

Onderzoek naar verschillen in psychiatrische problematiek, zorgbehoeften en kwaliteit van
leven tussen autochtone en allochtone cliënten

Monique Corduwener (0204455)
Klinische en Gezondheidspsychologie
Universiteit Utrecht
18 juni 2009

Begeleider Universiteit Utrecht: dr. E.R. Bossema

Begeleider GGZ Altrecht: dr. W. Swildens

Abstract

Introduction. An important outcome measure of treatment of people with schizophrenia is quality of life. Factors that strongly influence quality of life include, among others, psychiatric symptoms, physical health and unmet needs. Treatment satisfaction also plays an important role. The goal of this study is to examine whether immigrants and native patients with schizophrenia or a similar psychotic disorder differ in psychiatric symptoms, need for care, and quality of life.

Method. The participants are patients of the Dutch mental health organization Altrecht who have been diagnosed with schizophrenia or a similar psychotic disorder. The group consists of 121 immigrants and 106 native patients. In order to monitor the treatment at Altrecht, patients completed the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS), Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) and Quality of Care (QoC). Their therapist also completed the CANSAS as well as the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS).

Results. The immigrant and native group neither differed in psychiatric symptoms, as measured by the HoNOS nor in the total number of care needs, the number of met care needs and the number of unmet care needs as measured by the CANSAS nor in quality of life as measured by the MANSA. However, at the level of the individual items of the CANSAS, the immigrant group had more met care needs at the domains of care for children and money, and more met and unmet needs at the domain of education, whereas native patients had more met needs at the domain of information about treatment. At the individual items of the MANSA, the immigrant group was less satisfied with their physical health and personal safety. Post hoc analyses within the group of non-European immigrants only showed that more Turkish and Moroccan people had an unmet care need at the domain of money than Surinamese people and people from the Netherlands Antilles and people with another non-European background.

Conclusion. Few significant differences have been found in care needs and quality of life between native and immigrant patients with schizophrenia or a similar psychotic disorder. Both groups reported relatively few psychiatric problems but a high amount of symptoms, few unmet care needs, and a relatively high quality of life.

Keywords: Immigrants, schizophrenia, need for care, quality of life, HoNOS, CANSAS, MANSA.

Samenvatting

Inleiding. Een belangrijke uitkomstmaat bij de behandeling van mensen met schizofrenie is de kwaliteit van leven. Factoren die een sterke invloed hebben op de kwaliteit van leven zijn onder andere psychiatrische symptomen en onvervulde zorgbehoeften. Ook tevredenheid met de behandeling speelt een belangrijke rol. In dit onderzoek wordt nagegaan of er verschillen bestaan in de psychiatrische problematiek, zorgbehoeften en kwaliteit van leven tussen autochtone en allochtone mensen met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis.

Methoden. De deelnemers aan dit onderzoek bestaan uit cliënten van de geestelijke gezondheidsinstelling (GGZ) Altrecht en zijn alle gediagnosticeerd met schizofrenie of aanverwante psychotische stoornis. Het gaat om 121 autochtone cliënten en 106 allochtone cliënten. In het kader van de Zorgmonitor van Altrecht zijn bij de cliënten de Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS), Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) en Quality of Care (QoC) afgenomen. De CANSAS is tevens afgenomen bij de hulpverlener tezamen met de Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS).

Resultaten. De autochtone en allochtone groep verschillen niet significant van elkaar in psychiatrische problematiek zoals gemeten met de HoNOS noch in het totale aantal zorgbehoeften, het aantal vervulde zorgbehoeften en het aantal onvervulde zorgbehoeften zoals gemeten met de CANSAS noch in de kwaliteit van leven zoals gemeten met de MANSA. Op itemniveau van de CANSAS hadden allochtone cliënten meer vervulde zorgbehoeften op de gebieden zorg voor kinderen en geld, evenals meer vervulde en onvervulde zorgbehoeften op het gebied elementair onderwijs, terwijl autochtone cliënten meer vervulde zorgbehoeften hadden op het gebied van informatie over de behandeling. Op itemniveau van de MANSA bleek dat allochtone cliënten minder tevreden waren met hun lichamelijke gezondheid en hun persoonlijke veiligheid dan autochtone cliënten. Post hoc analyses binnen de groep niet-Europese allochtonen lieten enkel zien dat meer Turken en Marokkanen een onvervulde zorgbehoefte hadden op het gebied van geld dan Surinamers en Antillianen en mensen met een andere niet-Europese achtergrond.

Conclusie. Er zijn nauwelijks significante verschillen gevonden tussen de autochtone en allochtone cliënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis in de psychiatrische problematiek, zorgbehoeften en kwaliteit van leven. Beide groepen geven relatief weinig psychiatrische problematiek, relatief veel psychiatrische symptomen, relatief weinig onvervulde zorgbehoeften en een relatief hoge kwaliteit van leven aan.

Zoektermen: Allochtoon, schizofrenie, zorgbehoefte, kwaliteit van leven, HoNOS, CANSAS, MANSA.

Introductie

Al enige jaren is er in Nederland een levendige discussie gaande over hoe de multiculturele samenleving er uit zou moeten zien. Dit is een belangrijk punt, gezien het feit dat 19.6% van de totale bevolking allochtoon is (Centraal bureau voor de statistiek [CBS], 2008). Ook binnen de geestelijke gezondheidszorg is men zich er steeds meer van bewust dat mensen met een andere culturele achtergrond wellicht behoefte hebben aan een andere invulling van de zorg. In dit onderzoek zullen verschillen in psychiatrische problematiek, zorgbehoeften en kwaliteit van leven tussen autochtone en allochtone mensen met schizofrenie en aanverwante psychotische stoornissen worden bestudeerd.

Uit de literatuur is bekend dat cultuur invloed heeft op het vóórkomen en het beloop van psychische problemen en ziekten en op het wel of niet zoeken van hulp hiervoor. Hwang, Myers, Abe-Kim en Ting (2008) hebben deze invloeden samengevat in het Cultural Influences on Mental Health (CIMH) model. Zij maken daarbij onderscheid tussen zes domeinen waarop cultuur invloed heeft: a) de prevalentie van psychische ziekten, b) de etiologie en het beloop van psychische ziekten, c) het uiten van gevoelens van spanning, d) de diagnose en het vaststellen van de psychische ziekte, e) de manier waarop met de ziekte wordt omgegaan en het zoeken van hulp, en f) de behandeling en interventies. Deze domeinen staan niet op zichzelf, maar zijn onderling afhankelijk. Zo zal het uiten van gevoelens van spanning gevolgen hebben voor het bepalen van de diagnose en zal de veronderstelde oorzaak van de ziekte mede van invloed zijn op het zoeken van hulp (Hwang et al., 2008).

Wat betreft de ontwikkeling van psychische ziekten merken Hwang et al. (2008) op dat een deel van de allochtonen in hun land van oorsprong extreem stressvolle ervaringen heeft opgedaan, zoals oorlog en geweld. Een deel van hen heeft het land gedwongen moeten verlaten. Na migratie moeten deze mensen zich aanpassen aan een geheel nieuwe omgeving met andere normen, waarden en gebruiken. Verder kunnen racisme en discriminatie aan de orde zijn, evenals armoede en een lage sociaaleconomische status. Ook hebben allochtonen vaak minder toegang tot bepaalde bronnen, zoals de gezondheidszorg en het hoger onderwijs (Hwang et al., 2008). Dit alles kan leiden tot een verhoogde kans op het ontwikkelen van psychische stoornissen in vergelijking met autochtonen.

Cultuur blijkt ook invloed te hebben op de manier waarop 'distress' geuit wordt. Mensen uit westerse culturen zijn gewend om over hun gevoelens te praten en disstress zowel verbaal als emotioneel te uiten, terwijl niet-westerse culturen dit vaker uiten in de vorm van lichamelijke symptomen, hetgeen ook wel somatisatie wordt genoemd (Hwang et al., 2008). Somatisatie komt onder andere voor bij in Nederland wonende mensen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond (Knipscheer & Kleber, 2005). Mogelijk komt dit doordat het uiten van gevoelens van spanning in deze culturen als een persoonlijke zwakte wordt gezien. Daarnaast kan er sprake zijn van selectieve aandacht: men is meer op het lichaam gericht omdat somatische symptomen meer geaccepteerd zijn (Hwang et al., 2008).

Het huidige onderzoek beperkt zich tot autochtone en allochtone mensen met schizofrenie en aanverwante psychotische stoornissen. Van schizofrenie is bekend dat de aandoening chronisch is en dat de diagnose in Nederland bij ongeveer 60 op de 10.000 mensen gesteld wordt (CBO/Trimbos-instituut, 2005). Het belangrijkste kenmerk van schizofrenie is dat het denken en voelen gestoord zijn en dat men moeite heeft om onderscheid te maken tussen fantasie en werkelijkheid. Schizofrenie behoort in de DSM-IV tot de categorie niet-affectieve psychotische stoornissen. Als kenmerken worden genoemd: wanen, hallucinaties, gedesorganiseerde spraak, ernstig gedesorganiseerd of catatoon gedrag en negatieve symptomen, zoals een vlak affect (Kaplan & Saddock, 2005). Verder leidt schizofrenie tot problemen in sociale relaties en werk. De diagnose wordt meestal gesteld tijdens de adolescentie of jongvolwassenheid en bij mannen eerder dan bij vrouwen. De categorie niet-affectieve psychotische stoornissen bestaat verder uit stoornissen die wel enkele kenmerken van schizofrenie hebben, maar niet voldoen aan alle criteria, zoals de schizofreniforme stoornis, de schizo-affectieve stoornis, de waanstoornis, de kortdurende psychotische stoornis, de gedeelde psychotische stoornis, de psychotische stoornis niet anderszins omschreven en de psychotische stoornissen door een lichamelijke ziekte of een middel (Kaplan & Saddock, 2005).

Uit onderzoek blijkt dat immigranten in vergelijking met autochtonen een verhoogde kans hebben op het ontwikkelen van schizofrenie (Selten et al., 2001; Schrier, Selten, Wetering, & Mulder, 1996). Dit geldt met name voor eerste en tweede generatie immigranten (Leao et al., 2006). Tevens is er een verschil in het verloop van de ziekte tussen culturen: in derdewereldlanden is het verloop gunstiger dan in meer ontwikkelde landen. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat cultuur leidt tot verschillen in de diagnostiek van schizofrenie (Lopez & Guarnaccia, 2000).

Een belangrijke uitkomstmaat bij de behandeling van mensen met schizofrenie is de kwaliteit van leven. Schizofrenie is namelijk een aandoening die hierop een grote impact heeft (Herrman, Hawthorne & Thomas, 2002). Onder kwaliteit van leven verstaan we het functioneren van personen op fysiek, psychisch en sociaal gebied en de subjectieve evaluatie daarvan (Eack & Newhill, 2007). De World Health Organization (Skevington, 2002) voegt hier de invloed van culturele factoren aan toe en komt tot de volgende definitie: “het geheel van iemands opvattingen over zijn positie in het leven, in de context van zijn eigen cultuur en normen en waarden en in relatie tot zijn doelen, verwachtingen, standaarden en belangen”. Factoren die meespelen bij het bepalen van de kwaliteit van leven zijn de lichamelijke en geestelijke gezondheid, mate van onafhankelijkheid, sociale relaties, toegang tot hulpbronnen in de omgeving en spirituele, religieuze en persoonlijke overtuigingen (Skevington, 2002). Onderzoek onder mensen zonder psychische aandoening wees uit dat autochtonen een hogere kwaliteit van leven hadden dan allochtonen (Utsey, Chae, Brown & Kelly, 2002).

Om de kwaliteit van leven van mensen met schizofrenie te kunnen verbeteren is het belangrijk om te weten door welke factoren dit het sterkst wordt beïnvloed. Eack en Newhill (2007) vonden dat vooral psychiatrische symptomen, lichamelijke gezondheid, sociale steun, onvervulde zorgbehoeften en de bijwerkingen van de medicatie een sterke invloed hebben op de kwaliteit van leven. De hoeveelheid onvervulde zorgbehoeften geeft weer op welke levensgebieden er een zorgbehoefte bestaat en of hiervoor hulp wordt geboden. De hoeveelheid zorgbehoeften is gerelateerd aan de ernst van de psychiatrische problematiek (Slade, Beck, Bindman, Thornicroft & Wright, 1999). Verder is het zo dat naarmate het aantal onvervulde zorgbehoeften daalt, de kwaliteit van leven hoger wordt (Kuipers, Slade, Leese, Cahil & Thornicroft, 2005). Dit gegeven lijkt voor alle culturen gelijk te zijn (Ormel et al., 1994).

Naast kwaliteit van leven is tevredenheid met de behandeling een belangrijke uitkomstmaat van de behandeling van mensen met schizofrenie. Uit onderzoek blijkt dat mensen met schizofrenie minder tevreden zijn met de behandeling dan mensen met andere psychiatrische aandoeningen (Barker, Shergill, Higginson & Orrell, 1996). Daarnaast kan verwacht worden dat ook allochtone cliënten minder tevreden zijn met de kwaliteit van de zorg, aangezien zij vaker te maken hebben met taal- en cultuurverschillen die de communicatie met de hulpverlener belemmeren. Ook kunnen hulpverleners vaak slecht uit de voeten met de verwevenheid van gezondheidsproblemen met huisvestingsproblemen, arbeidsproblemen en financiële problemen (van Bergen, Dittrich, Gelderloos, Hesselink & Hofmeijer, 2003). Door deze discrepanties zou de allochtone cliënt het vertrouwen in de

hulpverlener kunnen verliezen en is de kans groter dat deze niet tevreden is met de behandeling. Opvallend is echter dat uit recent onderzoek van Knipscheer en Kleber (2005) blijkt dat in Nederland de tevredenheid met de hulpverlening vrijwel niet verschilt tussen groepen met diverse culturele achtergronden. Wel vond ongeveer de helft van de allochtone respondenten het belangrijk dat een hulpverlener een gelijke etnische achtergrond heeft. Deze behoefte is niet bij alle groepen even sterk aanwezig: bijna zeventig procent van de Surinaamse respondenten had behoefte aan een etnisch gelijke hulpverlener tegenover minder dan de helft van de Turken (Knipscheer & Kleber, 2004). De mate van tevredenheid met de behandeling hangt samen met het aantal onvervulde zorgbehoeften dat iemand heeft (Leese et al., 1998) en tevens met de kwaliteit van leven (Bautista, Glen & Shetty, 2007).

In dit onderzoek wordt nagegaan of er verschillen bestaan in de zorgbehoeften en kwaliteit van leven tussen autochtone en allochtone mensen met schizofrenie en aanverwante psychotische stoornissen. Het onderzoek beperkt zich tot cliënten in de geestelijke gezondheidszorg die reeds gediagnosticeerd en onder behandeling zijn. Tevens zal worden onderzocht of er tussen deze twee groepen een verschil bestaat in de tevredenheid met de ontvangen zorg. Vooraf zal worden nagegaan of de psychiatrische problematiek van beide groepen verschilt. De volgende vraagstellingen worden aldus onderzocht:

- I. Is er een verschil in de psychiatrische problematiek tussen autochtone en allochtone cliënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis?
- II. Is er een verschil in zorgbehoeften tussen autochtone en allochtone cliënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis?
- III. Is er een verschil in tevredenheid met de ontvangen zorg tussen autochtone en allochtone cliënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis?
- IV. Is er een verschil in kwaliteit van leven tussen autochtone en allochtone cliënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis?

Verwacht wordt dat de psychiatrische problematiek van autochtone en allochtone cliënten overeenkomt, dat de onvervulde zorgbehoefte van allochtone cliënten groter is, dat allochtone cliënten minder tevreden zijn met de ontvangen zorg en dat dit een negatieve invloed heeft op de kwaliteit van leven van allochtone cliënten.

Methoden

Onderzoeksgroep

De deelnemers aan dit onderzoek bestaan uit cliënten van de geestelijke gezondheidsinstelling (GGZ) Altrecht en zijn alle gediagnosticeerd met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis. Het gaat om 121 cliënten van wie beide ouders in Nederland zijn geboren (in deze studie de ‘autochtone groep’ genoemd) en 106 cliënten van wie één of beide ouders in het buitenland zijn geboren (in deze studie de ‘allochtone groep’ genoemd). Wat betreft deze laatste groep gaat het om 22 cliënten met één of beide ouders uit Marokko, 8 cliënten met één of beide ouders uit Turkije, 22 uit Suriname, 6 uit de Nederlandse Antillen, 14 uit een ander Europees land en 34 uit overige, niet-Europese landen. Kenmerken van de autochtone en allochtone groep staan vermeld in Tabel 1. De beide groepen verschillen niet in leeftijd ($t = 1.16, p = .25$), sekseverdeling ($X^2 = 0.39, p = .53$), het wel of niet hebben van een vaste levenspartner ($X^2 = 1.06, p = .35$), de tijd sinds het eerste contact met een geestelijke gezondheidsinstelling ($t = -0.42, p = .68$), de tijd sinds de eerste psychotische klachten ($t = -0.44, p = .66$) en de hoofddiagnose ($X^2 = 0.56, p = .45$). De groepen verschilden ook niet in woonvorm ($X^2 = 7.89, p = .10$). Wel woonde een groter percentage allochtonen bij hun ouders of een ander familielid (11.4% tegenover 5.0%). Wel verschillen de groepen significant qua burgerlijke staat ($X^2 = 14.12, p = .001$); de autochtone groep bevat meer ongehuwde mensen, terwijl de allochtone groep meer gehuwde en gescheiden mensen bevat.

De centrale hulpverleners hebben daarnaast voor in totaal 161 cliënten, van wie 84 autochtone en 77 allochtone cliënten, twee van de onderstaande vragenlijsten ingevuld (namelijk de HoNOS en de CANSAS) ingevuld.

Meetinstrumenten

Vanuit Altrecht is in 2008 gestart met de Zorgmonitor (Swildens et al., 2008). Dit houdt in dat er jaarlijks informatie wordt verzameld over het functioneren en de vervulde en onvervulde zorgbehoeften van cliënten. De zorgmonitor richt zich met name op mensen die langdurig of blijvend integrale zorg nodig hebben bij psychiatrische en maatschappelijke problemen. Het doel is informatie te verschaffen over de actuele en de wenselijke zorg vanuit het perspectief van zowel cliënt als hulpverlener om zo de hulp te kunnen verbeteren. De zorgmonitor bevat een aantal instrumenten. De instrumenten die voor dit onderzoek van belang zijn, worden hier beschreven.

Tabel 1 Kenmerken van de autochtone en allochtone groep.

	Autochtone groep N = 121	Allochtone groep N = 106
<i>Leeftijd</i>		
Gemiddelde in jaren (SD)	44.0 (9.2)	45.4 (9.2)
<i>Sekse</i>		
Aantal mannen (%)	76 (63.7)	70 (67.3)
Aantal vrouwen (%)	44 (36.3)	34 (32.7)
<i>Geboorteland</i>		
Aantal in Nederland (%)	119 (98.3)	28 (26.4)
Aantal buiten Nederland (%)	2 (1.7)	78 (73.6)
<i>Burgerlijke staat</i>		
Gehuwd (%)	12 (9.9)	19 (17.9)
Ongehuwd (%)	96 (79.3)	60 (56.6)
Gescheiden (%)	12 (9.9)	26 (24.5)
<i>Vaste levenspartner</i>		
Ja (%)	26 (21.5)	29 (27.4)
Nee (%)	95 (77.7)	77 (72.6)
<i>Tijd sinds eerste contact GGZ</i>		
Gemiddelde in jaren (SD)	18.9 (10.8)	19.4 (10.3)
<i>Tijd sinds eerste psychotische klachten</i>		
Gemiddelde in jaren (SD)	19.8 (11.0)	20.5 (11.0)
<i>Hoofddiagnose</i>		
Schizofrenie of psychotische stoornis (%)	97 (88.2)	85 (91.5)
Overig (%)	13 (11.8)	8 (8.6)
<i>Woonsituatie</i>		
Bij ouders / andere familie (%)	6 (5)	12 (11.4)
Zelfstandig (%)	79 (65.8)	65 (61.9)
Begeleid / beschermd (%)	20 (16.7)	18 (17.1)
Sociaal pension (%)	4 (3.3)	7 (6.7)
Psychiatrische instelling (%)	11 (9.2)	3 (2.9)

HoNOS. De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS; Wing, Beavor & Curtis, 1998) wordt door de centrale hulpverlener ingevuld en brengt de psychische gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van de cliënt in kaart. Hiermee kan worden bepaald op welke gebieden (meer) hulp kan worden geboden. De HoNOS heeft 12 items verdeeld over 4 subschalen: ‘gedragsproblemen’, oftewel problemen door drugs of geweld (3 items), ‘beperkingen’ oftewel cognitieve of lichamelijke problemen (2 items), ‘symptomatologie’ oftewel psychiatrische symptomen (3 items) en ‘sociale problemen’ oftewel het dagelijks functioneren (4 items). Drie extra gebieden zijn in een addendum toegevoegd, namelijk maniforme ontremming, motivatie voor de behandeling en medicatietrouw. Alle items worden op een 5-puntsschaal (Likert) ingevuld, namelijk van 0 (‘geen probleem’) tot 4 (‘ernstig tot

zeer ernstig probleem'). Voor de totale vragenlijst en voor iedere subschaal wordt een somscore berekend.

CANSAS. De Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS; Slade et al., 1999) is het meest gebruikte instrument voor het beoordelen van zorgbehoeften in de geestelijke gezondheidszorg en wordt door zowel de cliënt als de centrale hulpverlener beoordeeld. Voor verschillende gebieden wordt nagegaan of er momenteel (in de afgelopen maand) een probleem bestaat en zo ja, of de huidige hulpverlening toereikend is om dit probleem bevredigend op te lossen. Hiermee kan bepaald worden op welke gebieden de cliënt (meer) hulp nodig heeft om problemen te kunnen verminderen. De CANSAS beslaat 22 levensgebieden, namelijk huisvesting, voeding, zorg voor het huishouden, zelfverzorging, activiteiten overdag, lichamelijke gezondheid, psychotische symptomen, informatie over de toestand van de behandeling, psychisch onwelbevinden, veiligheid van de persoon zelf, veiligheid voor anderen, alcohol, drugs, gezelschap, intieme relaties, beleving van de seksualiteit, zorg voor de kinderen (onder de 18), elementair onderwijs / educatie, telefoon, vervoer, geld en uitkeringen. Drie extra gebieden zijn in een addendum toegevoegd, namelijk betaald werk, bijwerkingen van de medicatie en zingeving en herstel. De items worden gescoord op een 3-puntsschaal, namelijk 0 ('geen probleem' oftewel geen behoefte aan zorg), 1 ('een probleem dat door middel van zorg bevredigend wordt opgelost' oftewel een vervulde zorgbehoefte) en 2 ('een probleem dat onbevredigend blijft opgelost' oftewel een onvervulde zorgbehoefte). Als het levensgebied niet beoordeeld kan worden, wordt dit met een 9 aangegeven. Zowel het aantal vervulde zorgbehoeften (score 1) als het aantal onvervulde zorgbehoefte (score 2) wordt geteld wat resulteert in een score die kan variëren van 0 tot 22.

QoC. Bij 'Quality of Care' (QoC; Delespaul, Bak, & van Os, 2002) wordt aan de cliënt gevraagd om aan te geven hoe tevreden hij is met de professionele hulp die hij ontvangt. Het antwoord wordt gegeven op een 7-puntsschaal (Likert), van 0 ('zeer ontevreden') tot 6 ('zeer tevreden').

MANSA. De Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA; Priebe, Huxley, Knight & Evans, 1999) wordt alleen bij de cliënt afgenomen en geeft een beeld van de tevredenheid ofwel subjectieve kwaliteit van leven op twaalf verschillende levensgebieden. Deze gebieden zijn: het leven in het algemeen, huisvesting, woonsituatie, dagbesteding, lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, persoonlijke veiligheid, sociale relaties,

familie, intieme relaties, seksualiteit en financiën. Aan de hand hiervan kan worden beoordeeld op welke gebieden de cliënt meer zorg kan gebruiken om de tevredenheid of kwaliteit van leven te vergroten. De items worden gescoord op een 7-puntsschaal (Likert) van 0 ('zeer ontevreden') tot 6 ('zeer tevreden'). Voor de totale vragenlijst wordt een mediane somscore berekend.

Statistische analyses

Allereerst is de interne consistentie van de verschillende vragenlijsten berekend met behulp van Cronbach's alpha, zowel voor de gehele groep als voor de autochtone en allochtone groep afzonderlijk. Nunnally en Bernstein (1994, p. 265) hebben de volgende regels opgesteld voor onderzoek op groepsniveau: de betrouwbaarheid is 'onvoldoende' bij een Cronbach's alpha lager dan .60, 'voldoende' bij een Cronbach's alpha gelijk aan of hoger dan .60 maar lager dan .70 en 'goed' bij een Cronbach's alpha gelijk aan of hoger dan .70.

Vervolgens is met behulp van een onafhankelijke *t*-toets nagegaan of de autochtone en allochtone groepen verschillen in leeftijd, tijd sinds het eerste contact met een GGZ-instelling, en tijd sinds de eerste psychotische klachten. Met behulp van een Chi-kwadraat toets is onderzocht of de groepen verschillen in sekseverdeling (man/vrouw), burgerlijke staat (gehuwd/ongehuwd/gescheiden), vaste levenspartner (ja/nee) en hoofddiagnose (schizofrenie of psychotische stoornis/overig).

Daarna is met een onafhankelijke *t*-toets gekeken of de autochtone en allochtone groepen verschillen in de totaalscores op de HoNOS, CANSAS en MANSA. Voor de afzonderlijke items van de CANSAS is dit nagegaan met behulp van een Chi-kwadraat toets en voor de afzonderlijke items van de MANSA en voor de QoC is dit nagegaan met behulp van een Mann-Whitney U test.

Omdat de achtergrond van de allochtone groep erg uiteenloopt, is het deel van deze groep met een niet-Europese achtergrond vervolgens opgedeeld in drie groepen, namelijk met een Turkse of Marokkaanse achtergrond ($N = 30$) met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond ($N = 28$) en met een overige niet-Europese achtergrond ($N = 34$). Vervolgens zijn de bovengenoemde analyses nogmaals uitgevoerd, maar nu met een univariate variantieanalyse (ANOVA) met drie groepen in plaats van een onafhankelijke *t*-toets met twee groepen. Indien de uitkomst significant was, is met post hoc analyses nagegaan welke van de drie groepen significant van elkaar verschilden. Verschillen tussen de drie groepen op de afzonderlijke items van de MANSA en op de QoC zijn nagegaan met behulp van een Kruskal-Wallis test. Bij alle analyses is $p \leq .05$ als significant verondersteld.

Resultaten

Allereerst zijn de interne consistenties (Cronbach's alpha) van de vragenlijsten nagegaan. De interne consistentie van de totale HoNOS is .62 en dus 'voldoende' voor de gehele groep, .65 en dus 'voldoende' voor de autochtone groep en .59 en dus 'onvoldoende' voor de allochtone groep. De interne consistenties van de subschalen 'gedragsproblemen', 'beperkingen', 'symptomatologie' en 'sociale problemen' van de HoNOS zijn respectievelijk .08, .21, .42 en .48 voor de gehele groep, respectievelijk -.01, .31, .53 en .56 voor de autochtone groep en respectievelijk .21, .09, .26 en .40 voor de allochtone groep en dus alle 'onvoldoende'. Dit houdt in dat de resultaten die in deze sectie over de HoNOS worden gepresenteerd met grote voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

Voor wat betreft de CANSAS is de interne consistentie van de lijst die door de cliënten is beoordeeld .72 en dus 'goed' voor de gehele groep, .76 en dus eveneens 'goed' voor de autochtone groep en .67 en dus 'voldoende' voor de allochtone groep. Van de lijst die door de hulpverlener is beoordeeld is de interne consistentie .77 voor de gehele groep, .77 voor de autochtone groep en .78 voor de allochtone groep; deze zijn dus alle 'goed'. De interne consistentie van de MANSA is .85 voor de gehele groep, .83 voor de autochtone groep en .86 voor de allochtone groep; deze zijn dus eveneens alle 'goed'.

Vervolgens is onderzocht of er verschillen zijn tussen autochtone en allochtone cliënten op het gebied van psychiatrische problematiek (HoNOS). De scores op de totale HONOS en de vier subschalen van de HoNOS zijn weergegeven in Tabel 2. Geen van de verschillen is significant. Ook de drie items van het addendum laten geen significante verschillen zien.

Tabel 2 Gemiddelde scores van autochtone en allochtone cliënten op de HoNOS.

	Autochtoon		Allochtoon		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Gedragsproblemen	0.4	0.9	0.4	0.8	-0.18	.97
Beperkingen	0.7	0.7	0.7	0.7	-0.17	.87
Symptomatologie	1.5	1.7	1.6	1.5	-0.39	.48
Sociale problemen	2.4	2.2	2.8	2.3	-1.33	.19
TOTAAL	12.5	0.4	12.4	4.8	0.16	.87

De volgende stap is het onderzoeken van verschillen tussen autochtone en allochtone cliënten in het aantal zorgbehoeften (CANSAS). Het aantal zorgbehoeften (ongeacht of deze vervuld of onvervuld zijn), het aantal vervulde zorgbehoeften en het aantal onvervulde zorgbehoeften van beide groepen is weergegeven in Tabel 3. Het aantal zorgbehoeften en het aantal vervulde zorgbehoeften dat door cliënten wordt aangegeven is over het algemeen hoger dan door de hulpverleners wordt aangegeven, zowel voor de autochtone als allochtone groep. Er zijn echter geen significante verschillen in het aantal zorgbehoeften tussen autochtone en allochtone cliënten.

Tabel 3 Gemiddelde scores van autochtone en allochtone cliënten op de CANSAS.

	Autochtoon		Allochtoon		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
<i>CANSAS door cliënt</i>						
Zorgbehoefte*	6.5	3.2	7.2	3.0	-1.64	.10
Vervulde zorgbehoefte	5.0	2.7	5.4	2.6	-1.17	.24
Onvervulde zorgbehoefte	1.5	1.9	1.8	1.9	-1.05	.30
<i>CANSAS door hulpverlener</i>						
Zorgbehoefte	4.5	4.1	5.2	4.5	-1.16	.25
Vervulde zorgbehoefte	3.4	3.2	4.2	3.9	-1.76	.08
Onvervulde zorgbehoefte	1.1	2.0	1.0	1.7	0.69	.49

* Een vervulde dan wel onvervulde zorgbehoefte.

In Tabel 4 staan de percentages cliënten met een (vervulde dan wel onvervulde) zorgbehoefte, een vervulde zorgbehoefte en een onvervulde zorgbehoefte zoals beoordeeld door de cliënt op de 22 afzonderlijke levensgebieden van de CANSAS. Het grootste aantal vervulde zorgbehoeften werd aangegeven door zowel autochtone als allochtone cliënten voor *psychotische symptomen* (namelijk respectievelijk 70% en 75%) Het grootste aantal onvervulde zorgbehoeften werd door autochtone cliënten aangegeven voor *intieme relaties* (21%) en door allochtone cliënten voor *gezelschap* (23%).

Op slechts vier van de gebieden komen significante verschillen tussen de autochtone en allochtone groep voor. Op de gebieden *zorg voor kinderen* en *geld* hebben allochtone cliënten meer (vervulde dan wel onvervulde) zorgbehoeften ($X^2 = 5.69, p = .02$ respectievelijk $X^2 = 9.69, p < .001$) en meer vervulde zorgbehoeften ($X^2 = 4.21, p = .04$ respectievelijk $X^2 = 6.76, p = .009$) dan autochtone cliënten. Op het gebied *elementair onderwijs* hebben allochtone cliënten eveneens meer (vervulde dan wel onvervulde) zorgbehoeften ($X^2 = 28.01, p < .001$) en meer vervulde zorgbehoeften ($X^2 = 14.09, p < .001$), maar ook meer onvervulde zorgbehoeften ($X^2 = 13.20, p < .001$) dan autochtone cliënten. Autochtone cliënten hebben op

hun beurt meer (vervulde dan wel onvervulde) zorgbehoeften ($X^2 = 6.22, p = .013$) en meer vervulde zorgbehoeften ($X^2 = 4.04, p = .045$) op het gebied *informatie over de toestand van behandeling*. De groepen verschilden niet van elkaar wat betreft hun zorgbehoeften op het gebied *betaald werk* ($p = .19$), *bijwerkingen van de medicatie* ($p = .11$) en *zingeving & herstel* ($p = .95$), welke in het addendum van de CANSAS waren nagevraagd. Aangezien dit onderzoek zich voornamelijk richt op de beleving van de cliënt is verder niet gekeken naar verschillen op de individuele items van de CANSAS die is ingevuld door de hulpverlener.

Vervolgens is onderzocht of er tussen autochtone en allochtone cliënten een verschil bestaat in tevredenheid met de zorg (QoC). De mediane score op deze vragenlijst was 5.0 voor de autochtone groep en tevens 5.0 voor de allochtone groep. Dit verschil is niet significant ($U = 6178.00, p = .59$).

Tabel 4 Percentage autochtone en allochtone cliënten met een zorgbehoefte op de 22 gebieden van de CANSAS zoals beoordeeld door de cliënt zelf

	Zorgbehoefte		Vervulde zorgbehoefte		Onvervulde zorgbehoefte	
	Aut	All	Aut	All	Aut	All
Huisvesting	28	39	25	30	3	9
Voeding	35	32	30	26	5	6
Huishouden	48	38	45	37	3	1
Zelfverzorging	12	10	12	10	1	0
Activiteiten overdag	54	58	43	42	11	16
Lichamelijke gezondheid	49	59	32	42	17	18
Psychotische symptomen	85	87	70	75	15	12
Informatie behandeling	56	40*	47	34*	9	6
Psychisch onwelbevinden	56	57	44	39	12	18
Veiligheid zelf	24	19	22	16	3	3
Veiligheid anderen	12	12	11	9	2	3
Alcohol	7	4	5	4	2	0
Drugs	5	7	3	4	2	3
Gezelschap	47	46	31	24	17	23
Intieme relaties	30	21	9	15	21	16
Seksualiteit	17	11	6	6	11	6
Zorg voor kinderen	5	14*	4	11*	1	3
Elementair onderwijs	9	39***	9	28***	0	10***
Telefoon	7	12	5	10	3	2
Vervoer	17	11	12	8	4	4
Geld	40	60***	34	51**	6	9
Uitkeringen	32	40	30	35	3	5

Noot. Aut = Autochtoon, All = Allochtoon.

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p = .001$

Daarna is nagegaan of er verschillen zijn tussen autochtone en allochtone cliënten in de kwaliteit van leven (MANSA). De gemiddelde somscore is 5.0 voor zowel de autochtone als voor de allochtone groep. Dit verschil is niet significant ($t = 1.13, p = .26$). Vervolgens is onderzocht of er verschillen bestaan tussen de scores van de twee groepen op de afzonderlijke items van de MANSA. Deze zijn weergegeven in Tabel 5. Op slechts twee van de 12 items is een significant verschil gevonden. Op *persoonlijke veiligheid* hebben allochtone cliënten gemiddeld een significant lagere score dan de autochtone cliënten ($U = 5339.00, p = .047$). Op *lichamelijke gezondheid* hebben allochtone cliënten gemiddeld een significant lagere score dan de autochtone cliënten ($U = 5193.00, p = .02$).

Tabel 5 Mediane scores van autochtone en allochtone cliënten op de individuele items van de MANSA.

	Autochtoon	Allochtoon
	<i>Mediaan</i>	<i>Mediaan</i>
Leven algemeen	5.0	4.0
Huisvesting	5.0	5.0
Woonsituatie	5.0	5.0
Dagbesteding	5.0	4.5
Lichamelijke gezondheid	5.0	4.0*
Psychische gezondheid	4.0	4.0
Persoonlijke veiligheid	5.0	5.0*
Sociale relaties	5.0	5.0
Familie	5.0	5.0
Intieme relaties	4.0	4.0
Seksualiteit	3.0	4.0
Financiën	5.0	4.0

* $p < .05$.

Omdat de achtergrond van de allochtone groep zeer uiteenloopt is het deel van deze groep met een niet-Europese achtergrond opgedeeld in drie groepen (namelijk Turken en Marokkanen; Surinamers en Antillianen; en mensen uit overige niet-Europese landen) en is nagegaan of deze groepen onderling van elkaar verschillen.

De demografische kenmerken van deze drie groepen zijn weergegeven in Tabel 6. De groepen verschillen niet significant in leeftijd ($F = 0.84, p = .43$), het wel of niet hebben van een vaste levenspartner ($X^2 = 4.42, p = .11$), de tijd sinds het eerste contact met een geestelijke gezondheidsinstelling ($F = 0.23, p = .80$), de tijd sinds de eerste psychotische klachten ($F = 1.36, p = .26$) en de hoofddiagnose ($X^2 = 0.26, p = .89$). De groep Surinamers en Antillianen bevat significant meer mannen dan de overige twee allochtone groepen ($X^2 = 7.76, p = .02$), namelijk de groep Turken en Marokkanen ($X^2 = 5.90, p = .02$) en de groep overige niet-

Europeanen ($X^2 = 6.86, p = .01$). De drie groepen verschillen eveneens significant in burgerlijke staat ($X^2 = 18.3, p = .001$). De groep Turken en Marokkanen heeft een significant hoger aantal gehuwden dan zowel de groep Surinamers en Antillianen ($X^2 = 11.19, p = .003$) als de groep overige niet-Europeanen ($X^2 = 10.64, p = .005$). Het verschil tussen de groep Surinamers en Antillianen en de groep overig niet-Europeanen is niet significant ($X^2 = 5.20, p = .09$).

Tabel 6 Kenmerken van de drie niet-Europese allochtone groepen.

	Turken en Marokkanen (<i>N</i> = 30)	Surinamers en Antillianen (<i>N</i> = 28)	Overige niet-Europeanen (<i>N</i> = 34)
<i>Leeftijd</i>			
Gemiddelde in jaren (SD)	46.6 (9.2)	43.9 (8.6)	46.3 (8.7)
<i>Sekse</i>			
Aantal mannen (%)	17 (56.7)	24 (85.7)	18 (54.5)
Aantal vrouwen (%)	13 (43.3)	4 (14.3)	15 (45.5)
<i>Burgerlijke staat</i>			
Gehuwd (%)	12 (40.0)	1 (3.6)	5 (14.7)
Ongehuwd (%)	9 (30.0)	16 (57.1)	24 (70.6)
Gescheiden (%)	9 (30.0)	10 (35.7)	5 (14.7)
<i>Vaste levenspartner</i>			
Ja (%)	11 (36.7)	4 (14.3)	12 (35.3)
Nee (%)	19 (63.3)	24 (85.7)	22 (64.7)
<i>Tijd sinds eerste contact GGZ</i>			
Gemiddelde in jaren (SD)	20.4 (11.4)	18.4 (8.4)	20.0 (11.6)
<i>Tijd sinds eerste psychotische klachten</i>			
Gemiddelde in jaren (SD)	22.4 (12.9)	21.6 (10.0)	17.7 (10.6)
<i>Hoofddiagnose</i>			
Schizofrenie of psychotische stoornis (%)	25 (89.3)	20 (90.9)	27 (93.1)
Overig (%)	3 (10.7)	2 (9.1)	2 (6.9)

Met deze drie groepen zijn de bovenstaande analyses herhaald met correctie voor het verschil in sekseverdeling en burgerlijke staat. Er zijn geen significante verschillen tussen de drie groepen op de HoNOS totaalscore ($F = 0.41, p = .67$) en op de subschalen gedragsproblemen ($F = 0.23, p = .80$), beperkingen ($F = 0.07, p = .93$), symptomatologie ($F = 0.62, p = .54$) en sociale problemen ($F = 0.10, p = .91$).

Op de CANSAS zijn er eveneens geen significante verschillen in het totaal aantal zorgbehoeften zoals gemeten bij de cliënt ($F = 0.25, p = .78$) en bij de hulpverlener ($F = 0.53, p = .59$). In Tabel 7 staan de percentages van de drie groepen allochtone cliënten met een vervulde zorgbehoefte en een onvervulde zorgbehoefte zoals beoordeeld door de cliënt op de

22 afzonderlijke levensgebieden van de CANSAS. Er is alleen een significant verschil tussen de groepen op het gebied van *geld* ($X^2 = 12.16, p = .04$). De groep Turken en Marokkanen had op dit gebied meer onvervulde zorgbehoeften dan de groep overige niet-Europeanen ($X^2 = 4.76, p = .04$), maar niet meer dan de groep Surinamers en Antillianen ($X^2 = 2.01, p = .16$).

Tabel 7 Percentage Turken en Marokkanen, Surinamers en Antillianen en overige, niet-Europese cliënten met een zorgbehoefte op de 22 gebieden van de CANSAS zoals beoordeeld door de cliënt zelf.

	Vervulde zorgbehoefte			Onvervulde zorgbehoefte		
	T/M	S/A	OV	T/M	S/A	OV
Huisvesting	30	32	30	10	4	12
Voeding	37	25	24	3	11	0
Huishouden	40	36	44	0	0	0
Zelfverzorging	17	4	12	0	0	0
Activiteiten overdag	27	50	44	20	14	18
Lichamelijke gezondheid	47	36	35	20	21	15
Psychotische symptomen	80	64	82	10	21	0
Informatie behandeling	30	39	27	3	14	0
Psychisch onwelbevinden	33	43	38	27	14	9
Veiligheid zelf	13	7	21	7	0	0
Veiligheid anderen	10	11	12	10	0	0
Alcohol	3	0	0	0	0	0
Drugs	3	4	3	3	4	3
Gezelschap	17	36	24	17	21	21
Intieme relaties	3	18	27	20	7	15
Seksualiteit	13	4	3	10	7	3
Zorg voor kinderen	17	4	15	3	7	0
Elementair onderwijs	40	18	32	13	7	12
Telefoon	20	11	3	3	4	0
Vervoer	10	4	9	7	4	0
Geld	57	50	44	20	7	3*
Uitkeringen	37	32	32	7	7	3

Noot. T/M = Turken en Marokkanen, S/A = Surinamers en Antillianen, OV = Mensen uit overige niet-Europese landen.

* $p \leq .05$.

Wat betreft de tevredenheid over de zorg waren er geen significante verschillen tussen de groepen ($X^2 = 2.03, p = .36$). Er waren evenmin significante verschillen tussen de groepen voor wat betreft de MANSA ($F = 0.20, p = .82$). Op de individuele items van de MANSA zijn eveneens geen significante verschillen gevonden.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om na te gaan of er verschillen zijn in psychiatrische problematiek, zorgbehoeften, tevredenheid over de zorg en kwaliteit van leven tussen autochtone en allochtone cliënten met schizofrenie of een andere psychotische stoornis. De cliënten waarvan één of beide ouders in het buitenland zijn geboren vielen in de allochtone groep en de cliënten waarvan beide ouders in Nederland geboren waren vormden de autochtone groep.

Zowel autochtone als allochtone cliënten geven aan relatief weinig problemen te hebben als gevolg van drugs of agressie. Tevens ondervinden ze weinig problemen in het dagelijks functioneren en weinig cognitieve of lichamelijke problemen. Wel rapporteren beide groepen relatief veel psychiatrische symptomen: als gekeken wordt naar de gemiddelde score per schaal, scoren zowel autochtonen als allochtonen hoog op schaal 6 van de HoNOS ('Hallucinaties en waanvoorstellingen'). Ook wordt er gemiddeld hoog gescoord op schaal 10 van de HoNOS ('ADL activiteiten'). Op deze schalen gaven de hulpverleners vaker aan dat er sprake was van een ernstig probleem. Een significant verschil tussen autochtone en allochtone cliënten hierin werd echter niet gevonden.

Het aantal levensgebieden waarop door de cliënt een vervulde of onvervulde zorgbehoefte werd gerapporteerd, kwam overeen met wat recentelijk door Priebe et al. (2009) gevonden werd onder patiënten met schizofrenie die een behandeling ontvingen die er op gericht was hen zoveel mogelijk te laten meedraaien in de maatschappij. Opvallend is wel dat in de studie van Priebe et al. het aantal vervulde zorgbehoeften dat gerapporteerd werd door de hulpverlener hoger ligt dan het aantal vervulde zorgbehoeften zoals aangegeven door de cliënt. In de huidige studie is dit juist omgekeerd en ligt het aantal vervulde zorgbehoeften zoals gerapporteerd door de hulpverlener juist lager. Er zijn verder geen verschillen tussen de autochtone en de allochtone groep. Een reden voor het verschil in beoordeling tussen hulpverlener en cliënt, is dat de hulpverlener mogelijk niet op de hoogte is van alle aspecten van het leven van de cliënt en daardoor aangeeft dat er geen zorgbehoefte is. Dit zou bijvoorbeeld kunnen gelden voor het item seksualiteit en intieme relaties. Ook kunnen hulpverlener en cliënt verschillende opvattingen hebben over wanneer een zorgbehoefte vervuld is. Mogelijk is de cliënt tevreden met zijn situatie terwijl de hulpverlener nog ruimte voor verbetering ziet (Lasalvia, Ruggeri & Mazzi, 2000).

Zowel autochtone als allochtone cliënten rapporteerden vooral een vervulde zorgbehoefte voor *psychotische symptomen*. Het grootste aantal onvervulde zorgbehoeften werd door autochtone cliënten aangegeven voor *intieme relaties* en door allochtone cliënten voor *gezelschap*. Slechts op vier van de tweeëntwintig levensgebieden werd een significant

verschil tussen autochtone en allochtone cliënten aangegeven. Allochtone cliënten hadden meer vervulde zorgbehoeften op de gebieden *zorg voor kinderen* en *geld* evenals meer vervulde en onvervulde zorgbehoeften op het gebied *elementair onderwijs*. Autochtone cliënten hadden op hun beurt meer vervulde zorgbehoeften op het gebied van *informatie over de behandeling*. Wellicht hadden allochtone cliënten meer behoefte aan ondersteuning bij de zorg voor hun kinderen omdat zij over het algemeen grotere gezinnen hebben dan autochtone cliënten. Ook is een groter mogelijk van de allochtone cliënten getrouwd of gescheiden, wat inhoudt dat zij waarschijnlijk meer kinderen zullen hebben. Gezien de leeftijd van de allochtone groep is een gebrek aan elementaire vaardigheden eveneens niet verwonderlijk; gemiddeld 38% van de Turken en 29% van de Marokkanen in de leeftijd van 45 jaar of ouder beheerst niet voldoende de Nederlandse taal (SCP/CBS, 2006).

Wat betreft de tevredenheid over de zorg verschilden de groepen niet significant van elkaar. Beide groepen waren over het algemeen eveneens tevreden met de geboden zorg. Deze hoge score komt niet overeen met de bevindingen van Knipscheer en Kleber (2005), die concludeerden dat een derde van de allochtone groep ontevreden was met de zorg. Men had behoefte aan meer concrete hulp en een integratie van het zorgaanbod (Knipscheer & Kleber, 2005). Deze discrepantie is mogelijk te verklaren door een verschil in methode; in dit onderzoek wordt de tevredenheid met de geboden zorg vastgesteld aan de hand van één vraag, waardoor de betrouwbaarheid mogelijk laag is. Daarnaast is er wellicht ook sprake van sociale wenselijkheid; de cliënten waren zich bewust van het feit dat deze informatie tevens aan de behandelaar teruggekoppeld werd.

Zowel autochtonen als allochtonen cliënten geven aan een relatief hoge kwaliteit van leven te hebben. Men is met name zeer tevreden met de woning, de huisgenoten of het alleen wonen en de dagbesteding. Met name de hoge score op dagbesteding is opvallend, aangezien hulpverleners op de HoNOS in verhouding juist meer problemen op ADL-activiteiten aangeven dan op de andere schalen. Hier zit dus mogelijk een verschil in opvatting tussen hulpverlener en cliënt. Verder bleek dat allochtone cliënten significant minder tevreden waren met hun fysieke gezondheid en hun persoonlijke veiligheid dan autochtone cliënten. Dit komt overeen met de bevindingen uit eerder onderzoek; met name Marokkanen en Turken ervaren hun gezondheid als beduidend slechter dan autochtonen (van Bergen et al., 2003). Een mogelijke verklaring hiervoor is somatisatie, oftewel het uiten van distress door middel van lichamelijke symptomen. Van dit mechanisme wordt vaker gebruik gemaakt door mensen van niet-westerse achtergrond (Knipscheer & Kleber, 2005; Hwang et al., 2008). Het verschil in persoonlijke veiligheid is wellicht een gevolg van ervaren discriminatie of racisme. Ook

wonen allochtonen, met name in grote steden, vaak in wijken met een hogere mate van criminaliteit. Uit de Volksgezondheidsmonitor Utrecht (van Bergen et al., 2003) blijkt dat iets minder dan de helft van de allochtonen zijn wijk als problematisch beschouwd tegenover een vijfde van de autochtonen.

Een andere verklaring voor de afwezigheid van significante verschillen tussen autochtone en allochtone cliënten in zorgbehoeften en kwaliteit van leven, zou kunnen zijn dat alle allochtone cliënten in dit onderzoek tot dezelfde groep behoren, terwijl er binnen deze groep grote verschillen zijn in culturele achtergrond. De meeste cliënten kwamen uit Marokko (22 cliënten) en Suriname (eveneens 22 cliënten). Post hoc analyses op de CANSAS en de MANSA met alleen deze subgroepen lieten echter vrij weinig verschillen zien. De groep Turken en Marokkanen had enkel significant meer onvervulde zorgbehoeften dan de groep Surinamers en Antillianen op het gebied *geld*. De verschillen in culturele achtergrond binnen de allochtone groep lijken dus niet te leiden tot verschillen in zorgbehoefte.

Er zijn nog enkele punten van aandacht in dit onderzoek met betrekking tot de gebruikte vragenlijsten. De HoNOS heeft een lage discriminante validiteit bij groepen met ernstige psychiatrische problematiek. Dit is met name een risico bij het vergelijken van scores tussen groepen, zoals in dit onderzoek gedaan is (Morosini, Gigantesco, Picardi, & de Girolamo, 2007; Allan & McGonagle, 1997). Ook is de interne consistentie van de HoNOS in dit onderzoek voor zowel de gehele groep als voor de autochtone en allochtone groep afzonderlijk onvoldoende. De resultaten die in dit onderzoek met betrekking tot de HoNOS zijn gerapporteerd, dienen dan ook met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Er kan dus niet met zekerheid worden gesteld dat de twee groepen niet verschillen in de ernst van de psychiatrische problematiek.

Het item over de kwaliteit van de ontvangen zorg is wellicht niet betrouwbaar omdat dit concept zeer veel verschillende aspecten bevat. Idealiter wordt dit gemeten aan de hand van meerdere vragen. Hierbij kan een voorbeeld genomen worden aan de GGZ Thermometer. Dit instrument werd door het Trimbos-instituut ontwikkeld en meet aan de hand van 20 vragen en 8 achtergrondvragen de cliëntenwaardering. Deze vragenlijst heeft een hoge betrouwbaarheid en validiteit (Kertzman, Kok & van Wijngaarden, 2003).

De MANSA maakt de kwaliteit van leven meetbaar aan de hand van zogeheten levensdomeinen oftewel factoren die afzonderlijk bijdragen aan iemands ervaren kwaliteit van leven. Het is echter mogelijk dat niet alle levensdomeinen belangrijk zijn voor iemand met schizofrenie. Zo vonden Kemmler en collega's (Kemmler, Holzner, Neudorfer, Meise & Hinterhuber, 1997) dat alleen de sociale relaties, lichamelijke gezondheid en de ernst van de

psychische klachten significant bijdroegen aan de algehele tevredenheid. Maar het is ook mogelijk dat er verschillen bestaan tussen groepen op gebieden die niet gemeten zijn. Arthaud-day en collega's (Arthaud-day, Near, Rode & Mooney, 2005) hebben op basis van factoranalyse vastgesteld dat de validiteit van dergelijke subjectieve metingen flink omhooggaat als tevens de aanwezigheid van positief en negatief affect gemeten wordt.

Concluderend kan gesteld worden dat er in dit onderzoek nauwelijks verschillen zijn gevonden tussen autochtone en allochtone cliënten met schizofrenie of aanverwante psychotische stoornissen voor wat betreft de psychiatrische problematiek, de vervulde en onvervulde zorgbehoeften, de tevredenheid met de ontvangen zorg en de kwaliteit van leven. Beide groepen geven relatief weinig gedragsproblemen, beperkingen en sociale problemen aan, maar wel relatief veel psychiatrische symptomen in de vorm van hallucinaties en waanvoorstellingen. Ook wordt er vaak een probleem aangegeven op het gebied van ADL activiteiten. Daarnaast bestaan er meer vervulde dan onvervulde zorgbehoeften in beide groepen, met name op het gebied van psychotische symptomen, huishouden, activiteiten overdag en psychisch onwelbevinden. De kwaliteit van leven was in de twee groepen vrijwel even hoog.

Referenties

- Allan, S. & McGonagle, I. (1997). A comparison of HoNOS with the Social Behavior Schedule in three settings. *Journal of Mental Health, 6*, 117-124.
- Arthaud-day, M.L., Near, J.P., Rode, J.C. & Mooney, C.H. (2005). The subjective well-being construct: A test of its convergent, discriminant, and factorial validity. *Social Indicators Research, 74*, 445-476.
- Barker, D.A., Shergill, S.S., Higginson, I. & Orrell, M.W. (1996). Patient's views towards care received from psychiatrists. *British Journal of Psychiatry, 168*, 641-646.
- Bautista, R.E.D., Glen, E.T. & Settee, N.K. (2007). Factors associated with satisfaction with care among patients with epilepsy. *Epilepsy and Behavior, 11*, 518-524.

- Bergen, A. van, Dittrich, H., Gelderloos, G., Hesselink, M. & Hofmeijer, A. (2003). *Volksgezondheidsmonitor Utrecht, themarapport allochtonen 19 – 65 jaar*. Utrecht: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Utrecht.
- CBO/Trimbos-instituut (2005). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie; Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2008). *Jaarrapport integratie 2008*. Den Haag/Heerlen: OBT bv.
- Delespaul, P., Bak, M., & Os, J. van (2002). *Handleiding Maastrichtse Psychoseprotocol*. Maastricht: Maastricht Universiteit.
- Eack, S.M. & Newhill, C.E. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1225-1237.
- Herrman, H., Hawthorne, G. & Thomas, R. (2002). Quality of life assessment in people living with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 510-518.
- Hwang, W., Myers, H.F., Abe-Kin, J. & Ting, J.Y. (2008). A conceptual paradigm for understanding culture's impact on mental health: The cultural influences on mental health (CIMH) model. *Clinical Psychology Review* 28, 211–227.
- Kaplan, V.A. & Saddock, B.J. (2005). *Synopsis of psychiatry*. London: Lippincott Williams and Wilkins.
- Kemmler, G., Holzner, B., Neudorfer, C., Meise, U. & Hinterhuber, H. (1997). General life satisfaction and domain-specific quality of life in chronic schizophrenic patients. *Quality of Life Research*, 6, 265–273.
- Kertzman, T., Kok, I., Wijngaarden & B. van (2003). *De GGZ Thermometer nader onderzocht: De evaluatie van een vragenlijst voor cliëntwaardering in de volwassenenzorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Knipscheer, J.W. & 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.
- Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2005). Migranten in de GGZ: Empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 47*, 753-759.
- Kuipers, E., Slade, M., Leese, M., Cahill, S. & Thornicroft, G. (2005). Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *The British Journal of Psychiatry, 187*, 256-261.
- Lasalvia, A., Ruggeri, M. & Mazzi, M. A. (2000). The perception of needs for care in staff and patients in community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 3. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 366-375.
- Leao, T.S., Sundquist, J., Frank, G., Johansson, L.M., Johansson, S.E. & Sundquist, K. (2006). Incidence of schizophrenia or other psychoses in first- and second-generation immigrants. A national cohort study. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194*, 27-33.
- Leese, M., Johnson, S., Slade, M., Parkman, S., Kelly, F., Phelan, M. & Thornicroft, G. (1998). User perspective on needs and satisfaction with mental health services. PRiSM Psychosis Study 8. *British Journal of Psychiatry, 173*, 409-415.
- Lopez, S.R. & Guarnaccia, P.J.J. (2000). Cultural psychopathology: Uncovering the social world of mental illness. *Annual Review of Psychology, 51*, 517-598.
- Morosini, P., Gigantesco, A., Picardi, A. & Girolamo, G. de (2007). Discriminant ability and criterion validity of the HoNOS in Italian psychiatric residential facilities. *Psychopathology, 40*, 111-115.

- Nunnally, J. & Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw Hill.
- Ormel, J., VonKorff, M., Ustun, B., Pini, S., Korten, A. & Oldehinkel, T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures: Results from the who collaborative study on psychological problems in general health care. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1741-1748.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S. & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 7-12.
- Priebe, S., Wiersma, D., Brink, R., Wolters, K., McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Rössler, W., Salize, H., Björkman, T., Torres-Gonzales, F. & Wright, D.J. (2009). Individual unmet needs for care: Are they sensitive as outcome criterion for the effectiveness of mental health services interventions? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 317-324.
- Selten, J.P., Veen, N., Feller, W., Blom, J.D., Schols, D. & Camoenie, W. (2001). Incidence of psychotic disorder in immigrant groups to the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 178, 367–372.
- Schrier A.C., Selten, J.P., Wetering, B.J.M. van de & Mulder, P.G.H. (1996). Point prevalence of schizophrenia in immigrant groups in Rotterdam. *Schizophrenia Research*, 18, 103–104.
- SCP/CBS (2006). *Survey integratie minderheden*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Skevington, S.M. (2002). Advancing cross-cultural research on quality of life: Observations drawn from the WHOQOL development. *Quality of Life Research*, 11, 135–144.
- Slade, M., Beck, A., Bindman, J., Thornicroft, G. & Wright, S. (1999). Routine clinical outcome measures for patients with severe mental illness: CANSAS and HoNOS. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 404-408.

Swildens, W., Croes, C., Gramsma, B., Berg, H. van den, Driedonks, G., Voesenek, R., Wel, T. van (2008). *De Utrechtse Zorgmonitor; ervaringen met monitoring van mensen met psychotische stoornissen*. Utrecht: Altrecht.

Utsey, S.O., Chae, M.H., Brown, C.F. & Kelly, D. (2002). Effect of ethnic group membership on ethnic identity, race-related stress, and quality of life. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 8*, 366-377.

Wing, J.K., Beever, A.S. & Curtis, R.H. (1998). Health of the nation outcome scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry, 172*, 11-18.