

Drop-outs in de allochtone cliëntengroep van de GGZ

Mogelijke voorspellers



Valerie Hamidi-Hunkar 3054608

Masterprogramma KGP, augustus 2015

Begeleiders: Prof.dr. Rolf J. Kleber van de Universiteit Utrecht en Dr. Sam Ghane van I-Psy
Utrecht

Samenvatting

In Nederland is er veel aandacht besteed aan de interculturalisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Het blijkt dat allochtone cliënten vaker vroegtijdig de psychologische behandeling stoppen dan autochtone cliënten. Er zijn hiervoor een aantal mogelijke voorspellers. Dit onderzoek geeft een beschrijving van de drop-outs binnen de allochtone clientengroep van I-Psy interculturele psychiatrie. Het is een opstapje naar grondiger vervolgonderzoek. Er zijn een vijftal mogelijke voorspellers behandeld: een verschil in etnische achtergrond tussen behandelaar en client, de verwachting van de cliënt, de mate van integratie, het aantal jaren in Nederland en de generatie allochtoon. Er zijn geen significante voorspellers gevonden binnen deze clientengroep. Wel zijn er enkele onderlinge samenhangen gevonden. Zo is gebleken dat de mate van integratie samenhangt met zowel de generatie allochtoon, de verwachting van de client en of er al dan geen etnische match is met de behandelaar.

Abstract

Interculturalisation in the mental healthcare is widely examined in the Netherlands. There are indications that there are more drop-outs within the immigrant population than there are within the autochthonous population. There are multiple explanations for it. This is an examination of the drop-outs within the immigrant population of I-psy intercultural psychiatry, an national mental health institution.. Five predictors have been examined: a difference in ethnic background between de caregiver and the caretaker, the expectations of the caretaker, how well the caretaker is integrated in Dutch society, how many years they live in the Netherlands and which generation immigrant they are. None of the five predictors came out significant in this research. There were, however, some other significant findings. It appeared that the degree of integration is associated with the expectations of the client, to which migration generation the caretaker belongs, and whether there is an ethnic match between caregiver and caretaker.

Inhoudsopgave:

1. Inleiding	5-11
1.1 inleiding	5
<i>1.1.1 casus</i>	5
<i>1.1.2 barrières voor een allochtoon bij de gang naar de psycholoog</i>	6
<i>1.1.3 redenen voor drop-out</i>	7
<i>1.1.4 interculturalisatie van de gezondheidszorg</i>	8
<i>1.1.5 mogelijke factoren van drop-out bij allochtone cliënten</i>	8
1.2 Vraagstelling	10
2. Methode	12-15
2.1 Participanten	12
2.2 Procedure	12
<i>2.2.1 dossiers</i>	12
<i>2.2.2 verkrijgen gegevens</i>	12
2.3 meetinstrumenten	13
<i>2.3.1 variabelen</i>	13
<i>2.3.2 data analyse</i>	15
3. Resultaten	16-19
3.1 Beschrijving respondenten	16

3.2 onderzoeksvragen beantwoord	16
<i>3.2.1 etnische match</i>	<i>16</i>
<i>3.2.2 verwachtingen cliënt</i>	<i>16</i>
<i>3.2.3 mate van integratie</i>	<i>17</i>
<i>3.2.4 duur van verblijf in Nederland</i>	<i>17</i>
<i>3.2.5 generatie allochtoon</i>	<i>18</i>
<u>4. Discussie</u>	<u>20-22</u>
4.1 Belangrijke bevindingen	20
4.2 Bespreking methodiek	21
4.3 Vervolgonderzoek	22
<u>5. Conclusie</u>	<u>23</u>
<u>6. Referenties</u>	<u>24</u>
<u>7. Bijlagen</u>	

1. Inleiding

1.1 inleiding

1.1.1 casus

Meneer N. is 20 jaar geleden vanuit Afghanistan naar Nederland gekomen, met de bedoeling een aantal jaar te blijven tot de onveilige situatie in zijn land gestabiliseerd is. De jaren verstrijken, maar er is nog weinig verbetering in de situatie in Afghanistan te zien. Zijn kinderen groeien op in Nederland en voelen zich thuis binnen de Nederlandse cultuur. Afghanistan is een vaag idee voor hen geworden. Meneer N. weet niet eens wanneer hij onbewust de keuze heeft gemaakt voorgoed te blijven in Nederland en Afghanistan tot het verleden te rekenen. Hij heeft nooit goed de Nederlandse taal geleerd, in de veronderstelling zodra het mogelijk was naar huis te gaan. Het grootste deel van zijn sociale contacten is met andere Afghanen. Met Nederlanders voelt hij geen connectie vanwege de taalbarrière en het verschil in normen en waarden. Van echte integratie is dus geen sprake.

De laatste tijd voelt meneer N zich somber. Is het gewoon heimwee, of is er meer? Zijn de verschillen met thuis te groot geworden? Maar toen hij afgelopen jaar bij familie in Afghanistan op bezoek was, voor het eerst in die 20 jaar, voelde hij zich daar ook niet meer thuis. Daar miste hij Nederland juist. Waar hoort hij nu thuis? Meneer N. moet veel denken aan Afghanistan, dat na al die jaren nog steeds wordt geteisterd door oorlog. Hij maakt zich zorgen om zijn familie die daar nog woont. De laatste tijd is er nog een andere zorg bij gekomen. Hij voelt een zekere afstand tot zijn kinderen. Zij zijn inmiddels volwassen geworden en doen alles anders dan hij gewend is. Zijn oudste zoons hebben vriendinnen zonder met ze trouwen. Ze luisteren niet naar zijn raad omtrent de studie. Zijn dochter vroeg hem laatst of ze naar een discotheek mag. Over zijn jongste zoon, die in Nederland geboren is, heeft hij helemaal geen gezag. Niemand komt op de traditionele feestdagen om hem respect te tonen.

Het voelt alsof hij alle controle verloren is. Hij weet niet hoe hij daarmee om moet gaan. Hij zou eigenlijk graag met iemand erover willen praten. Maar met wie? Hij zou dit nooit bij zijn Afghaanse vrienden neerleggen. Zij mogen niet weten dat zijn kinderen zo tegen hem ingaan. Daar zou hij zich teveel voor schamen. Zijn eer staat op het spel. Waar zou hij nog terecht kunnen? Hij vraagt het aan de huisarts. Deze komt met het voorstel om naar een psycholoog te gaan. Maar gaan daar niet alleen mensen naartoe die geestelijk gestoord zijn? Hij heeft alleen een aantal zorgen die hij zou willen bespreken. En bovendien, wat weet die

Nederlandse psycholoog nou van zijn problemen? Die heeft zeker vooroordelen over hem en zijn gebruiken. Wat moet hij nu doen?

1.1.2 Barrières voor een allochtoon bij de gang naar de psycholoog

Meneer N. is niet alleen met zijn problematiek. De vragen die hij stelt, zijn vragen die vele allochtone mensen stellen. De stap naar de psycholoog is vaak een grote stap. Wanneer er dan nog extra complicaties zoals die van meneer N. bij komen kijken, is de stap vaak te groot en wordt hij niet genomen.

Van de circa 17 miljoen Nederlanders zijn er maar liefst circa 3.5 miljoen allochtoon (CBS, 2015). In een land als Nederland, waar vertegenwoordigers van veel culturen samen komen, worden overeenkomsten en verschillen tussen culturen zichtbaar. Ook binnen de psychologische hulpverlening in Nederland worden zij zichtbaar. Alleen al de stap om psychologische hulpverlening te zoeken is voor een allochtoon groter dan voor een autochtoon.

Allereerst is het belangrijk de term allochtoon te definiëren. Het begrip ‘allochtoon’ wordt door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) gedefinieerd als: ‘een persoon van wie tenminste één ouder in het buitenland is geboren’. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen de eerste generatie (personen die zelf in het buitenland zijn geboren) en de tweede generatie (personen die zelf in Nederland zijn geboren, maar waarvan tenminste 1 ouder in het buitenland is geboren). Er wordt onderscheid gemaakt tussen westerse en niet-westerse allochtonen. Niet-westerse allochtonen zijn afkomstig uit Afrika, Azië (met uitzondering van Indonesië en Japan, aangezien zij door hun sociaal-economische en culturele positie worden meegerekend als westers), Latijns- Amerika en Turkije.

Er zijn enkele redenen waarom voor een allochtoon in Nederland de drempel hoog ligt voor psychologische hulpverlening. Ten eerste is er de *taal*. Allochtonen spreken vaak een andere taal dan de hulpverlener. Hierdoor ervaren ze moeilijkheden in de communicatie. Ook zou een *verschil in etnische achtergrond* tussen behandelaar en cliënt een obstakel kunnen vormen. Doordat er verschillen kunnen zijn in etnische achtergrond en daarmee samenhangende interpretaties en standpunten, zou de cliënt het gevoel kunnen krijgen niet begrepen te worden (de Jong & van Ommeren, 2005). Wanneer men als cliënt ervan uitgaat dat de behandelaar hem of haar niet zou begrijpen, is de motivatie psychologische hulp te vragen laag. Een volgende mogelijkheid waarom men geen psychologische hulp wilt, is dat men de *waarden en*

normen omtrent hulpverlening van de Nederlandse samenleving niet deelt. In Nederland is een bezoek aan een psycholoog een onderdeel van de hulpverlening dat redelijk geaccepteerd is. Een allochtoon die het met de Nederlandse normen en waarden eens is, zou dan ook minder moeilijkheden kunnen hebben met het doorlopen van een psychologische behandeling dan iemand die dat niet doet. Wat normen en waarden betreft, zijn er verschillende redenen om geen hulp te vragen bij psychische problemen. Schaamte voor een psychische ziekte, het stigmatiseren van de psychische ziektes, het idee dat de familie alles regelt en minder vertrouwen in mensen buiten de familie, minder kennis over de therapieën en alternatieve therapieën zijn daar enkele voorbeelden van (Flaskerud, 1986).

1.1.3 Redenen voor drop-out in het algemeen

Wanneer men uiteindelijk toch besluit om de stap naar een psychologische behandeling te zetten, zijn er alsnog diverse factoren die de behandeling kunnen bemoeilijken. Circa 30% van de cliënten stopt vroegtijdig met de psychologische behandeling (Verhaak, Kamsma en van der Niet, 2011). Dit wordt ook wel drop-out genoemd. Voor het begrip ‘drop-out’ wordt in de literatuur de volgende definitie gehanteerd: ‘Eenzijdige, voortijdige beëindiging van de behandeling of opname, terwijl de therapeut van mening is dat het behandeldoel nog niet bereikt is en voortzetting van de behandeling nog wel resultaten op zou kunnen leveren (Veeninga & Hafkenscheid, 2004).’

De behoeftes en verwachtingen verschillen bij cliënten die de behandeling afbreken van degenen die de behandeling niet afbreken. Drop-outs hebben vaker behoefte aan een medicamenteuze behandeling en geïnstitutionaliseerd contact en hebben minder behoefte aan het leren van sociale vaardigheden en verheldering en inzicht in het probleem. Onvrede over de behandeling of onvrede over de hulpverlener en de opvatting dat behandeling niet langer nodig zou zijn, zijn bovendien redenen die worden gegeven. Vooral jongeren, werklozen en alleenstaanden hebben een grotere kans op drop-out (Hilderink et al, 2009).

Vroegtijdige afbreking, omdat de cliënt niet meer op komt dagen, vanwege verzekeringstechnische redenen of anderszins zien we vaak bij 19-50 jarigen, bij laag opgeleiden, bij elders geboren cliënten en bij mensen die werkloos zijn of in de ziektewet zitten. Behandelingen van verslavingsproblemen en problemen rond slapen, eten, seksualiteit, impulsbeheersing worden relatief vaak voortijdig afgebroken (Hilderink et al, 2009).

1.1.4 Interculturalisatie van de gezondheidszorg

Het aanbod van de eerstelijnspsycholoog wordt (nog) niet veel gevonden door de allochtone bevolking binnen Nederland. Uit de onderzoeken van Knipscheer en Kleber (2004) en Drogendijk, Van der Velden, Gersons en Kleber (2011) blijkt de vervlechting van een sociaaleconomische achterstandspositie met culturele verschillen rond hulpzoekgedrag. De hulpbehoefte van migranten blijkt niet op zich zoveel te verschillen van die van autochtonen, maar autochtone Nederlanders weten beter tot wie ze zich moeten wenden voor adequate hulp (Verhaak, Kamsma en van der Niet, 2011).

Aangezien de Nederlandse samenleving steeds meer werd geconfronteerd met vragen omtrent de geestelijke gezondheidszorg van migranten, is in de jaren 90 de term interculturalisatie geïntroduceerd binnen de gezondheidszorg. Interculturalisatie wordt door de Raad voor de Gezondheidszorg omschreven als: *‘een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg met het doel allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen’* (2000, pp.12).

In de afgelopen jaren is veel aandacht besteed aan interculturalisatie van de geestelijke gezondheidszorg door middel van psycho-educatie, spreekuren buiten de instelling, tolken en een aangepast aanbod voor allochtonen. Deze investeringen hebben geresulteerd in een betere toegankelijkheid voor verschillende groepen migranten, voornamelijk de Turkse en Marokkaanse Nederlanders. Ondanks deze ontwikkelingen stelde de Raad voor de Volksgezondheid in 2000 dat *‘de indruk bestaat dat de aanpassing van de geestelijke gezondheidszorg aan de etnisch-culturele diversiteit van zorgvragers in het algemeen traag verloopt of soms zelfs stagneert’* (2000, pp.11). Er zouden nog steeds verschillen zijn in het aanbod dat de GGZ te bieden heeft, en de hulpvraag die de allochtone cliënten hebben. Dit kan leiden tot een relatief hoog drop-out percentage.

1.1.5 Mogelijke factoren van drop-out bij allochtone cliënten

Meneer N. heeft uiteindelijk toch besloten om naar de psycholoog te gaan, ondanks een grote scepsis. Hij vertelt het verder niemand, zodat niemand kan beweren dat hij zijn verstand is verloren. Hopelijk kan de psycholoog hem helpen met zijn hulpvragen. Eigenlijk verwacht hij er niet veel van. Want wat weet een Nederlandse psycholoog nou van het soort problemen waar hij mee kampt? Als na een aantal weken zijn zorgen niet minder zijn geworden besluit meneer N. te stoppen met de gesprekken.

Er is gebleken dat er onder de allochtone cliënten vaker sprake is van een vroegtijdige beëindiging van de psychologische behandeling, dan onder de autochtone cliënten (Hilderink, van 't Land & Smits, 2009). Welke factoren spelen hierbij een rol? Zijn er voorspellers voor het vroegtijdig stoppen van de psychologische behandeling onder de allochtone populatie?

Greenberg, Constantino en Bruce (2004) beschreven in hun artikel dat de verwachtingen van de cliënt de uitkomst van de behandeling voorspellen. Verwachtingen van de therapie spelen dan ook een grote rol bij het vroegtijdig stoppen van de therapie. Wanneer men onrealistische verwachtingen heeft over de therapie zal men eerder teleurgesteld zijn en ermee willen stoppen. Er is vaak al een grote drempel om naar de psycholoog te gaan. Wanneer er dan niet snel verandering optreedt, ziet men zich bevestigd in het idee dat therapie niet zal helpen.

Een volgende factor zou kunnen zijn dat de allochtone patiënten moeilijker een goede relatie (een “klik”) hebben met de therapeut, omdat er geen sprake is van een etnische match. De taal, achtergrond en standpunten van de behandelaar komen niet overeen met die van de cliënt, waardoor de communicatie moeilijk verloopt. Het belang van etnische matching is een vaak onderzocht thema, waarbij wat uiteenlopende conclusies worden gevonden. Het blijkt dat deze factor vaak als minder belangrijk wordt bevonden dan vaak aangenomen wordt (Knipscheer, J.W. en Kleber, R.J., 2004 pp.277) Toch zijn er patiënten van bepaalde etnische groepen, waarbij de meerderheid het wel fijn vindt een etnische match te hebben met de behandelaar. Het merendeel van de Surinaamse en Turkse cliënten geeft aan hier toch behoefte aan te hebben (Hilderink et al, 2009). Praten over emoties is vaak al moeilijk. Wanneer dit ook nog in een andere taal moet, kan dit irritaties opwekken. Wanneer het toch lukt de emoties te verwoorden, heeft de cliënt geen vertrouwen er in dat de behandelaar begrijpt wat er in hem omgaat, vanwege de verschillen in achtergrond. Een behandelaar van een andere herkomst voelt wellicht bepaalde aspecten van de cultuur niet goed aan, waardoor er miscommunicatie kan ontstaan. Ook kan het voor de behandelaar belangrijk zijn om te weten welke generatie allochtoon de cliënt is. Een allochtone cliënt uit de tweede generatie (die geboren is in Nederland), zou minder moeilijkheden kunnen hebben met de taal, de standpunten en een eventuele etnische match met een psycholoog dan een allochtoon die net in Nederland is komen wonen. Ook zouden de normen en waarden van het geboorteland van hun ouders minder sterk aanwezig kunnen zijn bij een tweede generatie allochtoon, omdat men zelf niet in dat land geboren is.

1.2 Vraagstelling

Welke factoren zijn een voorspeller voor het vroegtijdig stoppen van een psychologische behandeling onder allochtonen? In de aan dit onderwerp gerelateerde literatuur zijn een vijftal factoren naar voren gekomen: 1) De match met de behandelaar. 2) De verwachtingen van de cliënt. 3) De mate van integratie. 4) de leeftijd van de cliënt. 5) Het aantal jaren in Nederland. In deze thesis zullen dan ook de volgende vragen besproken worden:

1 Is een verschillende etnische achtergrond dan de therapeut een significante voorspeller van het vroegtijdig stoppen van een psychologische behandeling? De match met de behandelaar zal waarschijnlijk een belangrijke voorspeller zijn. Cliënten met dezelfde achtergrond als hun behandelaar zullen minder snel vroegtijdig stoppen met de behandeling dan cliënten die geen match hebben.

2 Is de verwachting van de therapie een significante voorspeller van het vroegtijdig stoppen van een psychologische behandeling? Verwacht wordt dat de verwachtingen van de behandeling een significante voorspeller zijn van het vroegtijdig stoppen van de behandeling. Cliënten die een onrealistische hulpvraag hebben, zullen vaker vroegtijdig stoppen met de behandeling dan mensen die een realistische hulpvraag hebben. Ook cliënten die een onduidelijke hulpvraag hebben, zullen naar verwachting vaker vroegtijdig stoppen dan cliënten met een duidelijke hulpvraag.

3 Is de mate van integratie van de allochtoon een significante voorspeller van het vroegtijdig stoppen van een psychologische behandeling? Verwacht wordt dat de mate van integratie een significante voorspeller is voor het vroegtijdig stoppen van de psychologische behandeling. Wanneer men vasthoudt aan de eigen normen en waarden, zal men geneigd zijn binnen dat referentiekader te zoeken naar hulp. Wanneer een psycholoog daar niet binnen past, zal er eerder gestopt worden met de psychologische behandeling, dan wanneer een psychologische behandeling wel geaccepteerd is binnen die normen en waarden.

4 Stoppen allochtonen die langer in Nederland zijn minder vaak met een psychologische behandeling dan mensen die er net pas zijn? Omdat verwacht wordt dat mensen die langer in Nederland zijn, minder moeite zullen hebben met het krijgen van psychologische hulp dan mensen die net zijn aangekomen, wordt er ook verwacht dat zij minder snel vroegtijdig zullen stoppen met de behandeling.

5 Stoppen allochtonen uit de eerste generatie eerder met een psychologische behandeling dan allochtonen uit de tweede generatie? Er worden meer drop-outs verwacht onder de eerste

generatie allochtoon dan onder de tweede generatie, omdat binnen die groep de normen en waarden van het geboorteland van hun ouders minder aanwezig zullen zijn. Er zullen dan minder taboes bestaan rondom psychologische hulp.

2. Methode

2.1 Participanten

De deelnemers van dit onderzoek zijn 183 allochtone patiënten van I-Psy interculturele psychiatrie. Het ging hierbij om de gegevens van alle drop-outs in 2010. (M -leeftijd= 39,75 SD =11.25, man n =78, vrouw n = 105). I-Psy interculturele psychiatrie is een tweedelijns instelling, gespecialiseerd in migrantencliënten met allerlei soorten psychische problemen.

2.2 Procedure

De data zijn verkregen uit de dossiers van patiënten van I-Psy te Utrecht. Het zijn gegevens van de intakegesprekken met een psycholoog van I-Psy te Utrecht. Er is geen contact geweest tussen onderzoeker en participant. De gegevens zijn anoniem gemaakt, waardoor ze geschikt werden voor onderzoek.

2.2.1 De dossiers.

Tijdens het intakegesprek werden standaard vragen gesteld door de psycholoog. Deze dossiers werden later voor dit onderzoek gebruikt. Er werd gevraagd naar leeftijd, geslacht, land van herkomst, generatie allochtoon, aantal jaar in Nederland en de hulpvraag (zie bijlage 1). Bovendien werd in het dossier de reden (reden bij patiënt, reden bij behandelaar of alleen intake) van de vroegtijdige beëindiging van de behandeling vermeld. Deze gegevens werden genoteerd in het dossier. Voor de overige gegevens zoals; de mate van integratie, taalbeheersing, normen en waarden, sociaal economische status, ondersteuning van de therapie van de familie en werk en studie, was dit onderzoek afhankelijk van het al dan niet vermelden in het dossier van de gestelde vragen of indrukken van de psycholoog. In een groot deel van de dossiers werden niet alle variabelen vermeld. De aard van de problematiek werd ook vermeld in het dossier. Deze variabele was echter niet van belang voor dit onderzoek, daar niet werd verwacht dat dit een voorspeller zou zijn voor het vroegtijdig stoppen met de behandeling, die specifiek voor allochtonen zou gelden.

2.2.2 Het verkrijgen van de gegevens.

De gegevens zijn uit de aparte elektronische dossiers gehaald. Hierbij was het onderzoek afhankelijk van de dossiers die I-Psy aanleverde. Enkel de dossiers van allochtone drop-outs konden worden ingekeken, dus niet de nog lopende dossiers of de dossiers van cliënten die niet vroegtijdig zijn gestopt. Per dossier zijn de gegevens (anoniem gemaakt) in een Excel

bestand verwerkt. Er is gebruik gemaakt van 183 dossiers uit 2010. Dit waren alle beschikbare dossiers van drop-outs in dat jaar. Niet in elk dossier stonden alle benodigde gegevens, aangezien dit onderzoek afhankelijk was van de vragen die de psycholoog daadwerkelijk had gesteld en bovendien had genoteerd. Nadat het Excel bestand compleet was met de gegevens uit het dossier werd dit geïmporteerd in SPSS, waarop de analyse van de gegevens volgde.

2.3 Meetinstrumenten

2.3.1 De variabelen

Geslacht

Het geslacht is een nominale variabele, waarbij 1= vrouw en 2=man. Er zijn geen missing values.

Generatie

De generatie is een nominale variabele, opgedeeld in 1= eerste generatie, 2= tweede generatie en 0= niet ingevuld. Wanneer de generatie niet is ingevuld, is dit een missing value. Bij het beschrijven van deze variabele is de definitie van het CBS gehanteerd. Wanneer een of beide ouders geboren is in het buitenland hanteert het CBS de definitie allochtoon. Een allochtoon uit eerste generatie is zelf geboren in het buitenland. Een allochtoon uit tweede generatie is zelf geboren in Nederland, maar tenminste een ouder is in het buitenland geboren.

Aantal jaar in Nederland

De variabele ‘het aantal jaar in Nederland’ is op schaalniveau. Deze variabele is afhankelijk van de variabele ‘generatie’. Wanneer een participant uit de tweede generatie komt, is deze in Nederland geboren. Ze voldoen dan niet aan de eisen voor bovenstaande variabele. Deze participanten zijn missing values in SPSS.

Leeftijd waarop de participant is vertrokken uit het land van herkomst

De variabele ‘de leeftijd waarop de participant is vertrokken uit het land van herkomst’ is ook afhankelijk van de variabele ‘generatie’. Wanneer een participant uit de tweede generatie komt, is deze in Nederland geboren. Ze voldoen dan niet aan de eisen voor de bovenstaande variabele. Deze participanten zijn missing values in SPSS.

Leeftijd

Dit is een variabele op schaalniveau. Er zijn geen missing values.

Match met de behandelaar

In de variabele 'match met de behandelaar' is er gekeken of de etnische achtergrond van de behandelaar en cliënt gelijk is. In de vragenlijst die per intakegesprek is afgenomen werd er gevraagd naar het land van herkomst. In een aparte lijst van I-Psy werd aangegeven wat het land van herkomst van de behandelaar is. Wanneer deze landen met elkaar overeenkwamen, is in SPSS 'ja' ingevuld, wanneer dit niet het geval is 'nee'. Er is dus sprake van een nominale schaal. Er zijn geen missing values.

Mate van ondersteuning van de therapie door de familie

De variabele 'mate van ondersteuning van een therapie door de familie' is op nominaal niveau. In een groot deel van de dossiers werd er vermeld of de familie al dan niet achter de psychologische behandeling staat. Dit is geen standaard vraag geweest in het onderzoek. Deze variabele is alleen aanwezig wanneer de cliënt dit toevallig benoemd heeft. Gaandeweg in het onderzoek werd duidelijk dat dit een variabele kon zijn die wellicht bruikbaar kan zijn als uitbreiding van de vooraf gestelde vragen. De variabele betreft de beleving van de cliënt. Toch is de variabele meegenomen in het onderzoek, omdat ook het gevoel alleen dat de familie niet achter de behandeling staat, genoeg reden zou kunnen zijn om te stoppen met de behandeling wanneer men veel waarde hecht aan de mening van de familie.

Reden drop-out

De reden van de drop-out is een nominale variabele waarbij 1= reden ligt bij cliënt, 2= reden ligt bij behandelaar 3= alleen intake. Deze gegevens werden vermeld in het overzicht van dossiers. De reden waarom de cliënten vroegtijdig zijn gestopt met de behandeling werd niet expliciet genoemd in de dossiers.

Mate van integratie

De mate van integratie is op te delen in 3 variabelen. Ten eerste is er de variabele taalbeheersing. Dit is een variabele van nominaal niveau, waarbij 1= spreekt goed Nederlands, 2= spreekt (bijna) geen Nederlands 0= niet ingevuld. Dit is een variabele waarbij er wordt afgegaan op het oordeel van de behandelaar. Of deze gegevens al dan niet zijn vermeld is afhankelijk van de behandelaar. Ten tweede is er de variabele werk en/of studie. Dit is een variabele op nominaal niveau waarbij 1= wel werk/studie, 2= geen werk/studie 0= niet

ingevuld Het niveau van de studie of de aard van het werk werd meestal niet genoemd. Het draait hierbij om werk/studie in Nederland. De derde nominale variabele is ‘normen en waarden van participant’. 1=eens met de normen en waarden van Nederland 2= oneens met de normen en waarden van Nederland 0= niet ingevuld. Dit is een subjectieve variabele. In sommige dossiers benoemt de cliënt zelf of hij/zij het al dan niet eens is met de Nederlandse normen en waarden, in andere dossiers geeft de behandelaar zijn opinie over de cliënt.

Hulpvraag

De hulpvraag is op te delen in 2 variabelen. Ten eerste is er de variabele ‘duidelijke hulpvraag’, waarbij er gekeken wordt of de hulpvraag al dan niet duidelijk gesteld is. Is helder wat de cliënt van de behandeling wilt/verwacht? Ten tweede is er de variabele ‘realistische hulpvraag’. Dit is een variabele waarbij er gekeken wordt in welke mate er sprake is van een realistische hulpvraag voor een psychologische behandeling. Beide variabelen zijn op ordinaal niveau. Of een vraag realistisch of duidelijk is, werd bepaald door vijf onafhankelijke personen de hulpvragen te laten scoren met een 5-punts Likertschaal, waarbij 1= helemaal niet, 2= niet, 3= redelijk 4= wel en 5= helemaal wel. Het gemiddelde van deze 5 scores is opgenomen in het dataset in SPSS. Een vraag werd realistisch geacht wanneer dit een vraag is die wordt normaal wordt behandeld door een psycholoog. Het is een hulpvraag die beantwoord kan worden binnen de expertise van een psycholoog, dus niet door een maatschappelijk werker of een psychiater of andere instanties.

2.3.2 Data analyse.

Er is gebruik gemaakt van het programma SPSS voor de analyse van het dataset. Voor de samenhang tussen de variabelen is er gebruik gemaakt van crosstabs en wordt er gekeken naar de pearson's chi-square.

3. Resultaten

3.1 Beschrijving respondenten.

Allereerst volgt hier een beschrijving van de getoetste steekproef. Er was een dataset van 183 participanten tussen 15 en 73 jaar beschikbaar. De gemiddelde leeftijd was 39,75 ($SD=11.25$). Er waren 78 mannen en 105 vrouwen. Van deze 183 participanten sprak 72,7% goed Nederlands, 13,7% sprak (bijna) niet Nederlands. 133 participanten werkten of studeerden in Nederland; 25 niet. 60 participanten waren het eens met de Nederlandse normen en waarden en 70 waren het oneens daarmee.

3.2 onderzoeksvragen beantwoord

3.2.1 etnische match met de behandelaar

De etnische match van de cliënt met de behandelaar is geen significante voorspeller voor het vroegtijdig stoppen met de psychologische behandeling. Wel is gevonden dat allochtonen uit de eerste generatie vaker een match hebben met de behandelaar dan allochtonen uit de tweede generatie. Er is een significant verschil gevonden tussen de generaties allochtoon, wanneer men kijkt of er een match met de behandelaar is (zie tabel 1). De Chi-square test is significant met $a=0,019$. $F(5,53)$ $p<0,05$ met $df=1((2-1)*(2-1))$

Tabel 1. Verschillen in match met de behandelaar per generatie allochtoon

	Match met behandelaar	Geen match met behandelaar	Totaal
Eerste generatie allochtoon	118	41	159
Tweede generatie allochtoon	11	11	22
Totaal	129	52	181

3.2.2 verwachting van de cliënt.

Er zijn geen significante resultaten gevonden voor de voorspeller ‘verwachting van de cliënt wat betreft de psychologische behandeling’. De verwachting van de cliënt over de behandeling is geen significante voorspeller van het vroegtijdig stoppen met de behandeling.

Wel is er gevonden dat allochtonen die het eens zijn met de normen en waarden van de Nederlandse samenleving, vaker een realistische hulpvraag hebben dan allochtonen die het niet eens zijn met de normen en waarden van de Nederlandse samenleving $F(17,38) p < 0,05$ met vrijheidsgraad $8((5-1)*(3-1))$ (zie tabel 2).

Tabel 2. Verschil in realistische hulpvraag wanneer gekeken wordt naar de Nederlandse normen en waarden

	helemaal niet realistisch	Niet Realistisch	Redelijk realistisch	Wel Realistisch	helemaal wel realistisch	total
Eens met normen en waarden van Nederland	8	4	6	12	30	60
Oneens met normen en waarden van Nederland	15	15	22	15	28	95
Totaal	23	19	28	27	58	155

3.2.3 mate van integratie

De mate van integratie is geen significante voorspeller voor het vroegtijdig stoppen met de psychologische behandeling. Wel zijn er significante resultaten gevonden wanneer men kijkt of er verschillen zijn in mate van integratie per generatie (zie hoofdstuk 3.2.5).

3.2.4 De duur van het verblijf in Nederland

Er is geen significant resultaat gevonden voor de duur van het verblijf in Nederland. Dit is geen significante voorspeller voor het vroegtijdig stoppen met de behandeling.

3.2.5 generatie allochtoon

De generatie allochtoon is geen significante voorspeller voor het vroegtijdig stoppen met de psychologische behandeling.

Er zijn echter wel andere significante verschillen *tussen* de generaties gevonden. Er is een significant verschil met $\alpha=0,033$ tussen de generaties of ze de Nederlandse taal beheersen (zie tabel 3). Allochtonen van de tweede generatie beheersen significant vaker de Nederlandse taal dan allochtonen uit de eerste generatie.

Tabel 3. Verschillen in taalbeheersing per Generatie allochtoon

	Eerste Generatie Allochtoon	Tweede generatie allochtoon	Totaal
spreekt goed nl	112	21	133
spreekt (bijna) geen nl	25	0	25
Totaal	137	21	158

Allochtonen van de eerste generatie zijn het significant minder eens met de normen en waarden van de Nederlandse samenleving dan de allochtonen van de tweede generatie met $\alpha=0,000$ (zie tabel 4).

Tabel 4. Verschillen in normen en waarden per Generatie Allochtoon

	Eens met normen en waarden	Oneens met normen en waarden	Totaal
Eerste generatie allochtoon	44	92	136
Tweede generatie allochtoon	16	5	21
Totaal	60	97	157

Allochtonen uit de eerste generatie hebben significant minder vaak werk of volgen een studie dan allochtonen uit de tweede generatie met $\alpha=0,033$ (zie tabel 5).

Tabel 5. Verschil in werk of studie per generatie allochtoon

	Eerste generatie allochtoon	Tweede generatie allochtoon	Totaal
Werk of studie in Nederland	112	21	133
Geen werk of studie in Nederland	25	0	25
Totaal	137	21	158

4. Discussie

4.1 Belangrijke bevindingen

Gezien de beperkte dataset zijn de onderzoeksvragen niet naar tevredenheid beantwoord. Er zijn geen voorspellers gevonden voor de drop-outs binnen de allochtone cliënten. Meerdere factoren spelen hier een rol bij. Er is een beperkt dataset, waardoor de factoren niet zomaar mogen worden gegeneraliseerd. Een uitgebreider dataset zou wellicht andere resultaten laten zien.

De variabele ‘etnische match met behandelaar’ zou echter daadwerkelijk geen voorspellende factor kunnen zijn. Meerdere studies (o.a. Knipscheer en Kleber, 2004; Hilderink et al, 2009) geven aan dat deze factor minder belangrijk wordt geacht dan voorheen bedacht. Niet alle allochtone cliënten vinden een etnische match met de behandelaar even belangrijk. Er zijn enkele etnische groepen, voornamelijk de Surinaamse en Turkse cliënten, die deze factor belangrijk vinden. Er zijn echter ook groepen, waaronder de Marokkaanse cliënten, die juist geen etnische match willen. Er zou juist een gevoel van schaamte zijn tegenover een behandelaar met dezelfde etnische achtergrond (Hilderink et al, 2009). Daar in deze dataset het land van herkomst niet evenredig verdeeld was, is hier niet voor gecontroleerd.

De variabelen ‘verwachtingen van de client’ en ‘mate van integratie’ zijn beide ontstaan door een interpretatie van wat de behandelaar in het dossier heeft vermeld. Deze zijn dus subjectief. Ook hierdoor kan er een verstoord beeld zijn ontstaan. Wanneer deze variabelen door middel van een vragenlijst zouden zijn onderzocht, zou er wellicht een ander resultaat naar boven zijn gekomen.

Wat met dit beperkte dataset wel kan, is een beschrijving geven van de geanalyseerde populatie. Deze beschrijving kan leiden tot vragen voor vervolgonderzoek. Er zijn vooral significante verschillen gevonden tussen de generaties allochtoon. Deze verschillen zijn voornamelijk te vinden binnen de mate van integratie. Binnen de onderzochte populatie zijn de allochtonen uit de eerste generatie minder goed geïntegreerd dan allochtonen uit de tweede generatie. Allochtonen uit de eerste generatie genieten significant minder vaak van werk of studie dan allochtonen uit de tweede generatie. Ook beheersen allochtonen van de tweede generatie significant vaker de Nederlandse taal dan allochtonen uit de eerste generatie. Bovendien zijn allochtonen van de eerste generatie het significant minder eens met de normen

en waarden van de Nederlandse samenleving. Deze drie factoren spelen mee met de integratie. Dat de eerste generatie allochtoon minder goed is geïntegreerd zou een verklaring kunnen zijn voor het feit dat er een significant verschil is gevonden tussen de generaties allochtoon, wanneer men kijkt of er een match met de behandelaar is. Allochtonen uit de eerste generatie hebben vaker een match met de behandelaar dan allochtonen uit de tweede generatie. Het is mogelijk dat allochtonen uit de eerste generatie liever een match met de behandelaar willen, daar zij minder vaak de Nederlandse taal spreken. Bovendien zijn zij het minder vaak eens met de Nederlandse normen en waarden. Een Nederlandse hulpverlener zou moeilijk in vertrouwen genomen kunnen worden. De patiënt heeft minder vertrouwen dat de hulpverlener voldoende begrijpt wat het probleem is, en niet goed kan meeleven. Dit kan consequenties hebben voor het verloop van de behandeling. Zo zou men bij een intake gesprek rekening kunnen houden met de generatie allochtoon. Wanneer een patiënt uit de eerste generatie bij de behandelaar komt, zou men eerder een match met de behandelaar kunnen voorstellen. Hierdoor zou de patiënt zich meer op zijn gemak voelen, daar hij/zij het gevoel kan hebben beter begrepen te worden door een behandelaar met dezelfde afkomst. De taalbarrière is dan bovendien een minder groot probleem.

Tot slot is er een verschil gevonden tussen allochtonen die het eens zijn met de normen en waarden van de Nederlandse samenleving en degenen die dit niet zijn. Allochtonen die het eens zijn met de Nederlandse normen en waarden, hebben vaker een realistische hulpvraag dan allochtonen die het niet eens zijn met de normen en waarden van de Nederlandse samenleving. Door een eventuele taalbarrière en minder kennis over psychologische behandelingen, zou een patiënt onrealistische verwachtingen kunnen hebben van een behandeling, waardoor een hulpvraag wordt gesteld die eigenlijk niet geschikt is voor een psychologische behandeling. Dit zou eventueel een verklaring kunnen zijn voor de vroegtijdige beëindiging van de psychologische behandeling.

4.2 Bespreking methodiek

Dit onderzoek is afhankelijk geweest van de beschikbaarheid van de dossiers uit I-Psy. Hierdoor is het dataset beperkt gebleven. Enkel de gegevens van de allochtone drop-outs werden bekend. Er is geen vergelijkend materiaal om de gegevens te controleren. Dit onderzoek is dan ook meer een beschrijving van de participanten. Het is niet vast te stellen of de resultaten generaliseerbaar zijn naar de gehele populatie allochtonen.

Omdat de gegevens uit al bestaande dossiers komen, is er weinig invloed geweest op welke informatie beschikbaar werd. Het was afhankelijk van de behandelende psycholoog

zelf wat er werd gevraagd en genoteerd. De psycholoog heeft echter de vragen niet gesteld met als doel gegevens voor een onderzoek te krijgen. De psycholoog heeft vanuit het oogpunt van een intake gesprek met een mogelijke psychologische behandeling gehandeld. Bepaalde dingen zijn niet consequent genoteerd omdat dit niet belangrijk werd geacht voor het intakegesprek.

De allochtonen in de groep zijn van verschillende afkomsten. Dit is echter niet meegenomen in het onderzoek. Wellicht is er een verschil tussen de verschillende afkomsten te vinden. De groepen waren echter niet gelijk verdeeld. De meerderheid kwam uit Marokko en Turkije. Uit de andere landen waren niet genoeg patiënten aanwezig om te kunnen generaliseren.

Sommige gegevens zijn gebaseerd op het oordeel van de psycholoog. Dit is dus subjectief. Dit geeft geen objectief beeld van de populatie. Variabelen zoals de taalbeheersing, acceptatie van de Nederlandse normen en waarden en ondersteuning bij de therapie door de familie zijn subjectief vastgesteld. De behandelaar heeft zijn/haar mening over de patiënt gegeven. Het is dus nog onbekend of de patiënt dit daadwerkelijk zo ervoer.

4.3 Vervolgonderzoek

Voor vervolgonderzoek zou er gekeken moeten worden naar vergelijkend materiaal, zodat de gegevens generaliseerbaar worden. Er zou gekeken kunnen worden welke verschillen er gevonden kunnen worden ten opzichte van de allochtonen die wel de behandeling zijn blijven volgen. Zo wordt er een duidelijker beeld geschept of de redenen die genoemd zijn ook daadwerkelijk voorspellers zijn van een vroegtijdige beëindiging van de behandeling.

Bovendien kan er vergeleken worden met de drop-outs binnen de autochtone groep. Hierdoor kan er worden uitgesloten of de voorspellers die gevonden zijn ook specifiek voor de allochtone bevolking is.

Ook is het van belang bij vervolgonderzoek om de voorspellers te controleren op de diagnose. Diagnose zou een factor kunnen zijn waardoor foutieve conclusies kunnen worden getrokken over mogelijke voorspellers.

Een andere mogelijkheid voor verder onderzoek is na te gaan welke rol de verwachtingen van de patiënt hebben. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat er verschillen zijn tussen de generaties allochtonen. Door expliciet te vragen naar de verwachtingen van de client zou duidelijk kunnen worden of er verschillen zijn in verwachting tussen de verschillende generaties. Hier zou dan op ingespeeld worden tijdens de intake en de behandeling.

5. Conclusie

Er zijn geen significante resultaten gevonden betreffende de 5 mogelijke voorspellers van dropouts binnen de allochtone cliëntengroep. Dit is mede door een beperking in het materiaal. De drop-out in de onderzochte populatie kan niet worden verklaard door de vijf variabelen. De match met de behandelaar bleek geen voorspeller te zijn voor het vroegtijdig beëindigen van de behandeling. Dit komt overeen met de literatuur. Eerdere studies van o.a. Knipscheer en Kleber (2004) lieten ook zien dat de match met de behandelaar niet zo belangrijk is voor de client als voorheen gedacht. De verwachtingen van de client bleek ook geen voorspeller te zijn. Dit is tegenstrijdig met de literatuur. Een gebrekkige methodiek is hier wellicht de oorzaak van. Ook de overige variabelen 'mate van integratie' 'generatie' en 'aantal jaren in Nederland' zijn geen voorspellers voor dropouts. Het is mogelijk dat deze variabelen met een uitgebreider dataset wel voorspellers zijn. Hiervoor is degelijk vervolgonderzoek nodig.

6. Referenties

Drogendijk, A.N., Velden, P.G. van der, Gersons B.P.R., & Kleber, R.J. (2011). Lack of social support among ethnic minorities after a disaster: Comparative study. *British Journal of Psychiatry*, 198, 317-322.

Fassaert, T., Peen, J., van Straten, A., de Wit, M., Schrier, A., Heijnen, H., Cuijpers, P., Verhoeff, A., Beekman, A. & Dekker, J. (2010). Ethnic differences and similarities in outpatient treatment for depression in the Netherlands. *Psychiatric services* (61) no.7

Fassaert, T., de Wit, M.A.S., Tuinebreijer, W.C., Verhoeff, A.P., Beekman, A.T.F. & Dekker, J. (2007). Perceived need for mental health care among non-western labour migrants. *Social Psychiatry* (44), 208-216

Flaskerud, J.H. (1986). The effects of culture-compatible intervention on the utilization of mental health services by minority clients. *Community mental health journal* (22)

Greenberg, R.P., Constantino, M.J. & Bruce, N. (2004). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review* (26) 2006, 657-678

Hilderink, I., van 't Land, H., Smits, C. (2009) **Drop-out onder allochtone GGZ-cliënten.** Trendrapportage GGZ 2009.

Jong, J.T.V.M. and Ommeren, M. (2005). Mental health services in a multicultural society; interculturalization and its quality surveillance. *Psychiatry* (42) 437-456

Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2004). The importance of ethnic similarity in the therapist-patient dyad among Surinamese migrants in Dutch mental health care. *Psychology & Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 77, 273-278.

Knipscheer, J.W. and Kleber, R.J. (2004). A need for ethnic similarity in the therapist-patient interaction? Mediterranean migrants in Dutch Mental health care. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 543-554

Kortmann, F. (2010). Transcultural Psychiatry: from practice to theory. *Transcultural psychiatry*, 47, 203-223

Van Loon, A., van Schalk, D.J.F., Dekker, J.J. & Beekman A.T.F., (2011). Effectiveness of an intercultural module added to the treatment guidelines for Moroccan and Turkish patients with depressive and anxiety disorders. *BMC Psychiatry*

Veeninga, A.T. & Hafkenscheid, A. (2004). Verwachtingen van patiënten bij aanvang van psychotherapie: voorspellers van drop-out? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 187-195.

Verhaak, P.f.M., Kamsma, J.P.A.& van der Niet, A.G. (2011). Wie heeft baat bij eerstelijnspsychologische behandeling, *Gz-Psychologie* (5), juli 2011