ is getoetst of aan de voorwaarden van mediatie is voldaan aan de hand van de Baron & Kenny methode. In tabel 3 is weergegeven dat voldaan is aan de eerste voorwaarde, namelijk de relatie tussen etniciteit en formeel zorggebruik. De tweede voorwaarde stelt dat er significante etnische verschillen in ‘ervaren discriminatie’ moeten zijn. Deze relatie is getoetst met een lineaire regressie met de autochtone groep als referentiecategorie en werd er gecorrigeerd voor sekse en leeftijd. In overeenstemming met de resultaten uit Tabel 1 blijkt dat de Marokkaanse adolescenten significant minder discriminatie ervaren dan de autochtone adolescenten (Marokkanen: $\beta = -.05, p = .00$; Turken $\beta = -.09, p = .14$; Surinamers: $\beta = -.10, p = .40$). Dit is in tegenstelling tot de verwachtingen. De derde voorwaarde is het toetsen van de relatie tussen ‘ervaren discriminatie’ en formeel zorggebruik. Deze relatie was niet significant ($p = .68$). Vanwege de schending van voorwaarde 2 en 3 is niet verder op mediatie getoetst.

Discussie en conclusie

Verondersteld werd dat er etnische verschillen in zorggebruik bij adolescenten bestaan. Allochtone adolescenten zouden zijn ondervertegenwoordigd in het formele zorgcircuit in vergelijking met autochtone adolescenten ondanks dat de mate van internaliserend probleemgedrag bij beide groepen ongeveer gelijk lijkt te zijn (Janssen et al., 2004; Uiters, 2007). Het doel van de huidige studie was om etnische verschillen in formeel zorggebruik te onderzoeken en te bestuderen in hoeverre deze mogelijke verschillen verklaard konden worden door etnische verschillen in informeel zorggebruik, verbondenheid met de Nederlandse cultuur en ervaren discriminatie. In de literatuur zijn deze mogelijke

verklaringen genoemd als mechanismen die wellicht een rol kunnen spelen in het begrijpen van etnische verschillen bij formeel zorggebruik, maar deze waren nog niet eerder onderzocht (Cauce et al., 2002; Veling et al., 2007; Wells et al., 1989). Op basis van de resultaten is inderdaad te concluderen dat er etnische verschillen bij internaliserend probleemgedrag zijn in formeel zorggebruik. Marokkaanse adolescenten maakten minder gebruik van formele én informele zorg dan autochtone adolescenten. Informeel zorggebruik, verbondenheid met de Nederlandse cultuur en ervaren discriminatie bleken geen verklaringen voor etnische verschillen in formeel zorggebruik.

In overeenstemming met de verwachting lieten de resultaten zien dat autochtone adolescenten meer gebruik maakten van formele zorg dan Marokkaanse adolescenten. Tussen de andere groepen zijn geen verschillen in formeel zorggebruik gevonden. De gevonden etnische verschillen in formeel zorggebruik zijn in lijn met eerder onderzoek naar etnische verschillen en zorggebruik (Cauce et al., 2002; Yeh et al., 2004). Mogelijk zijn er nog meer etnische verschillen, gezien de percentageverschillen tussen de etnische groepen op formeel zorggebruik (Tabel 1), maar tonen de analyses dat niet aan door de relatief kleine steekproef. Bij het gebruik van formele hulpbronnen bleek dat alle groepen het vaakst gebruik maakten van een hulpverlener op school. Marokkaanse adolescenten maakten significant minder gebruik van deze hulpbron dan de autochtone adolescenten. Dat er geen significante etnische verschillen zijn gevonden in het raadplegen van de huisarts of hulpverleners buiten school is niet in overeenkomst met eerder onderzoek, waaruit bleek dat adolescenten behorend tot etnische minderheidsgroepen minder vaak deze hulpbronnen raadpleegden dan adolescenten behorend tot de etnische meerderheid (Kunst et al., 2007). Hierbij dient opgemerkt te worden dat in eerder onderzoek de mate van problemen bij adolescenten behorend tot de etnische minderheid hoger was dan bij adolescenten behorend tot de etnische meerderheid (Lamkaddem et al., 2008). In het huidige onderzoek rapporteerden adolescenten uit de verschillende etnische groepen evenveel probleemgedrag en dat verklaart mogelijk dat er in het huidige onderzoek geen etnische verschillen zijn gevonden in het raadplegen van de huisarts en hulpverleners buiten school.

Voor alle adolescenten gold dat zij meer gebruik maakten van informele hulpbronnen dan van formele hulpbronnen. Daarbij werden ouders het vaakst genoemd, gevolgd door vrienden en een ander lid van het gezin. Enkele etnische verschillen zijn gevonden, namelijk dat Marokkaanse adolescenten het minst gebruik maakten van informele hulpbronnen als ouders en vrienden in vergelijking met autochtone adolescenten. Turkse adolescenten maakten significant meer gebruik van een priester of imam in vergelijking met de autochtone

adolescenten. Turkse adolescenten zijn daarnaast vaker religieus dan autochtone adolescenten en zouden daardoor vaker hulp ontvangen van een geestelijke. Dit is in lijn met eerder onderzoek (Cauce et al., 2002; Alvidrez, 1999).

In tegenstelling tot de verwachting bleek meer informeel zorggebruik gerelateerd te zijn aan meer formeel zorggebruik. Een mogelijke verklaring voor deze uitkomst is dat adolescenten die in het informele circuit open zijn over hun problemen, wellicht makkelijker formele hulp gebruiken dan adolescenten die in het informele circuit gesloten zijn over hun problemen. Zo bleek bovendien uit eerder onderzoek onder volwassenen dat er een positieve relatie was tussen informeel zorggebruik en formeel zorggebruik, maar onder adolescenten was deze relatie nog niet eerder aangetoond (Cramer, 1999; Fisher & Farina, 1995).

Dat informeel zorggebruik geen verklaring bleek te zijn voor etnische verschillen tussen autochtone en Marokkaanse adolescenten in formeel zorggebruik kan mogelijk verklaard worden doordat in het huidige onderzoek een schaal gemaakt is van verschillende typen informeel zorggebruik, zoals ouders en vrienden. Wellicht zouden bij gebruik van afzonderlijke typen informeel zorggebruik wel verklaringen gevonden zijn om de etnische verschillen in formeel zorggebruik te verklaren. In het huidige onderzoek was het niet mogelijk om per type informele zorg te kijken, vanwege de kleine steekproef.

De verwachting dat de mate van verbondenheid met de Nederlandse cultuur etnische verschillen in formeel zorggebruik kon verklaren is niet bevestigd in de huidige studie. Uit de resultaten bleek wel dat Turkse en Marokkaanse ouders het minst verbonden waren met de Nederlandse cultuur, wat in eerdere studies ook naar voren is gekomen (ter Hiele & Smeets, 2010; Stronks, 1998). De mate van verbondenheid met de Nederlandse cultuur bleek niet gerelateerd aan de mate van formeel zorggebruik. Een mogelijke verklaring voor de inconsistente bevindingen in verschillende studies is dat eerder onderzoek vooral in de Verenigde Staten heeft plaatsgevonden (Fassaert, Hesselink & Verhoeff, 2009; Ho et al., 2007). Zo is de toegang tot formele hulpbronnen in Nederland laagdrempeliger voor individuen dan in de Verenigde Staten (Fassaert et al., 2009). Daarnaast fungeren huisartsen en maatschappelijk werkers in Nederland als doorverwijzers naar de geestelijke gezondheidszorg, terwijl de geestelijke gezondheidszorg in de Verenigde Staten minder toegankelijk is. Ook zijn individuen in Nederland verplicht om een zorgverzekering af te sluiten en in de Verenigde Staten niet, wat tot gevolg heeft dat etnische minderheidsgroepen minder vaak verzekerd waren voor formele zorg en dus ook minder formele zorg ontvingen dan de etnische meerderheid (Fassaert et al., 2009; Spencer & Chen, 2004). Het effect van verbondenheid met een cultuur op formeel zorggebruik zou door de verschillen in

toegankelijkheid en verzekering van de geestelijke gezondheidszorg mogelijk kleiner zijn in Nederland dan in de Verenigde Staten (Fassaert et al., 2009). Bovenstaande zou mogelijk verklaren waarom verbondenheid met de Nederlandse cultuur geen etnische verschillen verklaarde in formeel zorggebruik.

Ten slotte werd verwacht dat ervaren discriminatie etnische verschillen in formeel zorggebruik zou kunnen verklaren. Het huidige onderzoek toont echter aan dat ervaren discriminatie geen verklaring bleek voor etnische verschillen in formeel zorggebruik. Enerzijds bleek er geen relatie te zijn tussen ervaren discriminatie en formeel zorggebruik. Dit is niet in overeenkomst met eerder onderzoek uit de Verenigde Staten (Burgess et al., 2008; Derose, Escarce & Lurie, 2007; Ho et al., 2007). Anderzijds waren er opvallende resultaten wat betreft het ervaren van discriminatie door de verschillende etnische groepen. Zo bleek dat adolescenten behorend tot de etnische meerderheid de meeste discriminatie ervaarden in vergelijking met adolescenten behorend tot de etnische minderheid. Marokkaanse adolescenten rapporteerden de minste ervaren discriminatie. Een mogelijke verklaring hiervoor kan worden gevonden in de 'ethnic density theory' (Bécares, Nazroo & Stafford, 2009). Deze theorie stelt dat hoe kleiner de etnische dichtheid van een groep is, hoe groter de kans op het ervaren van etnische discriminatie voor deze groep. In andere studies naar ervaren discriminatie op school is bevestigd dat minderheidsgroepen meer discriminatie ervaren dan de meerderheid (Verkuyten en Thijs, 2002; Zahner & Daskaladis, 1997). De data voor het huidige onderzoek is afkomstig van zogenaamde zwarte scholen, wat betekent dat adolescenten behorend tot de etnische meerderheid een minderheidspositie bekleden in de klas. Dat zou mogelijk verklaren waarom zij meer discriminatie ervaarden in vergelijking met de adolescenten behorend tot de etnische minderheid.

Dat ervaren discriminatie geen verklaring is gebleken voor etnische verschillen in formeel zorggebruik zou verklaard kunnen worden doordat in het huidige onderzoek ervaren discriminatie is gemeten aan de hand van items die iets zeggen over het ervaren van discriminatie in situaties buiten het formele zorgcircuit. Er waren geen items die vroegen naar het ervaren van discriminatie binnen de formele zorg. Mogelijk zouden items over het ervaren van discriminatie binnen het formele zorgcircuit meer inzicht geven in etnische verschillen in formeel zorggebruik (Lamkaddem, 2013). Uit eerder onderzoek bleek namelijk dat Marokkanen meer discriminatie ervaren binnen het formele zorgcircuit in vergelijking met autochtonen (Veling et al., 2007).

Beperkingen huidig onderzoek en implicaties toekomstig onderzoek

Een limitatie van het huidige onderzoek is de kleine steekproef waarmee gewerkt is. Ook was er in weinig gevallen sprake van zorggebruik. De statistische power van de analyses kan hierdoor beperkt zijn. Mogelijk worden er bij een grotere steekproef meer significante verschillen gevonden dan in het huidige onderzoek. Daarnaast zijn de internaliserende problemen gemeten door middel van zelfrapportages door ouders en adolescenten, waardoor de neiging tot sociale wenselijkheid mogelijk wordt verhoogd. Een andere limitatie is dat het huidige onderzoek cross-sectioneel is. Hierdoor is niet aan te tonen of bijvoorbeeld het ervaren van discriminatie voorafgaat aan het gebruik van formele zorg of andersom. Longitudinaal onderzoek zou kunnen plaatsvinden om de richting van de verbanden te duiden. Daarnaast moet er rekening mee gehouden worden dat de alpha van de schaal formeel zorggebruik vrij laag was ($\alpha.58$). Dat betekent dat de items van deze schaal een matige samenhang hadden en mogelijk niet goed het construct formeel zorggebruik hebben gemeten. Eventueel zouden, naast de drie grootste etnische minderheidsgroepen in Nederland, ook andere minderheidsgroepen meegenomen kunnen worden in toekomstig onderzoek om de Nederlandse samenleving beter te representeren.

Geconcludeerd kan worden dat er etnische verschillen in formeel zorggebruik bestaan. Onduidelijk is vooralsnog welke factoren deze verschillen verklaren. Informeel zorggebruik, verbondenheid met de Nederlandse cultuur en ervaren discriminatie bleken namelijk geen verklaringen. Het huidige onderzoek draagt bij aan de literatuur, omdat het type zorggebruik van adolescenten met verschillende etnische achtergronden in kaart is gebracht. De resultaten lieten zien dat de Marokkaanse adolescenten zowel minder formele als informele zorg gebruikten dan de autochtone adolescenten. Meer onderzoek binnen de Marokkaanse groep zou inzicht kunnen geven in de manier waar op zij omgaan met internaliserende problemen en welke hulpbronnen zij gebruiken. Daarnaast is het wenselijk om bij toekomstig onderzoek gebruik te maken van een grotere steekproef. Verder zou het huidige onderzoek naar etnische verschillen in type zorggebruik, internationaal gerepliceerd kunnen worden, zodat de resultaten tussen landen vergeleken kunnen worden. Ook werd aangetoond dat alle etnische groepen meer gebruik maakten van informele zorg dan van formele zorg.

Naar aanleiding van het huidige onderzoek wordt voor de praktijk aanbevolen om informele netwerken een grotere rol te laten spelen in de samenleving om ouders laagdrempelig te kunnen ondersteunen en de afstand tot formele hulpbronnen te verkleinen (De Gruijter, Tan & Pels, 2009). Bovenstaande sluit aan bij de huidige transitie van de

VERKLAREN VAN ETNISCHE VERSCHILLEN IN FORMEEL ZORGGEBRUIK

jeugdzorg waarin de formele zorg toegankelijker wordt gemaakt voor individuen en een groter beroep wordt gedaan op het informele netwerk van een individu.

Referenties

- Alvidrez, J. (1999). Ethnic variations in mental health attitudes and service use among low-income African American, Latina, and European American young women. *Community Mental Health Journal, 35*, 515–530. doi: 10.1023/A:1018759201290.
- Ayalon, L. & Young, M. A. (2005) Racial group differences in help-seeking behaviors. *The Journal of Social Psychology, 45*, 391-403. doi: 10.3200/SOCP.145.4.391-404.
- Bazargan, M., Norris, K., Bazargan-Hejazi S, et al. (2005). Alternative healthcare use in the under-served population. *Ethnic Discipline, 15*, 31–539. doi: 10.1353/hpu.2005.0025.
- Bécares, L., Nazroo, J., & Stafford, M. (2009). The buffering effects of ethnic density on experienced racism and health. *Health Place, 15*, 700-708.
- Biddle, L., Gunnell, D., Sharp, D. & Donovan, L. (2004) Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice, 54*, 248-253.
- Boon, A. E., de Haan, A. M., & de Boer, S. B. B. (2010). Verschillen in etnische achtergrond van forensische en reguliere jeugd-ggzcliënten. *Kind en Adolescent, 31*, 16-28.
- Burgess, D. J., Ding, Yingmei., Hargreaves, M., van Ryn, M., & Phelan, S. (2008). The association between perceive discrimination and underutilization of needed medical and mental health care in a multi-ethnic community sample. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 19*, 894-911. doi: 10.1353/hpu.0.0063.
- Cauce, A. M., Domenech-Rodriquez, M., Paradise, M. et al., (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 44-55. doi: 10.1037//0022-006X.70.1.44.
- Cramer, K. M., (1999). Psychological antecedents to help-seeking behavior: a reanalysis using path modeling structures. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 381-387.
- Derose, K. P., Escarce, J. J. & Lurie, N. (2007). Immigrants and health care: sources of vulnerability. *Health Affairs, 26*, 1258-1268. doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1258.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J. C., & Groot, C. (2000). *Cotan Beoordelingsstysteem voor de kwaliteit van tests*. Amsterdam: NIP.
- Fassaert, T., Hesselink, A. E. & Verhoeff, A. P. (2009). Acculturation and use of health care services by Turkish and Moroccan migrants: a cross-sectional population-based study. *BMC Public Health, 9*, 332-341. doi: 10.1186/1471-2458-9-332.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 4rd edition. London: Sage.

- Fisher, E. H. & Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development, 36*, 368-373.
- Garland, A. F., Lau, A. S., Yeh, M., McCabe, K. M., Hough, R. L. & Landsverk, J. A. (2005). Racial and ethnic differences in utilization of mental health services among high-risk youths. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1336-1343. doi:10.1176/appi.ajp.162.7.1336.
- Gezondheidsraad (2012). Psychische gezondheid en zorggebruik van migrantenjeugd. Den Haag: Gezondheidsraad.
- GGZ Nederland (2008). Culturele herkomst van cliënten in de ggz en verslavingszorg. Utrecht: GGZ Nederland.
- Grinstein-Weiss, M., Fishman, G., Eisikovits, G. (2005). Gender and ethnic differences in formal and informal help seeking among Israeli adolescents. *Journal of Adolescence, 28*, 765-779. doi:10.1016/j.adolescence.2005.01.002.
- Gruijter, M. de. Tan, S., Pels, T. (2009). *De Frontlinie versterken. Vernieuwende initiatieven in het voorportaal van de jeugdzorg*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Hiele, ter S., Schmeets, H. (2010). *Sociale samenhang: participatie, vertrouwen en integratie*. Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
- Ho, J., Yeh, M., McCabe, K. & Hough, R. L. (2007). Parental cultural affiliation and youth mental health service use. *Journal of Youth and Adolescence, 36*, 529-542. doi: 10.1007/s10964-006-9114-x.
- Janssen, M. M. M., Verhulst, F. C., Bengi-Arslan, L., Erol, N., Salter, C. J. & Crijnen, A. A. M. (2004). Comparison of self-reported emotional and behavioral problems in Turkish immigrant, Dutch and Turkish adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 133-140. doi: 10.1007/s00127-004-0712-1.
- Kleber, R. J. & Knipscheer, J. W. (2005). Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift Voor Psychiatrie 47*, 753-759.
- Komter, A., & Schans, D. (2008). Reciprocity revisited: Give and take in Dutch and immigrant families. *Journal of Comparative Family Studies, 39*, 279-298.
- Laitinen-Krispijn S, van der Ende J, Wierdsma A., I. (1999). Predicting adolescent mental health service use in a prospective record-linkage study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 38*, 1073-1080. doi: 10.1097/00004583-199909000-00009.

- Kunst, A. E., Meerding, W. J., Varenik, N., Polder, J. J. & Mackenbach, J. P. (2007). *Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003. Zorg voor euro's - 5. Een verkenning van verschillen naar sociaal-economische positie, samenlevingsvorm en land van herkomst*. Bilthoven: RIVM.
- Lamkaddem, M., Spreeuwenberg, P., Devillé, W., Foets, M., & Groenewegen, P. (2008). Changes in health and health care use of Moroccan and Turkish migrants in the Netherlands, 2001-2005. *BMC Public Health*, 8, 40-47. doi:10.1093/eurpub/ckr113.
- Lamkaddem, M. (2013). Perceived discrimination outside healthcare settings and healthcare utilisation of Turkish and Moroccan GP patients in the Netherlands. Manuscript moet gepubliceerd worden.
- Lauderdale, D. S., Wen, M., Jacobs, E. A., & Kandula N. R. (2006). Immigrant perceptions of discrimination in health care: the California health interview survey. *Medical Care*, 44, 914-920. doi: 10.1097/01.mlr.0000220829.87073.f7.
- Major, B. & O'Brien L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Reviews of Psychology*. 56,393–421. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070137.
- Rickwood, D. J. & Braithwaite, V. A. (1994). Social psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine*, 39, 563-572. doi:10.1016/0277-9536(94)90099-X.
- Schalk-Soekar, S. R. G., Vijver, F. J. R. van de & Hoogsteder, M. (2004). Attitudes toward multiculturalism of immigrants and majority members in the Netherlands. *International journal of intercultural relations*, 28, 533-550. doi:10.1016/j.ijintrel.2005.01.009.
- SCP, WODC & CBS (2005). *Integratie, jaarrapport 2005*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Sharma, V., Murthy, S. Kumar, K., Agarwal, M., & Wilkinson, G. (1998). Comparison of people with schizophrenia from Liverpool, England and Sakalwara-Bangalore, India. *International Journal of Social Psychiatry*, 44, 225-230. doi: 10.1177/002076409804400308.
- Spencer, M. S., & Chen, J. (2004). Effect of discrimination on mental health service utilization among Chinese Americans. *American Journal of Public Health*, 94, 809–814. doi: 10.2105/AJPH.94.5.809.
- Stevens, G. W. J. M., Pels, T., Vollebergh, W. A. M. & Crijnen, A. A. M. (2004).

- Patterns of psychological acculturation in adult and adolescent Moroccan immigrants living in the Netherlands. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35, 689-704. doi: 10.1177/0022022104270111.
- Stronks, K. (1998). Migratie, acculturatie en gezondheid: een overzicht van de belangrijkste onderzoeksthema's. *Onderzoeksprogramma Cultuur en Gezondheidszorg*. Den Haag: NWO/ZON.
- Tishby, O., Turel, M., Gumble, O., Pinus, U., Ben Lavy, S., Winokour, M. & Sznajderman, S. (2001). Help seeking attitudes among Israeli adolescents. *Adolescence*, 36, 249-264.
- Tropp, L. R., Erkut, S., García-Coll, C., Alarcón, O. & Vázquez-García, H. A. (1999). Psychological acculturation: development of a new measure for Puerto Ricans on the U.S. mainland. *Educational and Psychological Measurement*, 59, 351-367. doi: 10.1177/00131649921969794.
- Uiters, E. (2007). *Primary Health Care Use among Ethnic Minorities in the Netherlands: A comparative study*. Utrecht: NIVEL.
- Vanheusden, K. (2008). *Mental health problems and barriers to service use in Dutch young adults*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Verhulp, E. E., Stevens, G. W. J. M. & Vollebergh, W. A. M. (2013). Ethnic differences in parent-adolescent agreement on internalizing disorders. Manuscript moet gepubliceerd worden.
- Verkuyten, M., & Kinket, B. (2000). Social distances in a multi ethnic society: The ethnic hierarchy among Dutch preadolescents. *Social Psychology Quarterly*, 63, 75-85. doi:10.2307/2695882
- Verkuyten, M., & Thijs, J. (2002). Racist victimization among children in the Netherlands: the effect of ethnic group and school. *Ethnic and Racial Studies*, 25, 310-331.
- Verkuyten, M. (2002). Perceptions of ethnic discrimination by minority and majority early adolescents in the Netherlands. *International Journal of Psychology*, 37, 321-332. doi:10.1080/00207590244000142.
- Veling, W., Selten, J. P., Veen., N., Laan, W., Blom, J. D. & Hoek, H. W. (2007). Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. *Schizophrenic Research*, 86, 189-193. doi:10.1093/ije/dym085.
- Vollebergh, W. A. M., Have. M. ten Dekovic, M., Oosterwegel, A., Pels, T., Veenstra, R., Winter, A. de Ormel, H. & Verhulst, F. (2005). Mental health in immigrant children in the Netherlands, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 489-496. doi: 10.1007/s00127-005-0906-1.

- Vollebergh, W. A. M. (2003). Gemiste kansen. Culturele diversiteit en de jeugdzorg. *Kind en adolescent*, 3, 136-144. doi: 10.1007/BF03060894.
- Wells, K. B., Golding, J. M., Hough, R. L., Burnam, M. A. & Karno, M. (1989). Acculturation and the probability of use of healthy services by Mexican Americans. *Health Services Research*, 24, 237-257.
- Yeh, M., Hough, R. L., McCabe, K., Lau, A. & Garland, A. (2004). Parental beliefs about the causes of child problems: exploring racial/ethnic patterns. *Child Adolescence Psychiatry*, 43, 605-612. doi : 10.1097/00004583-200405000-00014.
- Zahner, G. E. & Daskalakis, C. (1997). Factors associated with mental health, general health, and school-based service use for child psychopathology. *American Journal of Public Health*, 87, 1440-1448. doi: 10.2105/AJPH.87.9.1440.
- Zwirs, B. W. C., Burger, H., Schulpenen, T. W. J. & Buitelaar, J. K. (2007). De signalering van externaliserende stoornissen door Nederlandse, Marokkaanse, Turkse en Surinaamse ouders. *Kind en Adolescent*, 28, 248-262. doi: 10.1007/BF03061035.