

Comorbiditeit reden voor drop-out?

Een onderzoek naar de relatie van comorbiditeit en drop-out bij allochtone angstpatiënten.

Naam student: Kimsha Farmer

Studentnummer: 3576000

E-mail: k.j.farmer@students.uu.nl

Module: Master thesis

Opleiding: Klinische en Gezondheidspsychologie

Faculteit: Sociale wetenschappen

Onderwijsinstelling: Universiteit Utrecht

Studiejaar: 2013/2014

Plaats en datum: Utrecht, 13 juli 2014

Begeleider: prof. dr. Marcel van den Hout

Abstract

In de algemene richtlijnen van de Nederlandse gezondheidszorg wordt er weinig rekening gehouden met de gevarieerde samenstelling van de huidige multiculturele bevolking en cliëntenpopulatie (Bekker & Mens-Verhulst, 2008). In een Nederlands onderzoek van Rijkeboer, van den Hout, Kamps, Dijkstra & Cath (2013) is gekeken of cultuur sensitieve zorg noodzakelijk is door naar de effecten van cognitieve gedragstherapie bij angstpatiënten met verschillende culturele achtergronden te kijken en deze resultaten te vergelijken met autochtone angstpatiënten. Uit dit onderzoek bleek dat beide groepen die de behandeling hebben voltooid aanzienlijk en gelijkwaardig verbeterden. Opvallend was echter dat de drop-out bij de allochtone groep hoger lag dan de bij autochtone groep, namelijk 40,5% versus 22,4%. Een hypothese is dat deze hogere drop-out bij de migrantengroep te maken heeft met een hogere comorbiditeit. In dit onderzoek is daarom gekeken naar het verband tussen comorbiditeit en de hoge mate van drop-out onder allochtone angstpatiënten. Dit kwantitatieve onderzoek is uitgevoerd met behulp van de data uit het onderzoek van Rijkeboer, et al. (2013). Uit de resultaten bleek echter dat er geen significant verschil is in comorbiditeit tussen de autochtone groep en de allochtone groep. In beide groepen komt comorbiditeit vaak voor. Ook bleek er geen significant verschil te zijn tussen comorbiditeit in de drop-out groep en de patiënten die de behandeling wel hebben afgemaakt. Er werd geen samenhang gevonden tussen comorbiditeit bij de allochtone groep en de mate van drop-out. De voornaamste conclusie die uit het onderzoek getrokken kan worden is dat er geen verband is tussen comorbiditeit en drop-out.

Een kanttekening bij het onderzoek is dat de steekproef ongelijk verdeeld was. De autochtone groep (n=196) was veel groter dan de allochtone groep (n=37), hierdoor is mogelijk een powerprobleem opgetreden. Wellicht kan verder onderzoek met grotere, gelijke groepen een preciezer beeld geven van de invloed van comorbiditeit op de drop-out onder allochtone angstpatiënten.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. Methode	
2.1 Patiëntenpopulatie	8
2.2 Definitie van drop-out	10
2.3 Behandelingen	10
2.4 Statistische analyses	10
3. Resultaten	
3.1 Vraag 1A: Is er bij de allochtonen meer sprake van comorbiditeit dan bij de autochtonen?	12
3.2 Vraag 1B: Als er sprake is van comorbiditeit verschillen autochtonen en allochtonen dan in aantal comorbide stoornissen?	13
3.3 Vraag 2A: Hebben drop-outs vaker een comorbide stoornis dan niet drop-outs?	13
3.4 Vraag 2B: Is er een verschil tussen aantal comorbide stoornissen tussen de drop-outs en niet drop-outs?	13
3.5 Vraag 3A: Is de samenhang tussen drop-outs en comorbide stoornissen groter bij allochtonen dan bij autochtonen?	14
3.6 Vraag 3B: Als drop-outs meer comorbide stoornissen hebben dan niet drop-outs (vraag 2B), is dit verschil in aantal comorbide stoornissen dan groter voor de allochtonen vergeleken met de autochtonen?	14
4. Discussie	15
5. Referenties	17

1. Inleiding

In de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg zijn voor diverse stoornissen multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld. Het doel van deze multidisciplinaire richtlijnen is om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De cliënt moet er beter van worden en het biedt de hulpverlener steun en houvast. In de algemene richtlijnen wordt er weinig rekening gehouden met de gevarieerde samenstelling van de huidige multiculturele bevolking en cliëntenpopulatie (Bekker & Mens-Verhulst, 2008).

Ongeveer twintig procent van de Nederlandse bevolking allochtoon. Een allochtoon wordt volgens het Centraal Bureau van Statistiek (CBS) gedefinieerd als 'een persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland geboren is'. Daarnaast is er een onderscheid gemaakt tussen de eerste generatie (mensen die in het buitenland geboren zijn) en de tweede generatie (mensen die in Nederland geboren zijn) (van 't Land, Grolleman, Mutsaers, Smits, 2008). Twaalf procent van de bevolking heeft een niet-westerse achtergrond (CBS, 2013). De grootste groepen zijn van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst.

Uit gegevens blijkt dat niet-westerse allochtonen steeds beter hun weg vinden naar de geestelijke gezondheidszorg (Schrier, Theunissen, Kempe & Beekman, 2005). Het percentage allochtonen in de geestelijke gezondheidszorg bedraagt ruim vijftien procent (Knipscheer & Kleber, 2005). Angststoornissen zijn in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg onder autochtonen en allochtonen het meest voorkomend. De lifetime prevalentie van angststoornissen ligt ongeveer tussen de zeven en zevenentwintig procent onder de in Nederland wonende migranten. De lifetime prevalentie van angststoornissen onder de autochtonen is lager en is vastgesteld op ongeveer negentien procent (Bekker & Mens-Verhulst, 2008).

Uit onderzoek van van 't Land, et al. (2008) blijkt dat allochtonen meer gezondheidsklachten en eenzaamheidsgevoelens ervaren dan autochtonen. Bepaalde groepen allochtonen zijn daarbij kwetsbaarder voor het ontwikkelen van psychische problematiek op basis van hun sociaaleconomische

status, hun immigratie-ervaringen en acculturatiestress. Deze groepen hebben vaker een lagere opleiding, laag inkomen, minder vaak betaald werk en een ongezonde leefstijl (overgewicht, roken) . De geestelijke- en lichamelijke gezondheid hangt vaak samen en lichamelijke problemen van allochtonen kunnen zich in meerdere psychische klachten vertalen (van 't Land, et al., 2008).

Omdat het aantal allochtonen in de zorg stijgt zijn er verschillende initiatieven genomen om de zorg aan allochtonen te verbeteren. Er zijn in Nederland drie benaderingen te onderscheiden. De eerste benadering berust op de universaliteitshypothese. Volgens deze benadering is een cultuurspecifieke behandelingsmethode niet nodig, omdat deze visie gelooft dat symptomen van psychische aandoeningen universeel voorkomen. Voor autochtonen en allochtonen geldt dezelfde aanpak en hetzelfde zorgaanbod (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, z.j.). De tweede benaderingswijze is de relativiteitshypothese en deze beschouwt elke cultuur als een afzonderlijk geheel met eigen opvattingen over normaal en abnormaal gedrag (Knipscheer en Kleber, 1998). Volgens deze benadering kunnen psychische klachten alleen binnen de culturele context van het individu gediagnosticeerd en behandeld worden. De laatste benadering is een combinatie van de eerste en de tweede benadering. Psychische aandoeningen hebben universele kenmerken, maar de verschijningsvorm van de symptomen en de processen worden volgens deze benadering beïnvloed door sociale en culturele factoren. Er zitten voor- en nadelen aan verschillende benaderingswijzen en deze hebben ook gevolgen voor de wijze van zorgverlening (Knipscheer en Kleber, 1998). Stigmatisering, generalisaties en vooroordelen kunnen volgens Knipscheer & Kleber (1998) daarvan het gevolg zijn. Helemaal geen aandacht voor cultuurverschil betekent echter dat van de cliënt volledige aanpassing ('assimilatie') aan de westers georiënteerde geestelijke gezondheidszorg wordt verwacht (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, z.j.).

In Nederlandse richtlijnen is cognitieve gedragstherapie de voorkeursbehandeling voor de meeste angststoornissen. Cognitieve gedragstherapie is ontwikkeld in het westen. Vanuit verschillende hoeken wordt geopperd dat bij er de behandeling van allochtonen rekening gehouden moet worden met de culturele achtergrond van de cliënt. De vraag of cultuurspecifieke hulp effectiever is, is onderzocht in een onderzoek van Rijkeboer, van den Hout, Kamps, Dijkstra & Cath (2013). In dit

Nederlandse onderzoek is gekeken naar de effecten van cognitieve gedragstherapie bij angstcliënten met verschillende culturele achtergronden. De behandeling van een groep autochtonen met een angststoornis (n=196) werd vergeleken met een groep migranten uit voornamelijk islamitische landen met een angststoornis (n=37). Alle cliënten werden op dezelfde polikliniek in Nederland behandeld, in het Academisch angstcentrum in Utrecht, een onderdeel van Altrecht en samenwerkingsproject van Altrecht en Universiteit Utrecht. Om de klachten te meten zijn de Outcome Questionnaire-45, de Brief Symptom Inventory en de Beck Depression Inventory gebruikt. Uit het onderzoek bleek dat beide groepen die de behandeling hebben voltooid aanzienlijk en gelijkwaardig verbeterden op alle drie de metingen. Opvallend was echter dat de drop-out bij de allochtone groep hoger lag dan de bij autochtone groep, namelijk 40,5% versus 22,4%. Een hypothese is dat deze hogere drop-out bij de migrantengroep te maken heeft met een hogere comorbiditeit.

Bij migranten en vluchtelingen komt comorbiditeit met stemmingsstoornissen en somatoforme stoornissen vaak voor (de Jong, 2008). Uit een onderzoek van Schrier, de Wit, Coupé, Fassaert, Verhoeff, Kupka, Dekker & Beekman (2012) blijkt dat de prevalentie van comorbide angst- en depressieve stoornissen hoger ligt bij Turkse Nederlanders (9,8%) en Marokkaanse Nederlanders (3,8%) vergeleken met autochtone Nederlanders (2,3%). Comorbide stoornissen zijn vaak ernstiger dan enkele stoornissen en behalen slechtere behandelresultaten (Roy-Byrne, Stang, Wittchen, Üstün, Walters en Kessler, 2000).

Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren is het belangrijk om te weten of comorbiditeit een rol speelt bij de hogere drop-out onder allochtone angstcliënten. Mocht er een duidelijk verband zijn tussen drop-out en comorbiditeit, dan kan dit relevant zijn voor het beleid. Het doel van dit onderzoek is om de volgende vragen te beantwoorden:

Vraag 1:

- A. Is er bij de allochtone groep sprake van meer comorbiditeit dan bij de autochtone groep?
- B. Als er sprake is van comorbiditeit, verschillen autochtonen en allochtonen dan in aantal comorbide stoornissen?

Vraag 2:

- A. Hebben drop-outs vaker een comorbide stoornis dan niet drop-outs?
- B. Is er een verschil tussen aantal comorbide stoornissen tussen de drop-outs en niet drop-outs?

Vraag 3:

- A. Is de samenhang tussen drop-outs en comorbide stoornissen groter bij allochtonen dan bij autochtonen? En is dus het risico op drop-out, gegeven een comorbide stoornis, groter bij allochtonen dan bij autochtonen?
- B. Als drop-outs meer comorbide stoornissen hebben dan niet drop-outs (vraag 2B), is dit verschil in aantal comorbide stoornissen dan groter voor de allochtonen vergeleken met de autochtonen?

Het onderzoek zal worden gedaan met de data van het genoemde onderzoek van Rijkeboer et al. (2013).

2. Methode

2.1 Patiëntenpopulatie

In dit onderzoek zijn alle cliënten met een angststoornis doorverwezen door huisartsen, psychiaters en klinische psychologen van verschillende geestelijke gezondheidsinstellingen voor een tweedelijns of derdelijns behandeling bij Altrecht Academisch Angstcentrum. De meeste cliënten worden doorverwezen omdat de klachten niet genoeg zijn verminderd na een niet-gespecialiseerde behandeling. Altrecht Academisch Angstcentrum is een gespecialiseerde afdeling opgericht in samenwerking met de Universiteit van Utrecht. Altrecht Academisch Angstcentrum biedt zorg aan cliënten met: complexe angst- en dwangstoornissen, hypochondrie, stoornis in de lichaamsbeleving en ticstoornissen.

De eerste steekproef bestond uit een opeenvolgende reeks van 302 (poliklinische) cliënten die de behandeling tussen 2007 en 2011 zijn begonnen. Van 47 cliënten ontbraken data van de nameting. Volgens de gegevens van de behandelaren waren deze cliënten wel succesvol behandeld. In deze gevallen hebben de behandelaren de onderzoekerassistenten niet goed geïnformeerd dat ze de nameting konden uitvoeren of hebben cliënten niet gereageerd op verzoeken om de nameting te voltooien. Aangezien deze cliënten niet beschouwd kunnen worden als drop-out, zijn ze uit het onderzoek gehaald.

Het doel van het onderzoek was om de effectiviteit van behandeling tussen westerse en niet-westerse cliënten uit voornamelijk islamitische landen te vergelijken. Om de groepen zo homogeen mogelijk te maken, zijn 22 immigranten uitgesloten van de analyses: a) 10 cliënten geboren in de voormalige Nederlandse koloniën (Nederlandse Antillen: $n = 3$; Suriname: $n = 6$; Indonesië: $n = 1$); b) 5 cliënten geboren in niet-westerse landen die niet voornamelijk islamitisch zijn (Eritrea: $n = 1$, Kameroen: $n = 2$, Rwanda: $n = 1$, en Angola: $n = 1$); en c) 7 cliënten, die zelf in Nederland geboren zijn, maar van wie de ouders oorspronkelijk uit Marokko ($n = 5$) of Turkije ($n = 2$) komen. Bij de overige 233 cliënten

hebben 174 cliënten de behandeling afgerond en 59 cliënten zijn vroegtijdig gestopt met de behandeling. In dit onderzoek is de populatie verdeeld onder westerse en niet-westerse (islamitische) cliënten. De westerse groep (n=196) bestond uit 183 cliënten (93,4%) die in Nederland zijn geboren en 13 cliënten (6,6%) die elders geboren zijn (voormalig Joegoslavië: n = 3; België: n = 2; Roemenië: n = 2; UK: n = 2; Duitsland: n = 1; Spanje: n = 1; Rusland: n = 1; Costa Rica: n = 1). De niet-westerse groep (n = 37) bestond uit eerste generatie immigranten (Marokko: n=22; Irak: n=4; Iran: n=4; Turkije: n=2, Afghanistan: n=1; Algerije: n=1; Somalië: n=1; Syrië: n=1; Egypte: n=1). Zie tabel 1 voor meerdere eigenschappen van de patiëntenpopulatie. Tabel 1 is overgenomen uit het onderzoek van Rijkeboer et al. (2013).

Tabel 1: Eigenschappen van de westerse en niet-westerse patiëntenpopulatie (Rijkeboer, et al., 2013)

	Western (n=196)	non-Western (n=37)	Statistics
<i>Gender</i>			
female	119 (60.7%)	22 (59.5%)	$\chi^2(1)=.021$; NS
male	77 (39.3%)	15 (40.5%)	
<i>Age</i>	$M=33.9$; $SD=10.2$	$M=35.2$; $SD=7.3$	$t(231)=.755$; NS
<i>Education level</i>			
low	52 (26.5%)	19 (51.4%)	$\chi^2(1)=9.05$; $p=.003$
medium-high	144 (73.5%)	18 (48.6%)	
<i>Medication</i>			
yes	110 (56.1%)	16 (43.2%)	$\chi^2(1)=2.08$; NS
no	86 (43.9%)	21 (56.8%)	
<i>Earlier treatment</i>			
yes	136 (69.4%)	20 (54.1%)	$\chi^2(1)=3.31$; NS
no	60 (30.6%)	17 (45.9%)	
<i>Drop-out</i>			
yes	44 (22.4%)	15 (40.5%)	$\chi^2(1)=5.39$; $p=.020$
no	152 (77.6%)	22 (59.5%)	
<i>Nr. sessions completers</i>	$M=19.1$; $SD=10.2$	$M=21.4$; $SD=12.5$	$t(159)=.919$; NS
<i>Nr. sessions drop-outs</i>	$M=9.9$; $SD=8.7$	$M=9.6$; $SD=7.6$	$t(48)=-.130$; NS
<i>Therapy Mode</i>			
individual	173 (88.3%)	34 (91.9%)	$\chi^2(1)=.413$; NS
group	23 (11.7%)	3 (8.1%)	
<i>Principal diagnosis</i>	GAD: 25 (12.8%) OCD: 45 (23%) PTSD: 14 (7.1%) PD: 45 (23%) SocPh: 48 (24.5%) Hypoch: 8 (4.1%) SpecPh: 7 (3.6%) NOS: 4 (2%)	GAD: 3 (8.1%) OCD: 2 (5.4%) PTSD: 13 (35.1%) PD: 11 (29.7%) SocPh: 5 (13.5%) Hypoch: 1 (2.7%) SpecPh: - - NOS: 2 (5.4%)	n/a*
<i>Co-morbidity</i> (number of diagnoses)	≥ 1 : 158 (80.6%) ≥ 2 : 101 (51.5%) ≥ 3 : 42 (21.4%)	≥ 1 : 33 (89.2%) ≥ 2 : 19 (51.4%) ≥ 3 : 10 (27%)	$\chi^2(1)=1.52$; NS $\chi^2(1)=.000$; NS $\chi^2(1)=.587$; NS

Note: GAD: gegeneraliseerde angststoornis; OCD: obsessief compulsieve stoornis; PTSD: post traumatische stress stoornis; PD: paniek stoornis met of zonder agorafobie; SocPh: sociale fobie; Hypoch: hypochonder; SpecPh: specifieke fobie; NOS: angststoornis niet anders sinds omschreven; n/a*: Pearson chikwadraat kon niet worden berekend.

2.2 Definitie van drop-out

In dit onderzoek wordt gesproken van drop-out als een cliënt de therapie eerder verlaat dan het aantal afgesproken sessies. Bij de drop-out groep ligt het initiatief om de behandeling vroegtijdig te verlaten bij de cliënt en heeft dit met of zonder overleg van de behandelaar gedaan. Wanneer therapeut en cliënt beiden tevreden waren over de resultaten van de behandeling en de behandeling op initiatief van de behandelaar werd beëindigd, werd de cliënt niet als drop-out beschouwd.

2.3 Behandelingen

Alle cliënten zijn behandeld bij Altrecht Academisch Angstcentrum. Altrecht is TOPGGZ erkend. De behandeling werd uitgevoerd door gecertificeerde therapeuten die ervaren zijn met het uitvoeren van cognitieve-gedragstherapie. Daarbij kwamen de therapeuten wekelijks samen voor supervisie. In beide groepen werden 9 van de 10 cliënten individueel behandeld. De behandeling bestond bij de westerse groep uit ongeveer 19 sessies ($SD=10,3$) en bij de niet-westerse groep bestond de behandeling uit ongeveer 21 sessies ($SD=12,5$). De behandeling volgde de richtlijnen voor de behandeling van angststoornissen en bestond uit diverse varianten van cognitieve gedragstherapie.

2.4 Statistische analyses

De statistische analyses zijn uitgevoerd met SPSS 18. Voor de analyses zijn de data van het genoemde onderzoek van Rijkeboer et al. gebruikt. De data zijn voordat de analyses plaats vonden gecontroleerd op afwijkingen. Uit onze controle bleek dat de data compleet was en er geen afwijkingen waren.

Om vraag 1A (Is er bij de allochtonen sprake van meer comorbiditeit dan bij de autochtone groep?) te beantwoorden en na te gaan of twee groepen (autochtonen en allochtonen) van elkaar verschillen in comorbiditeit is de chikwadraattoets gebruikt. De toets berekent of er werkelijk een verschil is tussen de twee groepen en of het verschil significant is. Om een duidelijker beeld te krijgen van de verhoudingen is de odds ratio nog berekend. Om te kijken of er een verschil is in aantal comorbide stoornissen tussen de westerse en de niet-westerse groep en dus om vraag 1B (Als er sprake is van comorbiditeit verschillen allochtonen en autochtonen dan in aantal comorbide stoornissen?) te beantwoorden is er gebruik gemaakt van (independent) t-toets.

Vraag 2A (Hebben drop-outs vaker een comorbide stoornis dan niet drop-outs?) gaat over het vergelijken van de drop-out en niet drop-out groep met comorbiditeit, om dit te doen is de chikwadraattoets gebruikt. Om een duidelijker beeld te krijgen van de verhoudingen is de odds ratio nog berekend. Om het verschil in aantal comorbide stoornissen tussen drop-outs en geen drop-outs te berekenen en dus vraag 2B (Is er een verschil tussen aantal comorbide stoornissen tussen de drop-outs en niet drop-outs?) te beantwoorden is de t-toets gebruikt.

Vraag 3A (Is de samenhang tussen drop-outs en comorbide stoornissen groter bij allochtonen dan bij autochtonen?) betreft de samenhang tussen drop-outs en comorbiditeit en of deze groter is bij de niet-westerse groep ten opzichte van de westerse groep. Deze vraag is beantwoord door middel van de chikwadraattoets. Om de verhoudingen duidelijker in beeld te krijgen is hierna gebruik gemaakt van de odds ratio. Vraag 3B (Als drop-outs meer comorbide stoornissen hebben dan niet drop-outs (vraag 2B), is dit verschil in aantal comorbide stoornissen dan groter voor de allochtonen vergeleken met de autochtonen?) gaat over het berekenen of er een verschil is in aantal comorbide stoornissen in de drop-out groep tussen autochtonen en allochtonen. Deze vraag kon echter niet beantwoord worden, gezien vraag 2B (verschil in aantal comorbide stoornissen tussen drop-outs en niet drop-outs) niet significant bleek te zijn.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van dit het onderzoek gepresenteerd. De analyses van de variabelen en de verbanden tussen deze variabelen worden uitgelegd.

3.1 Vraag 1A: Is er bij de allochtone groep sprake van meer comorbiditeit dan bij de autochtone groep?

Tabel 2 laat het aantal comorbide stoornissen zien in de autochtone groep en de allochtone groep. In de autochtone groep hebben 158 van de 196 (80,6%) mensen een comorbide stoornis en in de allochtone groep hebben 33 van de 37 (89,2%) mensen een comorbide stoornis. Met behulp van de chikwadraattoets is gekeken of er een significant verschil te zien is in aantal comorbide stoornissen tussen de twee groepen. De verschillen tussen de groepen zijn niet significant ($\chi^2(1) = 1,550, p > 0,05$).

Om te kijken wat de verhoudingen zijn tussen de twee groepen is de odds ratio berekend. De odds ratio is 1,984 (> 1) wat wil zeggen dat de kans groter is dat de allochtone groep een comorbide stoornis heeft, maar het verschil is niet significant.

Tabel 2: Aantal comorbide stoornissen in autochtone en allochtone groep

	Autochtonen (n=196)	Allochtonen (n=37)	Totaal
Geen comorbiditeit	38	4	42
Wel comorbiditeit	158	33	191
Totaal	196	37	233

3.2 Vraag 1B: Als er sprake is van comorbiditeit, verschillen autochtonen en allochtonen dan in *aantal* comorbide aandoeningen?

Om te berekenen of er significante verschillen zijn in aantal comorbide stoornissen tussen de autochtone groep en de allochtone groep is er gebruik gemaakt van een t-toets. Hier kwam geen significant verschil uit ($t = -1.093$, $p > 0,05$).

3.3 Vraag 2A: Hebben drop-outs vaker een comorbide stoornis dan niet drop-outs?

Met behulp van een chikwadraattoets is berekend of drop-outs vaker een comorbide stoornis hebben dan niet drop-outs. Uit de resultaten bleek dat er geen significant verschil is in comorbide stoornissen tussen drop-outs en niet drop-outs ($\chi^2(1) = 0,62$, $p > 0,05$). Om te kijken wat de verhoudingen zijn tussen de twee groepen is met behulp van tabel 3 de odds ratio berekend. De odds ratio is 1,104 (> 1) wat wil zeggen dat de kans iets groter is dat de drop-out groep een comorbide stoornis heeft.

Tabel 3: Comorbide stoornissen bij niet drop-outs en drop-outs

	Niet drop-outs (n=174)	Drop-outs (n=59)	Totaal
Geen comorbiditeit	32	10	42
Wel comorbiditeit	142	49	191
Totaal	174	59	233

3.4 Vraag 2B: Is er verschil tussen *aantal* comorbide stoornissen tussen de drop-outs en niet drop-outs?

Om het verschil tussen aantal comorbide stoornissen tussen drop-outs en niet drop-outs te berekenen is gebruik gemaakt van de t-toets. Het verschil blijkt niet significant te zijn ($t = 0,468$, $p > 0,05$).

3.5 Vraag 3A: Is de samenhang tussen drop-outs en comorbide stoornissen groter bij de allochtonen dan bij de autochtonen? Is het risico op drop-out, gegeven een comorbide stoornis, groter bij allochtonen dan bij autochtonen?

Om te berekenen of deze samenhang significant verschilt is gebruik gemaakt van de chikwadraattoets. Er blijkt geen significant verschil te zijn tussen autochtone drop-outs met een comorbide stoornis en allochtone drop-outs met een comorbide stoornis ($\chi^2(1)=2,399$, $p >0.05$). Om te kijken wat de verhoudingen zijn tussen de twee groepen is met behulp van tabel 4 de odds ratio berekend. De odds ratio is 1,869 (> 1) wat wil zeggen dat de kans groter is dat er een samenhang is tussen drop-out en comorbide stoornissen bij de allochtonen dan bij de autochtonen.

Tabel 4: *Samenhang tussen drop-out en comorbide stoornissen bij autochtonen en allochtonen*

Angstpatiënten met comorbide stoornissen (n=191)	Niet drop-outs	Drop-outs	Totaal
Autochtonen	121	37	158
Allochtonen	21	12	33
Totaal	142	49	191

3.6 Vraag 3B: Als drop-outs meer comorbide stoornissen hebben dan niet drop-outs (vraag 2B), is dit verschil in aantal comorbide stoornissen dan groter voor de allochtonen vergeleken met de autochtonen?

Gezien er uit vraag 2B blijkt dat er geen sprake is van meer comorbide stoornissen bij de drop-out groep dan bij de niet drop-out groep, kan deze vraag niet beantwoord worden.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om te onderzoeken of comorbiditeit een rol speelt bij de hoge mate van drop-out onder allochtone angstpatiënten. Uit de resultaten blijkt dat er geen significant verschil was tussen de hoge mate van drop-out en comorbiditeit onder allochtone angstpatiënten. Er is ook geen significant verschil in *aantal* comorbide stoornissen tussen de twee groepen. In beide groepen was er sprake van veel comorbiditeit, 80,6% bij de autochtone groep en 89,2% in de allochtone groep. Daarbij blijkt dat drop-outs niet vaker een comorbide stoornis hebben dan patiënten die de behandeling hebben afgerond. Ook is er geen significant verschil in aantal comorbide stoornissen tussen de drop-outs en de patiënten die de behandeling hebben afgerond. Het hebben van een comorbide stoornis is dus geen voorspeller voor drop-out tijdens een behandeling.

Wel geven de odds ratio's een indicatie dat de allochtone groep een grotere kans heeft om een comorbide stoornis te hebben dan de autochtone groep. Daarnaast blijkt dat de kans groter is dat de drop-out groep een comorbide stoornis heeft dan de patiënten die de behandeling hebben afgerond. Tot slot blijkt uit de odds ratio's dat er een grotere samenhang is tussen de drop-outs en comorbiditeit bij de allochtonen dan bij de autochtonen.

Uit een onderzoek van Schier, et al. (2012) blijkt dat de prevalentie van comorbide angst- en depressieve stoornissen hoger ligt bij Turkse Nederlanders (9,8%) en Marokkaanse Nederlanders (3,8%) vergeleken met autochtone Nederlanders (2,3%). Het is interessant dat de prevalentie in zijn onderzoek hoger is dan in dit onderzoek. Wellicht is een van de oorzaken hiervan de grootte van de steekproef. De autochtone groep is veel groter ($n=196$) dan de allochtone groep ($n=37$). Hierdoor zou er sprake kunnen zijn van een powerprobleem. Een te kleine steekproef kan ertoe leiden dat een werkelijk effect niet zichtbaar wordt. Voor verder onderzoek wordt aangeraden om een grotere steekproef te nemen en te zorgen dat de groepen gelijk zijn.

Kortom, de hypothese dat comorbiditeit een invloed heeft op de hoge mate van drop-out onder allochtone angstpatiënten wordt in dit onderzoek verworpen. Er is in beide groepen sprake

van veel comorbiditeit. Wel blijkt dat allochtonen een iets grotere kans op comorbiditeit hebben en een iets grotere kans op drop-out wegens comorbiditeit. Nader onderzoek met grotere groepen zou kunnen uitwijzen of dit verband significant is.

Referenties

Bekker, M. & Mens-Verhulst, J. (2008). *GGZ en Diversiteit: Prevalentie en Zorgkwaliteit. Programmeringsstudie 'Etniciteit en gezondheid' voor ZonMw*. Tilburg: Universiteit van Tilburg

Borra, R. (2003). Cultuur en psychiatrische diagnostiek: stemmingsstoornissen bij allochtonen. *Bijblijven Stemningsstoornissen*, 2003/19/9, 19, 381-393.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2013). *Bevolking*. Geraadpleegd op 2 maart 2013: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/allochtonen/faq/specifiek/faq-hoeveel-allochtonen.htm>

Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (1998). Migranten, psychische (on)gezondheid en hulpverlening. *De Psycholoog* 33 (4), 151-157.

Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2005). Psychotherapie met allochtonen – écht anders? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 60 (7/8), 717-724.

Land, H. van 't, Grolleman, J., Mutsaers, K. en Smits, C. (2008). *Tendrapportage GGZ 2008. Deel 2. Toegang en Zorggebruik*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (2003). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg, achtergrondstudie voor Interculturalisatie van de gezondheidszorg*, Geraadpleegd op 12 maart 2013: <http://www.rvz.net/data/download/publ99-22.pdf>

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (z.j.). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 12 maart 2013: <http://www.rvz.net/publicaties/bekijk/allochtone-clienten-en-geestelijke-gezondheidszorg>

Rabbae, N., Smits, C. & Franx, G. (2008). Wie kiespijn heeft, zoekt zelf een arts: informatiebehoefte

van Turkse en Marokkaanse cliënten met depressie. *Cultuur migratie gezondheid*, 5 (2) 86-95.

Rijkeboer, M.M., Hout, M.A. van den, Kamps, M., Dijkstra, H. & Cath, D.C. (2013) *Effects of Cognitive Behavior therapy in anxiety disordered patients with Caucasian and Islamic backgrounds*. Utrecht: Universiteit Utrecht

Roy-Byrne, P.P., Stang, P., Wittchen, H-U., Üstün, B., Walters, E. & Kessler, R.C. (2000). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity SurveyL Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. *British Journal of Psychiatry*. 176, 229-235.

Schrier, A.C., Theunissen, J.R., Kempe, P.T. & Beekman, A.T.F. (2005) . Migranten in de ambulante ggz maken een inhaalslag. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 47,771-777.

Schrier, A.C., Wit, M. de, Coupé, V.M.H., Fassaert, T., Verhoeff, A.P., Kupka, R.W., Dekker, J.J.M. & Beekman, A.T.F. (2012). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A comparative population study in Western and non-Western inhabitants in the Netherlands. *International Journal of Social Psychiatry* 2012; 58(2): 186-194

Wit, M.A.S., Tuinebreijer, W.C., Beekman, ATF, Dekker, J., Gorissen, W.H.M., Penninx, B.W., Komproe, I.H., Mesu, P.S., Verhoeff, A.P. (2006). *Stemmings- en angststoornissen in Amsterdam: verschillen in voorkomen en zorggebruik naar etniciteit*. Amsterdam: GGD.