

“Ik ben niet gek”

Opvattingen van Chinese migranten en hun kinderen over geestelijke gezondheid en (geestelijke) gezondheidszorg in Nederland



Universiteit Utrecht

Datum: 1 juli 2015

Master: Arbeid, Zorg en Welzijn

Student: Jessica Zhou, 3394026

Begeleider: Ludwien Meeuwesen

Tweede lezer: René van Rijsselt

Co-supervisor: Cha-Hsuan Liu

Universiteit Utrecht



Voorwoord

Voor u ligt de masterthesis ter afsluiting van de master Arbeid, Zorg en Welzijn: Beleid en Interventie. Er zijn een aantal personen die een rol hebben gespeeld bij het volbrengen van dit onderzoek. Allereerst wil ik graag Ludwien Meeuwesen bedanken voor de kritische blik, goede feedback, nuttige bijeenkomsten en het vertrouwen dat u in mij heeft gehad. Daarnaast wil ik Cha-Hsuan Liu bedanken voor het samen sparren over dit onderwerp en de hulp en kennis die ik heb gekregen. Ook wil ik graag mijn studiegenoten Thomas en Ytsje bedanken voor de feedback, het meedenken en steun tijdens het thesis proces. Verder wil ik Hans van Brakel bedanken voor het corrigeerwerk en de hulp met de puntjes op de i. Daarnaast wil ik Hugo van Brakel bedanken voor het meedenken, het geduld met mij en de bemoedigende woorden tijdens het schrijven van de deze scriptie. Ten slotte wil ik alle respondenten bedanken voor hun openheid, de medewerking en de interessante gesprekken die zijn gevoerd.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	4
1. Inleiding	5
1.1 Wetenschappelijke relevantie	6
1.2 Maatschappelijke relevantie	6
1.3 ASW-verantwoording	6
1.4 Opbouw masterthesis	7
2. Theoretische verkenning	8
2.1 Nederlandse en Chinese gezondheidszorg	8
2.2 Acculturatie	9
2.2.1 Acculturatieve stress model & geestelijke gezondheid	10
2.3 Kleinman's verklaringsmodellen van ziektes.....	11
2.3.1 Sectoren gezondheidszorg	12
2.3.2 Traditionele Chinese Geneeswijze	12
2.4 Hofstede: Individualisme-Collectivisme	13
2.4.1 Schaamtecultuur/gezichtsverlies	14
2.5 Barrières in de geestelijke gezondheidszorg	14
3. Vraagstelling.....	16
4. Methode	17
4.1 Type onderzoek	17
4.2 Onderzoekspopulatie	17
4.3 Dataverzameling	17
4.4 Operationalisering	18
4.5 Data analyse	18
5. Resultaten	20
5.1 Algemeen.....	20
5.2 Acculturatie	20
5.3 Taalbarrières	22
5.4 Culturele barrières	23
5.5 Praktische barrières	23
5.6 Nederlands zorgsysteem.....	24
5.7 Verklaringsmodellen ziektes Kleinman.....	25
5.8 Collectivisme vs. Individualisme	27
6. Conclusie en discussie	30
6.1 Beantwoording deelvragen en terugkoppeling theorie.....	30
6.2 Methodologische reflectie	33
6.3 Aanbevelingen.....	34
7. Literatuurlijst.....	35
Bijlage 1 Terminologie.....	39
Bijlage 2 Interculturalisatiebeleid in de GGZ.....	40
Bijlage 3 Topiclijst	41
Bijlage 4 Codeboom	43

Samenvatting

Doel - Het doel van dit onderzoek is om kennis te vergaren over de opvattingen van de eerste generatie Chinese migranten in Nederland en de generatie na hen over geestelijke gezondheid en de Nederlandse (geestelijke) gezondheidszorg en de verschillen en overeenkomsten daarin tussen deze twee groepen.

Methode - Zestien semigestructureerde interviews werden gehouden onder hoog opgeleide Chinese migranten en hun nakomelingen. De onderwerpen die centraal staan zijn acculturatie, verklaringsmodellen van ziektes van Kleinman, barrières in de (geestelijke) gezondheidszorg en individualisme vs. collectivisme. Dit onderzoek is kwalitatief van aard.

Resultaten - Er zijn wel een aantal duidelijke verschillen in opvattingen tussen de eerste en de tweede generatie respondenten gevonden, vooral als het gaat om geloof in bepaalde geneeswijze en praten (met anderen) over geestelijke gezondheid. De vorm en mate van acculturatie is ook verschillend tussen deze twee generaties. Een overeenkomst is dat beide generaties positief staan tegenover professionele hulp zoeken bij psychische klachten. Verder zijn de verschillen in sommige opvattingen minder groot dan verwacht, zoals bijvoorbeeld hun beeld en definitie over geestelijke gezondheidsproblemen en hoe ze tegen de Nederlandse gezondheidszorg aankijken.

Discussie - Een aanbeveling is om een algemeen beleid te ontwikkelen voor culturele verschillen, diversiteit en achtergrond in de (geestelijke) gezondheidszorg en een platform of kenniscentrum op te zetten waar migranten terecht kunnen voor vragen over (geestelijke) gezondheidszorg.

1. Inleiding

Wereldwijd is bekend dat psychische klachten zoals depressie of angststoornissen bij de top vier van meest voorkomende ziektes hoort (CBS, 2011). Er wordt verwacht dat het aantal mensen met psychische klachten zal toenemen. In 2004 had 27 procent van de Europeanen tussen de 18 en 65 jaar te maken met een psychische stoornis (Wittchen *et al.*, 2005). Nauwelijks een kwart van hen ging naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) om zich te laten behandelen. Tussen 2001 en 2009 kampte gemiddeld 13 procent van de autochtonen in Nederland met psychische klachten, voor niet-westerse allochtonen was dat 27.6 procent, ruim twee keer zoveel (CBS, 2011).

Door de continue groei van migranten naar Europa, is het probleem van de geestelijke gezondheidszorg toegenomen en steeds belangrijker geworden (Watters, 2002). In 2000 concludeerde de Raad voor Volksgezondheid en Zorg dat migranten minder gebruik maken van het zorgaanbod in Nederland dan autochtonen (Struijs & Wennink, 2000), terwijl zij de (geestelijke) gezondheidszorg vaker nodig hebben. Er zijn sindsdien al wat initiatieven genomen om de Nederlandse zorg beter aan te laten sluiten bij de behoeftes van migranten (Trinidad *et al.*, 2005). Toch is de aansluiting tussen de zorgvraag van veel migranten en het Nederlandse zorgaanbod niet optimaal (Struijs, 2003). De redenen zijn vaak: onbekendheid van zorgvragers met de instelling en werkwijze van de Nederlandse gezondheidszorg en communicatieproblemen. Aan de andere kant speelt onbekendheid van hulpverleners met de etnische en culturele achtergrond van hun cliënten (Struijs, 2003).

Er is al heel wat onderzoek gedaan naar migranten in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland (Watters, 2002; Knipscheer & Kleber, 2005; Lindert *et al.*, 2008; CBS 2011; Gijsberts *et al.*, 2011), maar dat richtte zich meestal op Turken, Marokkanen en Surinamers, die de drie grootste migrantengroepen vormen (Watters, 2002). Soms worden de Antillianen, Arubanen en migranten uit andere landen meegenomen in het onderzoek (Watters, 2002; CBS, 2011). De Chinezen worden in Nederland buiten beschouwing gelaten, terwijl deze groep de vijfde grootste migrantengroep in Nederland vormt (Liu *et al.*, 2011).

Chinese migranten, of zelfs Aziaten in het algemeen, worden veelal als één homogene groep beschouwd (Sue, 1994; Fung & Wong, 2007; Blignault *et al.*, 2008), terwijl migranten geen homogene groep vormen (Knipscheer & Kleber, 2005; Gijsbert *et al.*, 2011). Het is van belang dat er onderzoek gedaan wordt naar de verschillen tussen subgroepen Chinese migranten met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg (Liu, 2014). Bovendien blijken Chinezen minder gebruikt te maken van de geestelijke gezondheidszorg, terwijl de klachten vaak juist erger lijken te zijn (Liu *et al.*, 2014). Tot slot: Chinese migranten zijn over het algemeen hoger opgeleid dan andere migrantengroepen, maar ondanks hun hoge opleidingsniveau en hun lange verblijfsduur worden er toch problemen ondervonden onder deze groep eerste generatie migranten, zoals het slecht beheersen van de Nederlandse taal (Gijsbert *et al.*, 2011). Het is dan ook van belang om nader onderzoek te doen naar deze specifieke subgroepen van migranten. In onderhavig onderzoek worden de eerste generatie Chinezen uit de volksrepubliek China en hun nakomelingen onderzocht. Anders dan de eerste groep is de tweede groep in Nederland geboren en opgegroeid. Beide groepen hebben een bepaalde mate van acculturatie ondergaan (dit begrip wordt in hoofdstuk 2.2 uitgelegd). Het is interessant om te kijken of de opvattingen over geestelijke gezondheid(zorg) van deze twee groepen van elkaar verschillen.

De onderzoeksvraag luidt: *In hoeverre verschillen de opvattingen over geestelijke gezondheid en de (geestelijke) gezondheidszorg van de eerste en tweede generatie hoogopgeleide Chinezen van elkaar?* Om deze vraag te beantwoorden wordt er kwalitatief onderzoek gedaan onder deze twee groepen in Nederland. De vraag die doormiddel van literatuurstudie wordt

beantwoord is: *Wat is er in de literatuur bekend over de opvattingen van Chinese migranten over geestelijke gezondheid en de geestelijke gezondheidszorg?*

1.1 Wetenschappelijke relevantie

Hoewel er een breed scala aan onderzoeken is naar Chinese migranten in de geestelijke gezondheidszorg, is er een gebrek aan literatuur over de Chinese migranten in Nederland. Onderzoeken die zijn gedaan naar waarom Chinese migranten minder gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg, wat de barrières zijn, wat hun opvattingen zijn over de geestelijke gezondheidszorg gaan meestal over Aziaten in het algemeen of over Chinezen als een homogene groep (Sue, 1994; Watters, 1996; Abbott *et al.*, 2000; Fung & Wong, 2007; Blignault *et al.*, 2008; Liu *et al.*, 2011). Ook gaan de meeste onderzoeken over andere landen, zoals Amerika, Canada en Australië. Liu *et al.* (2011, 2013, 2014) zijn de eerste auteurs die de Chinese migranten met betrekking tot de (geestelijke) gezondheidszorg in Nederland hebben onderzocht. De resultaten van hun onderzoek kunnen niet geëxtrapoleerd worden naar alle Chinese migranten in Nederland. Het is van belang om binnen de heterogene groep van Chinese migranten onderzoek te doen naar specifieke groepen, omdat de kennis over deze groep op dit moment nog te kort schiet (Liu *et al.*, 2014).

1.2 Maatschappelijke relevantie

Het aantal mensen met psychische klachten zal naar verwachting in de komende jaren toenemen (CBS, 2011). Veel mensen maken geen gebruik van de geestelijke gezondheidszorg of laten zich niet behandelen, terwijl dat vaak wel nodig is (Wittchen *et al.*, 2005). Opvallend is dat psychische klachten vaker voorkomen bij niet-westerse migranten dan bij autochtonen (CBS, 2011). Ook zijn deze klachten vaak erger bij niet-westerse migranten (Liu *et al.*, 2011). Volgens Struijs (2003) is er een slechte aansluiting tussen de zorgvraag van niet-westerse migranten en het Nederlandse zorgaanbod. Voor zowel de zorgvragers als de hulpverleners is dit een lastige kwestie. Vanuit de zorgvragers is er vaak sprake van communicatieproblemen en onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem. Vanuit de hulpverleners speelt onbekendheid met de etnische en culturele achtergronden een belangrijke rol (Struijs, 2003). Kennis en resultaten uit dit onderzoek kunnen bijdragen aan nieuwe inzichten voor beleidsontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg en kunnen daarmee huidige problemen deels of geheel oplossen en barrières verkleinen of tegengaan. Hier kunnen zorgverleners, zorginstellingen en andere betrokken partijen hun voordeel mee doen.

1.3 ASW-verantwoording

Dit onderzoek is van interdisciplinaire aard. Verschillende disciplines vormen samen het theoretisch kader en het uitgangspunt van het onderzoek. Vanuit cultureel antropologisch perspectief wordt gekeken naar culturele opvattingen over geestelijke gezondheidszorg en wat mogelijke culturele barrières kunnen zijn. De theorieën en verklaringsmodellen van Kleinman bieden inzicht vanuit deze discipline en spelen een belangrijke rol in het theoretisch kader van dit onderzoek. Ook de theorieën van Berry en Hofstede dienen als kapstok vanuit de culturele antropologie. Een andere discipline die centraal staat in deze thesis is psychologie. Vanuit de psychologische benadering wordt er gekeken naar het gedrag van de mens (attitude/houding). Ook geestelijke gezondheid heeft immers raakvlakken met de psychologische discipline, het behoort het ook tot de gezondheidszorg, die binnen de discipline geneeskunde past. Tenslotte heeft dit onderzoek raakvlakken met de discipline sociologie. Vanuit hier wordt gekeken naar de mens en zijn gedrag in zijn sociale omgeving.

1.4 Opbouw masterthesis

In hoofdstuk twee wordt de theoretische verkenning uiteengezet en worden belangrijke begrippen uitgelegd. In het derde hoofdstuk worden de vraagstelling en de deelvragen onderbouwd en beschreven. Daarna worden de methodologische verantwoording besproken en worden de resultaten van deze thesis gepresenteerd. Daarna zullen de deelvragen en de hoofdvraag beantwoord worden met een terugblik naar de theorie. Tenslotte zal er een conclusie en een discussie worden beschreven.

2. Theoretische verkenning

In dit hoofdstuk wordt er gekeken naar wat er in de literatuur bekend is over de opvattingen van Chinese migranten aangaande geestelijke gezondheid. Als eerst worden de (geestelijke) gezondheidszorg in Nederland en China en de belangrijkste begrippen die een rol spelen in opvattingen van Chinese migranten met betrekking tot geestelijke gezondheid beschreven. Ook wordt er gekeken naar barrières die (Chinese) migranten ondervinden bij de (geestelijke) gezondheidszorg.

2.1. Nederlandse en Chinese gezondheidszorg

Het Nederlandse zorgsysteem kenmerkt zich door de functie van de huisarts als poortwachter. Dit is Europees en wereldwijd gezien een bijzondere functie (Roodbol, 2006). Om toegang te krijgen tot de specialistische zorg, zoals bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg, moet men doorverwezen worden door de huisarts (Van der Zee *et al.*, 2004). Het Chinese zorgsysteem zit anders in elkaar, hier is er een verdeling tussen het platteland en de steden. Op het platteland zijn er dorpsposten waar er “artsen” werken die alleen een training hebben gevolgd van drie a zes maanden, terwijl er in steden provinciale ziekenhuizen zijn met artsen die een medische opleiding hebben gevolgd van vier tot vijf jaar (Hsiao, 1995). Naast deze verdeling zijn er ook veel grote bedrijven in steden die hun eigen ziekenhuis en klinieken hebben. Deze ziekenhuizen hebben goed opgeleid personeel en superieure apparatuur. De meerderheid van de stedelijke bevolking heeft dus tevens direct toegang tot betere ziekenhuizen (Hsiao, 1995)

Bij de huisarts in Nederland maakt men van te voren een afspraak en duren de afspraken ongeveer 10 a 15 minuten. Voor zorgverleners als psychologen zijn er vaak wachtlijsten van een paar maanden (Schäfer *et al.*, 2010). In China kan men direct naar het ziekenhuis en moeten ze daar ter plekke een nummertje trekken (*kwa hao*). Dan registeren ze zich bij de receptie en wachten ze tot ze aan de beurt zijn, wat vaak uren kan duren, maar ze worden meestal diezelfde dag nog geholpen. Hier is dus geen sprake van wachtlijsten (Hesketh & Zhu, 1997).

In Nederland is er voor alle burgers een verplichte ziekteverzekering. Hierdoor wordt twee derde van de populatie met een lager inkomen beschermd (Schäfer *et al.*, 2010). In China worden gezondheidsmiddelen en hulpverlening grotendeels door de patiënt zelf betaald. In steden krijgen werknemers vaak een zorgverzekering van hun bedrijf, dat deels de kosten vergoedt (Hesketh & Zhu, 1997), maar omdat bedrijven dit steeds minder doen heeft dit tot gevolg dat de meeste mensen niet verzekerd zijn. Voor de meeste Chinezen, vooral uit het platteland (wat 70% van de totale populatie is) is er helemaal geen verzekering, waardoor zorg voor hen onbetaalbaar is. Welvarende mensen die de mogelijkheid hebben om de zorg zelf te betalen kunnen dan ook goede zorg ontvangen, maar voor de meeste mensen is dit niet mogelijk (Hesketh & Zhu, 1997).

Uit het voorgaande blijkt dat er veel verschillen zijn tussen de Nederlandse en de Chinese zorg(systemen), zoals de huisarts in Nederland die dient als poortwachter, wachtlijsten voor geestelijke gezondheidszorg, en de zorgverzekering die verplicht is voor alle inwoners. In China is er verschil in de kwaliteit van zorg per soort gezondheidsdienstverlening en mag men naar het ziekenhuis zonder tevoren een afspraak te maken. In Nederland wordt geestelijke gezondheidszorg vaak helemaal of deels vergoed door de zorgverzekeraar, terwijl men in China daar meestal zelf voor moet betalen of deels gecompenseerd wordt (door het bedrijfsleven).

2.2 Acculturatie

Als Chinese migranten naar Nederland verhuizen, komen ze terecht in een nieuwe omgeving en cultuur met misschien wel andere normen en waarden, leefwijze, omgangsvormen, taal etc. dan dat ze vanuit hun oorspronkelijke cultuur gewend waren. Hoe deze migranten ermee om gaan heeft te maken met de vorm en mate van acculturatie.

De klassieke definitie van acculturatie komt van Redfield, Linton en Herskovits (1936), zij definiëren acculturatie als een fenomeen waarbij groepen of individuen met verschillende culturen langdurig en direct met elkaar in contact staan en daaruit volgende veranderingen in de oorspronkelijke culturele patronen van een van beide groepen plaatsvinden (Berry, 1997). Hier wordt gesteld dat verandering in een of beide groepen mogelijk is, maar in de praktijk leidt acculturatie tot verandering bij een van de groepen, namelijk bij de groep die vertrokken is van hun oorspronkelijke cultuur naar een nieuwe cultuur. In deze thesis gaat het om de Chinese migranten die naar Nederland zijn verhuisd. Bij acculturatie wordt dus gekeken naar wat er met individuen gebeurt die zijn opgegroeid en zich hebben ontwikkeld in een bepaalde culturele context (hier de Chinese) en die hun leven herstellen/aanpassen ten gevolge van andere culturele context (hier de Nederlandse).

Volgens Berry (2005) ondergaan niet alle groepen en individuen acculturatie op dezelfde manier. Er zijn veel verschillen waarop dit proces doorlopen kan worden. Deze variaties worden acculturatiestrategieën genoemd. Hierbij spelen twee aspecten een rol. Het eerste is de mate waarin het individu zijn of haar cultuur en identiteit van herkomst wenst te behouden. Het tweede aspect is de mate waarin het individu contact wenst te hebben met mensen buiten hun eigen groep en deel te nemen met die mensen in het dagelijks leven van de grotere maatschappij (Sam & Berry, 2010). Individuele voorkeuren daarbij leiden tot de vaststelling van vier verschillende acculturatiestrategieën, namelijk: *integratie*, *assimilatie*, *separatie* en *marginalisatie* (zie figuur 1) (Berry, 1997). Deze strategieën zijn afhankelijk van de mate waarin het individu de balans vindt tussen cultuurbehoud en aanpassing (Sam & Berry, 2010).

		Aanpassing	
		Ja	Nee
Cultuurbehoud	Ja	Integratie	Separatie
	Nee	Assimilatie	Marginalisatie

Figuur 1. Acculturatiestrategieën (Berry, 1997)

De *integratie strategie* wordt gekenmerkt door personen met een belang voor het behouden van aspecten van de oorspronkelijke cultuur, terwijl ze dagelijks omgaan met andere groepen. In deze strategie is er sprake van een zekere mate van behoud van culturele integriteit en tegelijkertijd wordt gezocht naar mogelijkheden om te participeren in de nieuwe maatschappij (Sam & Berry, 2010). *Integratie*, wordt veelal als de ideale strategie gezien, omdat er sprake is van zowel cultuurbehoud als aanpassing (Berry, 1997; Abbot *et al.*, 2000). Er wordt gesproken van de *assimilatie strategie* wanneer individuen hun oorspronkelijke culturele identiteit niet willen behouden en zoeken naar nauwe interactie met andere culturen, of in sommige gevallen het overnemen van de culturele waarden, normen en tradities van de nieuwe maatschappij. De *separatie strategie* duidt individuen aan die veel waarde hechten aan hun oorspronkelijke cultuur en interactie vermijden met mensen van de nieuwe samenleving. Ten slotte wordt de *marginalisatie strategie* gedefinieerd door een kleine mogelijkheid of gebrek aan belangstelling voor cultuurbehoud, door bijvoorbeeld gedwongen cultuurverlies, en weinig interesse in het hebben van relaties met anderen uit de nieuwe samenleving, vaak door uitsluiting en discriminatie (Sam & Berry, 2010). De mate van cultuurbehoud en aanpassing van een migrant kunnen een rol spelen in de opvattingen van deze groep migranten over geestelijke gezondheid en de (geestelijke) gezondheidszorg in de nieuwe cultuur. Dit wordt in de volgende paragraaf verder uitgelegd aan de hand van het *acculturatieve stress model*.

2.2.1 Acculturatieve stress model & geestelijke gezondheid

Het *acculturatieve stress model* beschouwt het aanpassingsproces van migranten vanuit psychologisch oogpunt, namelijk stress (Abbot *et al.*, 2000). Dit model stelt dat serieuze aanpassingen en gezondheidsproblemen niet onvermijdelijk zijn, maar afhankelijk zijn van de aard en kenmerken van de nieuwe maatschappij (bijvoorbeeld monoculturele of multiculturele ideologie). Ook hangt het af van de wijze van acculturatie. In dit onderzoek blijkt over het algemeen dat mensen met een *integratie strategie*, waar sprake is van zowel betrokkenheid bij de ontvangende samenleving als van cultuurbehoud, zich beter kunnen aanpassen en minder psychische klachten hebben dan mensen met een van de andere strategieën.

Volgens Abbot *et al.* (2000) hebben migranten niet perse een verhoogde kans op psychische stoornissen, maar zijn er wel subgroepen met een verhoogd risico. De grootste risicofactoren zijn: trauma's en stress voor/door het migreren, scheiding van familie of gemeenschap, isolatie van mensen met een soortgelijke etnische achtergrond, het niet in staat zijn om de taal van het gastland te kunnen lezen en spreken, werkloosheid of tekort aan werkgelegenheid, negatieve houding van en afstoting door de mensen in het immigratieland, migreren tijdens de adolescentie of op hoge leeftijd. Ook kinderen zonder ouders en vrouwen uit een cultuur waarin de genderrollen en waarden afwijken van het gastland lopen extra risico. Er zijn dus bepaalde groepen migranten en een aantal risicofactoren waarbij de kans groter is om psychische stoornissen te ontwikkelen.

Andere wetenschappers stellen dat er wel een direct verband is tussen acculturatie en geestelijke gezondheid, namelijk dat acculturatie direct invloed heeft op een verhoogde kans op een psychische stoornis (Nguyen & Peterson, 1993; Hwang & Ting, 2008). Ook Shen en Takeuchi (2001) hebben onderzoek gedaan naar de invloed van acculturatie op geestelijke gezondheid onder Chinese Amerikanen, maar hieruit blijkt dat het effect van acculturatie op geestelijke gezondheid voornamelijk indirect is. Er zijn ook auteurs die geen verband tussen acculturatie en geestelijke gezondheid hebben gevonden (Lee *et al.*, 1996). De genoemde onderzoeken zijn gedaan onder Aziatische Amerikanen, Vietnamese Amerikanen en Chinese Amerikanen. Er is nog weinig bekend over de invloed van acculturatie op geestelijke gezondheid van Chinese migranten in Nederland, dus er kan (nog) geen duidelijke conclusie getrokken worden voor de doelgroep van deze thesis. Wel kunnen we, gelet op het voorgaande, stellen dat acculturatie mogelijk invloed kan hebben op geestelijke gezondheid.

Uit het onderzoek van Tata en Leong (1994) onder Chinese-Amerikanen blijkt dat hoe hoger de mate van acculturatie is van een persoon, des te positiever de houding van diegene is ten opzichte van het hulp zoeken bij een professionele psycholoog. Een hoge mate van acculturatie bij Aziaten wordt gedefinieerd als: diegenen die zichzelf meer met de gewoontes, normen, waarden en gedrag van Westersers identificeren. Er is sprake van een lage mate van acculturatie als deze migranten zich meer identificeren met de voorgaande aspecten van hun oorspronkelijke cultuur. Zij kijken met name naar de aanpassing van migranten, in tegenstelling tot Berry (1997) die cultuurbehoud ook meeneemt in het definiëren van acculturatie. Als beide definities samengevoegd worden dan is er bij een hoge mate van acculturatie sprake van aanpassing, en bij een lage mate van acculturatie is er geen sprake van aanpassing. Bij de hoge mate van acculturatie hoort dan de *integratie* en de *acculturatie* strategieën. Uit diezelfde studie van Tata en Leong (1994) dat vrouwen een positiever houding dan mannen hebben voor het hulp zoeken bij een professionele psycholoog. De verwachting in deze thesis is dat hoe hoger de mate van acculturatie bij een respondent, des te positiever de houding van diegene is ten opzichte van het hulp zoeken bij een professionele psycholoog. Hierbij wordt verwacht dat als men bij de *integratie* of *assimilatie* strategie hoort, hij/zij een positiever houding heeft ten opzichte van het hulp zoeken bij een professionele psycholoog. Ook is de verwachting dat vrouwelijke respondenten een positiever houding hebben ten opzichte van het hulp zoeken bij een professionele psycholoog.

2.3 Kleinman's verklaringenmodellen van ziektes

Het verklaringenmodel (van Kleinman) is een hele gebruikelijke manier om de rol van cultuur op de betekenisverlening en uiting van (psychische) klachten, hulpzoekgedrag en behandeling te conceptualiseren (Trinidad *et al.*, 2005). Kleinman (1980) beschrijft het verklaringenmodel als het geheel van ideeën over de aard, oorzaak, ernst en prognose van het probleem, net als de voorkeuren van behandelvormen. Dit model bepaalt de relatie tussen de zorgvrager en zorggever in een sociale en culturele context (Kleinman, 1978). Het kan namelijk zo zijn dat de verklaringenmodellen van de zorgvrager, in dit geval de eerste- of tweede generatie hoogopgeleide onderzochte Chinezen, en de zorggever van elkaar verschillen.

Er zijn verschillende definities van ziekte in de antropologie, waaronder 'illness' en 'disease'. Volgens Kleinman (1980) is 'disease' van biomedisch aard en betekent het: het disfunctioneren van organen, orgaansystemen of fysiologische processen. Hij omschrijft 'illness' als de ziektebeleving, de ervaring van de patiënt zelf en van zijn belangrijke sociale omgeving om hem heen. Hierbij gaat het om betekenisverlening van het zieke individu in zijn sociale en culturele context. 'Illness' is de persoonlijke, interpersoonlijke en culturele reactie op ziekte (*disease*) of ongemak (Kleinman *et al.*, 1978). Hoe we communiceren over onze gezondheidsproblemen, de manier waarop we onze symptomen beschrijven, wanneer en naar wie we gaan voor zorg, hoelang we in behandeling gaan of verzorgd willen worden en hoe we die zorg beoordelen, worden allemaal beïnvloed door culturele overtuigingen (Kleinman *et al.*, 1978). Er is een verschil tussen de manier waarop de Westerse samenleving en de Chinese samenleving ieder kijken naar psychische ziekte. In de Chinese samenleving, waar geestelijke ziektes een stigma zijn, wordt psychische ziekte vaak als iets somatisch beschouwd, dit betekent het ervaren en communiceren van psychische klachten in de vorm van lichamelijke klachten (Kleinman, 1978; Kleinman, 1986). In het onderzoek van Bhui *et al.* (2002) blijkt ook dat autochtonen vaker een psychologische oorzaak erkennen hebben en een allochtone Aziatische groep vaker een religieuze en/of somatische verklaring geven voor geestelijke ziektes.

Het verschil in betekenisgeving van de klachten tussen een migrant en de zorgverlener kan voor een mogelijke cultuurkloof zorgen (Trinidad *et al.*, 2005). Het kan namelijk zo zijn dat verklaringenmodellen van de allochtone zorgvrager en de westerse hulpverlener dusdanig van

elkaar verschillen dat ze niet verenigbaar zijn en elkaar dus niet begrijpen. Een behandeling van een (psychische) ziekte werkt dan ook beter naarmate de verklaringsmodellen van de arts en de patiënt met elkaar overeenkomen. Discrepancie tussen de kijk van de arts en die van de patiënt op een ziekte heeft invloed op de klinische behandeling en kan leiden tot inadequaat en slechte zorg (Kleinman, 1980). Daarnaast kunnen verschillen in verklaringssystemen tussen patiënt en artsen nog meer nadelige gevolgen hebben, zoals: de mate van vertrouwen en de relatie tussen de arts en patiënt. Het is dus van belang dat men zich bewust is van de verschillende verklaringssystemen zodat de patiënt passende zorg kan ontvangen.

2.3.2. Sectoren gezondheidszorg

Kleinman (1978) onderscheidt drie sectoren in de gezondheidszorg: *professional*, *popular* en *folk*. *Professional* is de professionele wetenschappelijke geneeskunde zoals wij hem in Westerse landen kennen. Bij deze Westerse biomedische praktijken bekijkt men gezondheid en ziekte in termen van organische, biologische samenstelling van het menselijk lichaam (Stoner, 1986). Tot de *popular* sector behoort de familie, het sociale netwerk en de gemeenschap. De *folk* sector bestaat uit niet-professionele genezers, zoals heilige artsen en niet-professionele seculiere artsen (Kleinman, 1978b, 1980b; Stoner, 1986). Over heel de wereld vindt de meerderheid van de gezondheidszorg (70% tot 90%) plaats in de *popular* sector, en twee van de meest besproken sectoren in de wetenschap zijn de *folk*- en *professional* sector. Elk sector heeft zijn eigen verklaringssystemen, sociale rollen, manier van interactie en instellingen (Kleinman, 1978b). De rollen van de 'zieke' kunnen in alle sectoren erg verschillen. In China wordt er nog veel gebruik gemaakt van de eeuwen oude "Traditionele Chinese Geneeswijze", die tot de *folk* sector hoort. Dit wordt in de volgende paragraaf beschreven.

2.3.3. Traditionele Chinese Geneeswijze

Traditionele Chinese Geneeswijze bestaat al duizenden jaren en behoort tot de oudere medische systemen van de wereld (Keji & Hao, 2003). Het is een systeem van genezing dat gebaseerd is op de Chinese filosofie over de wisselwerking tussen natuur en de mens, de relatie tussen macrokosmos en microkosmos. De natuur heeft in deze visie een belangrijke invloed op de gezondheid van de mens. Daarnaast zijn *yin* en *yang* een fundamenteel principe binnen dit systeem, die gezien worden als de twee complementaire energieën van de natuur. Alle uitingen van de natuur en aarde komen voort uit een balans tussen deze twee krachten. Ook gezondheid is een gevolg van een juiste balans van *yin* en *yang* in het lichaam. Een disbalans kan leiden tot allerlei ziektes (Keji & Hao, 2003). De balans kan hersteld worden door bio-fysiologische veranderingen in het individu. Zulke veranderingen kunnen tot stand komen via aanpassing van voeding, kruidengeneesmiddelen, acupunctuur of moxibustie (Stoner, 1986).

Volgens de Traditionele Chinese Geneeswijze filosofie is het lichaam in vijf functionele systemen verdeeld, namelijk: lever, hart, milt, long en nier, deze worden de orgaan netwerken genoemd, die bepaalde weefsels, mentale vermogens, en fysieke activiteiten regeren (Stoner, 1986). Dit alles stamt af van het idee dat de natuur georganiseerd wordt door vijf oerkrachten, namelijk hout, vuur, aarde, metaal en water. Symptomen die in de Westerse geneeskunde als psychische kwalen worden gezien, worden binnen de Traditionele Chinese Geneeswijze als een lichamelijke kwaal gezien. Bijvoorbeeld problemen als vaagheid/verwardheid in de hersenen, lusteloosheid, paranoïe en een wanhopig gevoel worden gezien als disfuncties van het nier netwerk (Stoner, 1986). Deze traditionele Chinese opvattingen uit de Traditionele Chinese Geneeswijze verschillen van de Westerse kijk op ziektes die het vanuit biomedisch wetenschappelijk perspectief benadert. Afhankelijk vanuit welke benaderingswijze de respondenten naar ziektes kijken, zullen hun opvattingen over geestelijke gezondheid en gezondheidszorg daarop aansluiten en mogelijk van elkaar verschillen.

2.4 Hofstede: Individualisme-Collectivisme

Hofstede (2011) beschrijft cultuur als: *“De collectieve programmering van de geest die de leden van een groep of categorie mensen onderscheidt van anderen.”* Ook beschrijft hij het als: *“De diepgewortelde en daardoor vaak onbewuste waarden die maken dat wat wij ‘normaal’ vinden en anderen als abnormaal beschouwen, wat wij goed vinden wat anderen als slecht beschouwen.”* (Hofstede, 2002) Om andere culturen te kunnen begrijpen is het van belang om ons in de culturen te verdiepen en de verschillen in ons achterhoofd te houden. In deze thesis staan de Chinese en de Nederlandse culturen centraal. Deze kunnen invloed hebben op de opvattingen van Chinese migranten over de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg en geestelijke gezondheid.

Volgens Hofstede (2002) leven de meeste mensen in deze wereld in samenlevingen waarin het groepsbelang domineert boven het individuele belang. Zulke samenlevingen worden ‘collectivistisch’ genoemd. Deze groepen leren van kleins af aan al over zichzelf denken als deel van een ‘wij’-groep, een relatie die niet zelf gekozen wordt, maar een natuurlijk gegeven is. Vanaf de geboorte zijn deze mensen geïntegreerd in een in-groep, wat vaak bestaat uit een uitgebreide familie met ooms, tantes en grootouders. Deze groepen blijven elkaar continue beschermen in ruil voor onvoorwaardelijke loyaliteit (Hofstede, 2011). Een ander, kleiner deel van de mensheid leeft in samenlevingen waarin de belangen van het individu uitgaan boven die van de groep. Deze samenlevingen worden ‘individualistisch’ genoemd. Kinderen uit deze samenlevingen leren over zichzelf te denken als ‘ik’ en er wordt van iedereen verwacht om voor zichzelf te zorgen en eventueel voor zijn/haar directe familie (Hofstede, 2002, 2011). Andere verschillen tussen collectivistische- en individualistische maatschappijen zijn te vinden in figuur 2.

Individualisme	Collectivisme
Er wordt van iedereen verwacht dat hij/zij alleen voor zichzelf zorgt en zijn of haar directe familie	Mensen worden geboren in grote families of stammen die hen in ruil voor loyaliteit beschermen
Ik-besef	Wij-besef
Recht op privacy	Belangrijk om ergens bij te horen
Door andere gezien als individuen	Door anderen ingedeeld in in-groep of out-groep
Persoonlijke mening verwacht: een persoon, een stem	Meningen en stemmen bepaald door in-groep
Overtreding van de normen leidt tot schuldgevoelens	Overtreding van normen leidt tot schaamtegevoelens
Het woord 'ik' is onmisbaar	Het woord 'ik' wordt vermeden
Doel van het onderwijs is om te leren: hoe te leren	Doel van het onderwijs is om te leren: hoe te doen
Taak heeft voorrang op relatie	Relatie gaat voor taak

Figuur 2. Verschillen tussen individualistische- en collectivistische maatschappijen (Hofstede, 2011)

Hofstede (2007) schrijft dat China een sterk collectivistisch land is en dat westerse landen, zoals Nederland hoog scoren op individualisme. Een kenmerk van collectivistische culturen is dat het schaamteculturen zijn. Dit wordt in de volgende paragraaf uitgelegd.

2.4.1. Schaamtecultuur/gezichtsverlies

Collectivistische samenlevingen worden onder andere gekenmerkt als schaamteculturen (Hofstede, 2002). Dat wil zeggen dat als iemand uit een groep de regels van de samenleving heeft overtreden, alle leden van die groep zich zullen schamen, door het gevoel van collectieve verplichting. In Westerse culturen zijn individuen over het algemeen verantwoordelijk voor hun eigen gedrag (Bedford & Hwang, 2003).

Schaamte is het gevoel van het verlies van reputatie in de ogen van die persoon zelf of belangrijke mensen in zijn/haar omgeving. Dit gevoel kan optreden als men niet voldoet aan de verwachtingen van anderen en verwachtingen in zijn functie of status (Bedford & Hwang, 2003). Dit schaamtegevoel gaat verder dan alleen het 'verliezen van status', maar om het falen van het bereiken van het gewenste zelfbeeld. Een vorm van schaamte is gezichtsverlies (*diu lian*). Gezichtsverlies in de zin van vernedering is een uitdrukking die afstamt uit China. Hofstede (2002) spreekt van gezichtsverlies als: "*iemand verliest zijn gezicht als hij, door eigen toedoen of door toedoen van mensen met wie hij nauw verbonden is, niet kan voldoen aan eisen die op grond van zijn sociale positie aan hem gesteld worden.*" (Hofstede, 2002, pp. 83). In traditionele confucianistische samenlevingen wordt iemands gedrag voortdurend beoordeeld door anderen. *Lian* of letterlijk vertaald 'gezicht' gaat over iemands waardigheid, zelfrespect, gevoel van sociale vraagstukken, en het vermogen om sociale verplichtingen te vervullen in het bijzijn van anderen. Het is een sociaal product wat door anderen wordt verleend. Hoewel gezichtsverlies wordt beïnvloed door iemands eigen gedrag, wordt het uiteindelijk bepaald en beoordeeld door andere mensen. Gezichtsverlies geeft het gevoel van het niet hebben voldaan aan normen of waarden (Bedford & Hwang, 2003).

In de traditionele Chinese cultuur wordt veel waarde gehecht aan zelfbeheersing in plaats van het stimuleren van emotionele expressie wat in de Westerse cultuur een belangrijke rol speelt (Chen & Mak, 2008). Van individuen wordt verwacht dat ze hun emotionele problemen controleren en onderdrukken en er weinig aandacht aan besteden of er weinig zorgen over te maken. Hierdoor zullen persoonlijke problemen minder snel met anderen besproken worden. Daarnaast zijn ze bang voor schaamte en gezichtsverlies, waardoor ze geen professionele hulp zullen zoeken om stigmatisering te voorkomen die niet alleen invloed heeft op hen zelf, maar ook op hun familie (Chen & Mak, 2008).

Uit het bovenstaande blijkt dat collectivistische samenlevingen zoals China gekenmerkt worden als schaamteculturen en daarbij schaamte en de angst voor gezichtsverlies een grote rol spelen. Hierdoor zullen psychische problemen vaak voor zichzelf gehouden worden om gezichtsverlies voor diegene en zijn/haar familie en/of in-groep te voorkomen.

2.5 Barrières in de geestelijke gezondheidszorg

Uit verschillende onderzoeken in verschillende landen blijkt dat Chinese migranten minder gebruik maken van de (geestelijke) gezondheidszorg dan andere migranten groepen (Sue, 1994; Fung & Wong, 2007; BIGNAULT *et al.*, 2008; Liu *et al.*, 2011). Dit wordt in die onderzoeken vaak in verband gebracht met barrières die ze ondervinden. Het onderzoek van Liu *et al.* (2011) is het eerste onderzoek naar barrières in de Nederlandse gezondheidszorg dat gericht is op Chinese migranten. Andere onderzoeken die zijn gedaan naar barrières in de (geestelijke) gezondheidszorg van Chinese migranten gaan over andere landen en vaak over Aziaten als één homogene groep (Shokoohi-Yekta & Retish, 1991; Abbott *et al.*, 2000; BIGNAULT *et al.*, 2008). Hierdoor kunnen de uitkomsten van deze studies niet gegeneraliseerd worden naar Chinese migranten in Nederland. Barrières die uit de voorgaande onderzoeken naar voren komen hoeven niet perse de barrières te zijn die de onderzoekspopulatie van deze thesis ondervindt.

Dat en waarom er nauwelijks gebruik wordt gemaakt van de geestelijke gezondheidszorg door mensen uit andere culturele en sprekende achtergronden blijkt uit voorgaande theorie. Uit het onderzoek van Blignault *et al.* (2008) blijkt dat het gebrek aan kennis over het zorgsysteem (in dit geval het Australische zorgsysteem) en van de diensten een barrière is voor Chinezen om gebruik te maken van de geestelijke gezondheidszorg. Het systeem verschilt immers enorm van het Chinese zorgsysteem. In China wordt er bijvoorbeeld verwacht dat patiënten voor het overgrote deel zelf betalen voor medische diensten en medicijnen, een klein deel wordt maar vergoed door de staat. De respondenten zagen daarom de vermeend hoge kosten ook als een barrière om naar de psychiater te gaan (Blignault *et al.*, 2008).

Naast het gebrek aan kennis over het zorgsysteem blijkt uit verschillende onderzoeken dat het onvoldoende beheersen van de taal ervoor zorgt dat deze groep migranten geen professionele hulp zoekt wanneer het wel nodig is (Shokoohi-Yekta & Retish, 1991; Abbott *et al.*, 2000; Blignault *et al.*, 2008; Lui *et al.*, 2011). Deze taalbarrière speelt een belangrijke rol in het verklaren waarom Chinese migranten minder gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg. Een ander barrière voor de toegankelijkheid van de zorg is het gebrek aan vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg (Liu *et al.*, 2011). Dit zorgt ervoor dat patiënten pas in uiterste gevallen of in een (te) laat stadium van zijn of haar ziekte naar de dokter/zorgverlener gaat.

Tot slot bleek uit het onderzoek van Blignault *et al.* (2008) dat er sprake was van discriminatie vanuit de zorgverleners. Dit is ook een mogelijke barrière. Sommigen werden gekleineerd door de dokters, omdat ze slecht Engels spraken en werden onbeleefd behandeld door receptiepersoneel. Ook in het onderzoek van Liu *et al.* (2011) wordt discriminatie als probleem genoemd door de respondenten. Hier werd ervaren dat de arts een verschil maakte tussen Nederlanders en mensen uit andere culturen, waardoor er een negatief effect was op de kwaliteit van de behandeling.

Naast de genoemde taal- en praktische barrières komen uit verschillende onderzoeken barrières naar voren die te maken hebben met culturele- en sociale verschillen (Fung & Wong, 2007; Blignault *et al.*, 2008). Vanuit cross-cultureel psychiatrisch perspectief is een van de belangrijkste culturele factoren het verschil in de verklaringsmodellen van ziektes zoals in hoofdstuk 2.3 is uitgelegd (Fung & Wong, 2007). Volgens Kleinman (1980) hebben verschillende etnische groepen meerdere modellen met verklaringen voor hun symptomen en ziektes. Daarnaast kan iemands houding ten opzichte van professionele hulp beïnvloed worden door een verschil in overtuiging (Kleinman, 1980; Fung & Wong, 2007). Chan en Parker (2004) stellen dat Chinese patiënten depressies anders ervaren dan Westerse patiënten. Wat bijvoorbeeld voor Westersen psychische klachten zijn, wordt door de Chinezen vaak als somatische klachten gezien, waarbij de focus ligt op fysieke symptomen in plaats van psychologische symptomen. Dit is een cultureel verschil in het uitdrukken van symptomen, als gevolg van hun traditionele opvattingen over gezondheid en bijbehorende stigma. Kleinman *et al.* (1978) toonden dit eerder ook aan in hun onderzoek. Zowel traditionele opvattingen over gezondheid als stigma zijn veel voorkomende barrières (Kleinman *et al.*, 1978; Cheung, 1988; Fung & Wong, 2007; Blignault *et al.*, 2008).

De meeste onderzoeken (Fung & Wong, 2007; Blignault *et al.*, 2008) beweren dat de opvattingen en attitudes van Aziatische migranten over het benaderen van de geestelijke gezondheidszorg voornamelijk voortvloeien uit culturele overtuigingen en barrières, maar uit het onderzoek van Liu *et al.* (2011) blijkt dat vooral praktische barrières hierbij de hoofdrol spelen. Alle belangrijke barrières zullen meegenomen worden in deze thesis.

3. Vraagstelling

Uit de theoretische verkenning komt naar voren dat er weinig onderzoek is gedaan naar opvattingen van Chinese migranten over de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Uit studies in andere landen blijkt dat verschillende taal-, culturele en praktische barrières een rol kunnen spelen in waarom Chinese migranten minder gebruik maken van de (geestelijke) gezondheidszorg (oa Fung & Wong, 2007; Blignault *et al.*, 2008; Lui *et al.*, 2011). Daarnaast speelt de mate van acculturatie hier ook een rol in en heeft het mogelijk invloed op de opvattingen van deze migranten over geestelijke gezondheid en (geestelijke) gezondheidszorg (oa Berry, 1997; Abbot *et al.*, 2000). Ten slotte is het mogelijk dat deze groep migranten geestelijke gezondheid en psychische problemen niet bespreken met anderen uit angst voor gezichtsverlies en schaamte, wat kenmerkend is voor de Chinese cultuur (Hofstede, 2002).

In deze thesis worden twee hoogopgeleide groepen Chinezen met elkaar vergeleken om te kijken in hoeverre ze verschillen in opvattingen ten opzichte van geestelijke gezondheid en de (geestelijke) gezondheidszorg in Nederland. De eerste groep zijn de eerste generatie hoogopgeleide Chinezen in Nederland en de tweede groep zijn de nakomelingen daarvan. De volgende onderzoeksvraag is hierbij opgesteld:

In hoeverre verschillen de opvattingen over geestelijke gezondheid en de (geestelijke) gezondheidszorg van de eerste en tweede generatie hoogopgeleide Chinezen van elkaar?

Om de centrale vraag te beantwoorden zijn er deelvragen opgesteld die als volgt luiden:

- 1. In welke mate heeft er acculturatie plaatsgevonden bij de respondenten, welke acculturatiestrategie is op hen van toepassing en wat kan er gezegd worden over de relatie tussen acculturatie en geestelijke gezondheidszorg?*
- 2. Wat verstaan de respondenten onder geestelijk ongezond/geestelijke gezondheidsproblemen?*
- 3. Wat zijn de opvattingen van de respondenten over geestelijke gezondheidsproblemen?*
- 4. Wat zijn de ervaringen van beide groepen migranten met de Nederlandse (geestelijke) gezondheidszorg?*
- 5. Wat zijn de opvattingen van de respondenten over de Nederlandse (geestelijke) gezondheidszorg?*
- 6. In hoeverre verschilt het bovenstaande tussen de eerste generatie hoogopgeleide Chinezen en de tweede generatie hoogopgeleide Chinezen in Nederland?*

4. Methode

4.1. Type onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om kennis te vergaren over de opvattingen van de eerste generatie Chinese migranten in Nederland en de generatie na hen, dus hun zoon of dochter, over geestelijke gezondheid en de Nederlandse (geestelijke) gezondheidszorg en de verschillen en overeenkomsten daarin tussen deze twee groepen.

Het onderzoek is kwalitatief explorerend van aard, omdat het gaat over het beschrijven, interpreteren en verklaren van de beleving, ervaringen en gedragingen van de onderzochten (Boeije *et al.*, 2009). Hierbij is het van belang om de betekenissen en gedragingen van mensen zo goed mogelijk te begrijpen en verklaren (Boeije *et al.*, 2009)

4.2. Onderzoekspopulatie

De doelgroep van dit onderzoek zijn hoog opgeleide migranten uit Volksrepubliek China. Hierdoor is er een duidelijke afbakening van de onderzoekspopulatie, om dieper in te gaan op deze subgroep en een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van deze groep. De tweede groep die bestudeert gaan worden zijn de nakomelingen van deze eerste groep. Doordat zij in Nederland zijn geboren, of op zeer jonge leeftijd naar Nederland zijn gekomen, en zijn opgegroeid kunnen de opvattingen en ideeën van deze groep anders zijn dan die van hun ouders. Deze twee groepen hebben beiden een ander proces meegemaakt, waardoor hun opvattingen kunnen verschillen. Bij beide groepen is er sprake van een bepaalde vorm en mate van acculturatie en mogelijk sprake van dubbele identiteit.

- Onder eerste generatie wordt verstaan: Migranten uit China die tussen 1900 en 2000 naar Nederland zijn gekomen.
- Onder tweede generatie wordt verstaan: Nakomelingen van de eerste generatie groep migranten, die in Nederland zijn geboren of op zeer jonge leeftijd (0-3 jaar) naar Nederland zijn gekomen.

4.3. Dataverzameling

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is gekozen voor semigestructureerde diepte-interviews. Deze zijn afgenomen bij de respondent thuis of in een andere veilige omgeving. De participanten zijn via de sneeuwbal methode benaderd. Via de eerste respondenten worden namen van andere mogelijk geïnteresseerden verkregen en benaderd (Boeije, 2005). Deze methode wordt vaak toegepast als er onderzoek wordt gedaan naar gevoelige onderwerpen of taboes en moeilijk bereikbare groepen, waar geestelijke gezondheid onder valt (Boeije, 2005). De eerste respondenten zijn verkregen via een oproep op Facebook en via persoonlijke benadering. Er zijn twintig mensen benaderd, waarvan er vier afzagen van het interview. Uiteindelijk zijn er zestien interviews gehouden, waarvan acht met de eerste generatie en acht met hun nakomelingen. Van de respondenten zijn er elf vrouw en vijf man, waarvan twee mannen uit de eerste generatie en drie mannen uit de tweede generatie.

De interviews met de eerste generatie werden afgenomen in de taal naar keuze van de respondent. Zeven interviews werden in het Chinees (Mandarijn) gehouden en één interview in het Nederlands. Alle interviews met de tweede generatie werden in het Nederlands gehouden.

De interviews zijn met toestemming van de respondenten opgenomen met een *voice recorder* en na afloop getranscribeerd. Gemiddeld duurde een interview tussen de dertig en zestig minuten.

4.4. Operationalisering

De interviews zijn afgenomen met een vooraf gemaakte topiclijst. Deze topiclijst is tot stand gekomen op grond van belangrijke begrippen uit de literatuur. Uit deze begrippen zijn vragen voort gekomen. De belangrijkste begrippen uit de literatuur die invloed heeft op de opvattingen van de Chinese migranten zijn: 1. Acculturatie, 2. Taalbarrières, 3. Culturele barrières, 4. Praktische barrières, 5. Verklaringsmodellen voor ziektes van Kleinman en 6. collectivisme vs. Individualisme. Naast deze topics zijn er algemene vragen opgesteld om meer te weten over de respondent.

Aan het begin van de interviews zijn een aantal algemene vragen gesteld, zoals opleiding, werk, leeftijd, hoelang de respondent in Nederland woont, om welke reden de respondent naar Nederland is gekomen en welke talen de respondent beheerst.

Bij het onderwerp *acculturatie* wordt er gekeken naar in welke mate de respondent zich verbonden voelt met de Nederlandse cultuur en met de Chinese cultuur en waar zich dat in uit. We zouden kunnen verwachten dat hoe meer de respondent zich verbonden voelt met de Nederlandse cultuur, hoe meer zijn/haar opvatting over geestelijke gezondheid en de Nederlandse (geestelijke) gezondheidszorg lijkt op die van een Nederlander en andersom. Ook wordt er gekeken bij welke acculturatiestrategie de respondent hoort (Berry, 1997) en wat voor invloed acculturatie heeft op de houding ten opzichte van professionele hulp zoeken (Tata & Leong, 1994).

In het onderwerp *taalbarrières* staat de communicatie tussen de arts/hulpverlener en de patiënt centraal. Het onvoldoende beheersen van de taal kan er immers ook ertoe leiden dat migranten geen professionele hulp zoeken wanneer dat wel nodig is (Shokoohi-Yekta & Retish, 1991; Abbott *et al.*, 2000; Blignault *et al.*, 2008; Liu *et al.*, 2011). Aan de respondenten is gevraagd of ze de Nederlandse taal beheersen en of ze te maken hebben gehad met communicatieproblemen tijdens een artsbezoek. De meeste respondenten hebben nog nooit te maken gehad met de GGZ, dus gingen deze vragen over de huisarts en artsen in het ziekenhuis indien van toepassing. Ook is gevraagd of de arts begreep wat de respondent bedoelde en of de respondent begreep wat de arts bedoelde. Daarnaast is er gevraagd naar het gebruik van tolken en over de rechten van patiënten ten aanzien van het gebruik van een tolk.

Bij het onderwerp *culturele barrières* is er gekeken naar de culturele achtergrond van de arts en de patiënt en of de arts kennis had van de culturele achtergrond van de respondent. Ook werd er gekeken of de arts dezelfde kijk op de ziekte heeft als de patiënt, omdat verschillende etnische groepen verschillende modellen met verklaringen voor hun symptomen en ziektes kunnen hebben (Kleinman, 1980; Fung & Wong, 2007). Ook kan het zijn dat Chinezen depressies en andere psychische ziektes anders zien dan Westerse mensen (Chan & Parker, 2004).

Het onderwerp *praktische barrières* gaat over het gebrek aan kennis over het zorgsysteem, het gebrek aan kennis over de procedure om naar de arts te gaan, kosten en andere mogelijk praktische barrières. Om hier achter te komen is gevraagd naar de ervaringen en belevingen bij de (huis)arts en een brede vraag of de respondenten te maken hebben gehad met andere problemen.

Het vijfde onderwerp is de verklaringsmodellen van ziektes van Kleinman. Hier wordt onderzocht of de kijk van de respondent op geestelijke gezondheidsproblemen overeen komt met de kijk daarop van Nederlanders. Er wordt gevraagd naar wat zij verstaan onder

geestelijk gezond/geestelijk ongezond, en daarmee geestelijke gezondheidsproblemen (*mental health problems*). Ook wordt er gevraagd wat de respondent van geestelijke gezondheidsproblemen vindt en hoe hij/zij reageert als iemand in hun omgeving hiermee te maken heeft. Daarnaast wordt er gevraagd hoe de respondent zou handelen als hij/zij zelf te maken zou hebben met geestelijke gezondheidsproblemen en welke behandelmethodes of geneeswijzen er hiervoor zijn volgens de respondent. Daarna is gevraagd of deze aanpak hetzelfde zou zijn in zowel Nederland als in China. Aan het eind wordt gevraagd of de respondent zelf denkt dat de opvatting van zijn/haar ouder/kind hetzelfde is als die van hem/haar en waarin zich dat uit.

Het laatste onderwerp is *individualisme vs. collectivisme*, gebaseerd op het werk van Hofstede (2002). Er is gevraagd hoe er vanuit de cultuur waarmee de respondent zich het meest identificeert wordt gekeken naar geestelijke gezondheidsproblemen. Ook wordt er gevraagd naar of hij/zij een beslissing zelf neemt, of overlegt met de omgeving, hier wordt gekeken hoe belangrijk de mening van familie of andere nabije omgeving is. Daarnaast wordt er gekeken naar hoe belangrijk de omgeving voor de respondent is en werd het onderwerp familie besproken. Hiermee kan geconcludeerd worden of de respondent individualistisch of familiegericht is. Als de respondent uit zichzelf iets zei over gezichtsverlies of schaamtecultuur, dan werd daar op doorgevraagd.

Er is bij bijna alle topics gevraagd naar de verschillen tussen Nederland en China en wat de respondent zelf het prettigst vond. Hierdoor werden er ervaringen verteld en is er meer te weten gekomen over de verschillen in bijvoorbeeld zorg of artsen/hulpverleners tussen deze twee landen. Ook verschillen in onderwijs, normen en waarden, omgangsvormen, economie, opvoeding en geschiedenis kwamen aan bod.

Eén respondent uit de tweede generatie heeft geneeskunde gestudeerd en is zelf arts. De onderwerpen van het interview is net als alle andere respondenten, vanuit het perspectief als tweede generatie respondent benaderd. Na het interview zijn er nog een aantal vragen gesteld die beantwoord werden vanuit zijn perspectief als arts. Er is gevraagd of de visie op zorg veranderd is door zijn opleiding, of hij dingen nu wel zou doen en voor de opleiding niet, zijn professionele mening en wat zijn ervaringen als arts met betrekking tot (Chinese) migranten zijn en de ervaringen van zijn collega's hiermee. Ook is er gevraagd of hij als arts problemen heeft ondervonden met migranten, hoe zich dat uitte en hoe hij ermee om is gegaan.

4.5 Data analyse

De interviews zijn verwerkt en geanalyseerd met Nvivo versie 10.2.0. De gegevens uit de interviews zijn uiteengehaald en gecodeerd. Er is gebruik gemaakt van open codering tijdens de eerste dataverzameling, hieruit kwam een lijst met codes, ook wel een codeboom. Vervolgens is er gebruik gemaakt van axiaal codering. In dit proces zijn de codes geclusterd en worden hoofdcodes en subcodes onderscheiden (Boeije, 2005). Ten slotte is er gebruik gemaakt van selectieve codering. Hier ligt de nadruk op het leggen van verbanden tussen de categorieën (Boeije, 2005). De codeboom is te vinden in bijlage 4.

5. Resultaten

5.1. Algemeen

Opleidingsniveau

De hoogst genoten opleiding van twee van de acht respondenten van de **eerste** generatie is een doctorstitel, twee hebben een universitaire master afgerond, één heeft een universitaire bachelor afgerond, één heeft hbo afgerond en twee hebben basisonderwijs afgemaakt. Deze laatste twee zijn een uitzondering op het totale geheel.

Van de **tweede** generatie hebben twee respondenten een universitaire master behaald, vier hun universitaire bachelor en twee personen hebben hun vwo afgerond en zijn nu bezig met hun bachelor op de universiteit.

Beheersing Nederlandse taal

Alle respondenten van de **eerste** generatie gaven aan het begin van het interview aan de Nederlandse taal redelijk te beheersen. Zeven hiervan gaven aan zich wel wat moeilijk te kunnen uitdrukken in het Nederlands. Uiteindelijk was de voertaal van de interviews bij deze zeven respondenten in het Chinees, omdat zij zich daar het prettigst bij voelden en zich beter konden uitdrukken. De voertaal van één respondent was in het Nederlands.

Een ieder van de **tweede** generatie gaf aan de Nederlandse taal te beheersen en gaf aan voorkeur te hebben voor de Nederlandse taal. Deze interviews werden dan ook in het Nederlands afgenomen.

Reden komst naar Nederland

Zes **eerste** generatie respondenten zijn om gezinsredenen naar Nederland gekomen. Hun partner werkte of studeerde in Nederland, waardoor zij mee zijn gekomen. Twee respondenten zijn om economische redenen naar Nederland gekomen.

Zes **tweede** generatie respondenten zijn in Nederland geboren. De twee andere participanten zijn op hele jonge leeftijd (2 jaar en 3 jaar) naar Nederland gekomen.

5.2. Acculturatie

Mate van verbondenheid

Twee respondenten van de **eerste** generatie voelen zich het meest verbonden met de Nederlandse cultuur, omdat ze hier al zo lang zijn. Daarnaast gaf een respondent ook aan voornamelijk om te gaan met Nederlanders, zij is, vergeleken met de andere eerste generatie respondenten, op relatief jonge leeftijd naar Nederland gekomen. Twee voelen zich evenveel verbonden met beide culturen. Ze geven aan dat ze het beste uit beide culturen willen halen. Vier respondenten voelen zich het meest verbonden met de Chinese cultuur, omdat ze opgegroeid zijn in China. Ze geven aan dat ze voornamelijk omgaan met Chinezen in Nederland.

“Waar mensen zijn opgegroeid en geboren laat een groot litteken achter bij de mens. Je gedachte kan je niet zelf bepalen.” (Respondent B1)

Drie respondenten geven aan dat ze dubbele identiteit ervaren.

“Als Nederlanders naar me kijken vinden ze me Chinees, Chinese mensen vinden me Nederlanders.” (Respondent B1)

Zes ondervraagden van de **tweede** generatie voelen zich het meest verbonden met de Nederlandse cultuur. Alle zes geven ze als reden aan dat ze hier zijn opgegroeid. Sommigen geven aan dat ze zich volledig Nederlands voelen.

“Het is ook wel zo dat papa en mama nou ietjes anders zijn dan de rest [...] omdat ik hier dan ben opgeroeid en met eigenlijk dezelfde normen en waarden als een normale Nederlander, dan voel je je ook meteen meer aangetrokken tot de Nederlandse. [...] dan denk ik 95% Nederlands en nog een 5% Chinees.” (Respondent E2)

Vijf geven ook aan dat ze voornamelijk omgaan met Nederlanders. Twee respondenten voelen zich evenveel verbonden met beide culturen. Vier geven ook aan dat ze een dubbele identiteit ervaren.

“Ja weet je kijk, ik wil heel graag Nederlands zijn, maar aan het einde van de dag weet ik dat ik dat niet ben, waardoor dan ik gewoon denk van ja ik ben Chinees, maarja dan denk ik weer van ja ik ben ook weer niet helemaal Chinees, als ik in China ben dan zie niemand me als een Chinees aan.” (Respondent G2)

Acculturatie strategieën

Aan de hand van de acculturatie strategieën van Berry (1997) horen alle ondervraagden van de **eerste** generatie bij de *integratie* strategie. Zij vinden een mix van beide culturen het beste bij hun passen. Enerzijds is behoud van de oorspronkelijke cultuur belangrijk, maar anderzijds vinden ze vele aspecten van de Nederlandse cultuur goed en willen het beste uit beide culturen halen.

“Beide hebben allebei hun goede dingen [...] als jullie generatie het beste van beide werelden zouden leren, dan zou dat erg geslaagd zijn!” (Respondent B1)

Bij de **tweede** generatie respondenten horen er vijf bij *integratie* en twee bij *assimilatie*. Zij voelen zich zodanig verbonden met de Nederlandse cultuur, dat zij hun oude cultuur niet willen behouden.

Hoe uit de mate van acculturatie zich?

Bijna alle respondenten van de **eerste** generatie vinden het belang van het hebben van familie in China iets positiefs en vinden Nederlanders soms te individualistisch. Sommige respondenten vinden het lastig om hechte vriendschappen te sluiten met Nederlanders, terwijl ze met Chinese vrienden in Nederland heel close zijn, ze gaan met elkaar om alsof ze familie van elkaar zijn. Ook geven veel respondenten aan dat er in China vaak niet aan de regels wordt gehouden, in Nederland doen mensen dat wel en dat vinden ze positief aan Nederland. Een respondent geeft aan dat hij verliefd is op China, dat gevoel is er en dat zal nooit meer weg gaan, dus hoe goed hij het ook in Nederland heeft, die liefde voor China is onvervangbaar volgens hem. Een ander besproken onderwerp met betrekking tot acculturatie is taal, de meeste respondenten spreken voornamelijk Chinees. Alleen op hun werk spreken ze Nederlands of Engels. Een reden hiervoor is dat op één respondent na alle geïnterviewde met Chinezen om gaan in hun vrije tijd. Ze hebben weinig contact met Nederlanders. Alle respondenten vinden het onderwijssysteem in Nederland beter dan in China. In China is er veel competitie en zijn er teveel mensen voor te weinig plekken, voor kinderen is het niet makkelijk daar. Ook het zorgsysteem is beter geregeld in Nederland, alleen de zorg zelf is soms wat slechter en er is minder kennis vanuit de artsen door minder ervaring, zo vinden de meeste respondenten.

“Ik voel me meer verbonden met China [...] Dat komt door de cultuur, van kleins af aan je gewoonte, je cultuur, ook al vind je bepaalde dingen dat Nederland beter is dan China, omgeving van het leven of werk is beter, maar van binnen, waar je verliefd op bent, of dat China of Nederland is. Nederland zou een rationele keuze zijn, China een, ja verliefd gevoel.” (Respondent G1)

De meeste respondenten van de **tweede** generatie vinden de Nederlandse cultuur in vele opzichten beter bij hen passen en voelen zich het meest thuis in Nederland. De meeste spreken wel een beetje of sommige vloeiend Chinees, maar spreken over het algemeen liever Nederlands. Een aantal geeft aan dat ze Chinees eten lekkerder vinden dan Nederlands en Westers eten, terwijl anderen Chinees eten minder lekker vinden dan Westers eten, zoals Italiaans. De meeste respondenten vinden de manier van omgaan met onbekende mensen in China niet bij hen passen. Binnen families en vrienden zijn Chinezen heel hecht, maar als het gaat om buitenstaanders of vreemden dan zijn Chinezen minder vriendelijk. Het feit dat familie zo hecht is in China vinden bijna alle respondenten iets positiefs. Bijna alle respondenten vinden net als hun ouders dat het zorgsysteem en onderwijssysteem beter is in Nederland en spreken daar ook hun voorkeur voor uit. De meeste respondenten zeggen dat hun manier van denken en doen hetzelfde is als van andere Nederlanders.

“Ik verder niet echt contact met Chinezen, dus daardoor heb ik ook nooit die verbondenheid met de Chinese cultuur kunnen ontwikkelen.” (Respondent F2)

5.3. Taalbarrières

Ervaringen

Onder de **eerste** generatie hebben er twee communicatieproblemen ondervonden tijdens een artsbezoek. Bij één respondent liep dat uit op een verkeerde diagnose en behandeling (zie paragraaf 5.6, vertrouwen in de artsen, quote respondent B1).

Tolken

Van deze **eerste** generatie respondenten heeft niemand gebruik gemaakt van een professionele tolk. Twee geven er aan graag gebruik te willen maken van een tolk als ze een ernstige ziekte zouden krijgen in de toekomst. In beide gevallen zou dit een professionele tolk zijn, omdat zij vaktermen en moeilijke woorden/uitdrukkingen goed kunnen vertalen. Bij informele tolken denken zij dat ze niet alles letterlijk en correct kunnen vertalen.

“Ja alleen de taal soms, omdat ik het niet goed beheers kan ik het soms niet goed uitleggen wat ik bedoel [...] Natuurlijk zou ik een professionele tolk uitnodigen. Als het echt om een grote ziekte gaat.” (Respondent E1)

Eén respondent maakt regelmatig gebruik van een informele tolk. Vaak is dit een zoon of dochter die meegaat.

“Tolken die meegaan? Dat kan volgens mij niet in het ziekenhuis, dan neem ik mijn eigen kinderen mee, geen echte tolk.” (Respondent D1)

Drie ondervraagden gebruiken een woordenboek voor, tijdens en/of na het artsbezoek.

“Ja, voordat ik naar de huisarts ga zoek ik altijd alles op in het woordenboek. Dan bedenk ik vast de termen enzo.” (Respondent B1)

Eén respondent weet dat hij recht heeft op een tolk, de andere respondenten zijn hier niet van op de hoogte. Nu ze het weten zouden ze alsnog geen gebruik maken van een professionele tolk, op de twee respondenten die eerder zijn genoemd na. De reden die ze hiervoor geven is dat ze het tot nu toe niet nodig vonden en zich voldoende kunnen uitdrukken en kunnen verstaan. Een woordenboek of het gebruik van internet is voor hen voldoende.

Van de **tweede** generatie respondenten heeft niemand gebruik hoeven maken van een tolk, wel gaat één respondent regelmatig mee naar artsbezoeken als informele tolk.

5.4. Culturele barrières

Kennis culturele achtergrond

Alle respondenten geven aan dat de huisarts en artsen in het ziekenhuis geen kennis hadden van hun culturele achtergrond. De meeste vonden dit ook niet nodig of essentieel bij een normale artsbezoek, omdat ze tot nu toe nog geen ernstige ziekte hebben gehad. Mocht er in de toekomst sprake zijn van een ernstige ziekte, dan is het wel essentieel dat de arts kennis heeft van de culturele achtergrond. Dit is alleen bij de respondenten van de **eerste** generatie het geval. De **tweede** generatie geeft aan zich meer Nederlands te voelen en vindt het niet nodig dat de arts kennis heeft van hun Chinese achtergrond.

“Nee de huisarts heeft geen kennis van mijn culturele achtergrond, maar dat hoeft ook niet, want je woont hier, als je verstand hebt van hier is dat genoeg. [...] Natuurlijk wel beter als hij het weet, dan kan hij beter omgaan met die patiënten, de manier van uitleggen, dan zal het resultaat wel beter zijn, maar het is geen noodzaak.” (Respondent F1)

Als het gaat om geestelijke gezondheidszorg, dan is het voor de meeste eerste generatie ondervraagden wel van belang dat de arts kennis heeft over zijn/haar culturele achtergrond, zodat de arts de patiënten beter begrijpt.

“Als mijn Nederland heel erg goed zou zijn dan zou ik misschien wel naar de dokter gaan, want dan begrijpt hij het als ik het uitleg. De reden waarom ik naar de arts in China ben gegaan is omdat hij mij begrijpt. Ik ben opgegroeid in China, de situatie daar, als ik dat aan hem vertel, denk ik dat hij mij meer begrijpt. Nederlandse artsen begrijpen mijn achtergrond minder goed.” (Respondent E1)

Tot nu toe heeft niemand andere problemen ondervonden. De reden die de meeste **eerste** generatie respondenten hiervoor geven is, zoals eerder genoemd, dat ze nog geen ernstige ziekte hebben gehad en waarschijnlijk daarom geen culturele barrières hebben ondervonden. Als ze wel te maken zouden krijgen met een ernstige ziekte, dan verwachten zij dat ze wel problemen zullen ondervinden. De tweede generatie geeft aan dat er überhaupt geen culturele barrières een rol zullen spelen.

5.5. Praktische barrières

Alle respondenten van zowel de eerste als de tweede generatie zijn wel eens bij de huisarts geweest. Bijna alle respondenten zijn ook naar het ziekenhuis geweest. Een respondent van de tweede generatie is wel eens bij een psycholoog geweest. Twee respondenten uit de eerste generatie zouden naar de psycholoog gaan, als ze wisten welke stappen ze moesten ondernemen en als de Nederlandse taal beter was geweest. Zij zijn in China naar de psycholoog geweest. Alle respondenten wisten welke stappen ze moesten ondernemen om naar de huisarts te gaan en wisten dat ze via de huisarts doorverwezen konden worden naar het ziekenhuis. Ze waren allemaal op de hoogte van de kosten en het zorgverzekeringssysteem en wisten hoe alles werkt.

“Ik vind de huisarts prima [...] dan zegt hij welke ziekte etc. en geeft hij eventueel medicijnen. Als hij vindt dat hij het zelf niet kan oplossen, dan stuurt hij me door naar het ziekenhuis om te onderzoeken.” (Respondent E1)

Er zijn geen andere problemen ondervonden door de respondenten. De **eerste** generatie ondervraagden geven aan dat dit komt doordat ze nog geen ernstige ziekte hebben gehad, waardoor de praktische stappen die ze moesten ondernemen niet moeilijk waren.

5.6. Nederlands zorgsysteem

Ervaringen

75 procent van de **eerste** generatie vind de ervaringen met de (huis)arts positief. De meeste geven aan dat zij de (huis)arts vriendelijk vinden en zijn beroep goed en op een professionele manier uitvoert. De anderen uit deze generatie hebben wel een negatief beeld over de (huis)arts. Zij vinden dat de kennis van de Nederlandse huisarts beperkt is en dat de huisarts hen vaak naar huis stuurt, zonder iets voorgeschreven te hebben.

“Allebei hebben voordelen, hier is wat opleiding/kennis betreft beter, maar soms heeft de huisarts niet genoeg ervaring. [...] omdat het tenslotte eerstelijns hulp is de huisarts, de dingen die hij behandelt, zoals chronische ziekte, dan weet hij soms niet hoe hij moet handelen. In China kan je meteen naar het ziekenhuis en de beste hulp krijgen.”

(Respondent H1)

De **tweede** generatie ervaart de (huis)arts en de artsbezoeken positief. Zij hebben geen problemen ondervonden tijdens een artsbezoek of bij de (huis)arts. Een aantal respondenten geven ook aan veel respect te hebben voor de artsen in Nederland.

“Ik heb altijd als ik weg ga van het ziekenhuis dan heb ik veel respect voor hun, omdat ze mij zo goed verzorgen en aandacht geven en ook heel duidelijk zijn in het uitleggen van wat er is of zo.” (Respondent A2)

Verder vonden alle respondenten dat het zorgsysteem in Nederland beter was geregeld dan het systeem in China. In China moet je ondanks dat ze een zorgverzekering hebben toch veel zelf betalen. Daarnaast kan je in China geen afspraak maken en moet je zelf naar het ziekenhuis toe en een nummertje trekken, waardoor je vaak uren in de rij moet wachten om de dokter te kunnen zien.

Vertrouwen in de artsen

Zes respondenten van de **eerste** generatie geeft aan vertrouwen te hebben in de arts. De andere twee hebben negatieve ervaringen gehad en vinden de artsen in China beter. Bij de één had het onder andere te maken met miscommunicatie door taal, waardoor ze een operatie heeft ondergaan wat naderhand niet nodig bleek te zijn. De andere respondent had al een hele tijd klachten, maar in Nederland konden ze steeds niks vinden. Toen is ze in China naar het ziekenhuis gegaan en daar was het probleem snel opgelost. Toen ze terug in Nederland was en de diagnose aan de artsen liet zien, begrepen ze het niet en konden ze nog steeds niet de juiste behandeling geven. Ze voelt zich niet zo serieus genomen door de Nederlandse artsen.

“Ik ben ooit geopereerd geweest hier, maar toen was mijn taal niet goed, dus toen is er een hele verkeerde diagnose en beslissing gemaakt, dus daardoor heb ik geen vertrouwen meer in de artsen hier. [...] Ik denk dat het een misverstand was, dat hij dacht dat ik een ‘liu’ of iets had, terwijl het een verkeerde diagnose was.. In China zou zo iets niet gebeuren.”

(Respondent B1)

Alle **tweede** generatie respondenten hebben vertrouwen in de (huis)arts.

Vertrouwen in de GGZ

Vijf respondenten van de **eerste** generatie heeft vertrouwen in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg en zijn bereid om daar hulp te zoeken als ze te maken zouden krijgen met geestelijke gezondheidsproblemen. Drie respondenten zouden dat niet doen en hebben geen vertrouwen in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. De voornaamste reden die zij noemen is het niet genoeg beheersen van de Nederlandse taal, waardoor de psycholoog of andere specialist hen niet zouden begrijpen. Een ander reden is dat ze geen kennis hebben van hun culturele achtergrond.

Zes respondenten van de **tweede** generatie geven aan dat ze vertrouwen hebben in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg en gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg als zij te maken zouden krijgen met psychische gezondheidsproblemen. Eén ondervraagde zou geen hulp zoeken, omdat hij het zelf wilt oplossen, hij zou ook niet met vrienden of familie erover praten. Een ander participant gelooft niet in geestelijke gezondheidszorg, maar zou eventueel wel steun zoeken bij vrienden.

5.7. Verklaringsmodellen ziektes Kleinman

Definitie geestelijk ongezond/geestelijke gezondheidsproblemen

Uit de antwoorden van de respondenten kwamen een aantal kenmerken naar voren van wat geestelijke gezondheidsproblemen typeert, namelijk:

1. Als je belemmerd wordt in het functioneren in het dagelijks leven
2. Als je niet meer met ratio kan communiceren/nadenken
3. Als je geen uitweg meer ziet, er niet meer uit kan komen (*Xiǎng bùtōng*)
4. Als je langdurige druk/stress hebt
5. Als je iets ergs hebt meegemaakt (door omgevingsfactoren)

	1ste generatie	2de generatie
Als je belemmerd wordt in het functioneren in het dagelijks leven	1	6
Als je niet meer met ratio kan communiceren/nadenken	3	3
Als je geen uitweg meer ziet, er niet meer uit kan komen (<i>Xiǎng bùtōng</i>)	2	3
Als je langdurige druk/stress hebt	4	0
Als je iets ergs hebt meegemaakt	2	1

(Sommige respondenten noemden meerdere kenmerken)

Bijna alle respondenten onder zowel de eerste als de tweede generatie (op één persoon uit de eerste generatie na) zien geestelijke gezondheidsproblemen als een echte ‘ziekte’. Toch is opgemerkt dat voor sommigen uit de eerste generatie (en één iemand uit de tweede generatie) het een redelijk vaag verschijnsel is en zeggen dat het ook aan iemands karakter of mindset kan liggen, dus het niet altijd een ziekte hoeft te zijn (als voorbeeld werd depressie en burn-out genoemd). Daarnaast zijn geestelijke problemen vaak niet zichtbaar, dus kan het ook gezien worden als aanstellerij. Ernstige psychische ziektes, zoals bijvoorbeeld schizofrenie werd wel door iedereen erkend als een echte ‘ziekte’.

“Omdat je zulke ziektes niet kan zien, het doet niet pijn fysiek [...] oh niet lekker in je vel, dan even volhouden en dan is er niks meer aan de hand. Dat denken ze allemaal, dus dan gaan ze er niet voor naar een specialist.” (Respondent E1)

“Ik denk dat het echt je ‘state of mind’ is ofzo, dat is een knopje wat je zelf moet omdraaien [...] wat dat betreft denk ik er heel Chinees over [...] Ik denk dat Chinezen daar gewoon niet zo in geloven, dat dat echt een ziekte is. Weet je wel, mentale ziektes zijn geen echte ziektes.” (Respondent G2)

Zes respondenten van de **eerste** generatie vindt medicatie een passend geneesmiddel, drie in combinatie met naar de psycholoog gaan en er over praten met vrienden. Eén respondent zou alleen naar de psycholoog gaan als hij hiermee te maken krijgt.

“Familieleden zou ik het ook niet vertellen, want zij zijn allemaal geen dokter en weten ook niet of dit normaal is of niet, omdat geestelijke problemen lastig uit te leggen zijn” (Respondent E1)

Vijf respondenten van de **tweede** generatie respondenten zouden naar de psycholoog gaan, met vrienden erover praten en zien medicatie als mogelijke geneeswijzen. Een respondent zou alleen naar de psycholoog gaan en medicijnen slikken mocht dat nodig zijn. Eén respondent zou alleen naar de psycholoog gaan en één respondent zou helemaal niks doen en het voor zichzelf houden.

Zeven respondenten van de **eerste** generatie denkt dat zijn/haar opvatting over geestelijke gezondheid/ongezondheid anders is dan die van hun kind(eren). Zij geven aan dat hun kinderen zijn opgegroeid in Nederland en de normen en waarden en gedachtengoed van Nederlanders over hebben genomen en op een bepaalde manier opener hierin zijn.

Zeven van de **tweede** generatie respondenten denkt dat zijn/haar opvatting over geestelijke gezondheid/ongezondheid anders is dan die van zijn/haar ouders. De meeste geven aan dat hun ouders wat ouderwets zijn of nog het gedachtengoed en normen en waarden uit de Chinese cultuur over dit onderwerp hebben.

“Ik denk wel anders ja, omdat het deels met cultuur te maken heeft, zij is nog wel heel erg met de Chinese normen en waarden en met de Chinese omgeving opgegroeid [...] Ik denk dat zij meer denken van: nou, he, over die problemen praat je niet, die problemen moet je maar zelf oplossen en je stapt niet zo snel naar een psycholoog of een psychiater, want ja dat zijn toch, dat is alleen voor gekke mensen en ik ben niet gek, ik denk dat ze het vanuit die kant bekijken.” (Respondent F2)

Uiteindelijk bleek dat er bij drie respondenten koppels (dus zes respondenten) de opvattingen redelijk overeenkomen met die van hun ouder/kind.

In het Chinees wordt geestesziekte letterlijk vertaald als ‘hart ziekte’ (*Xīnlǐ bìng*). Een aantal **eerste** generatie respondenten wees ook naar hun hart als we het hadden over geestelijke gezondheid.

Beeld geestelijke gezondheidsproblemen in China

De meeste respondenten geven aan dat de kijk op geestelijke gezondheidsproblemen in China anders is dan in Nederland. In Nederland wordt het beschouwd als een echte ziekte en iets waar je niks aan kan doen en hoewel het in China steeds serieuzer wordt genomen blijft het een onderwerp waar niet graag over gesproken wordt. Niemand beschreef mentale problemen als fysieke pijn, dus als iets somatisch.

“Ze zien volgens mij geestelijke klachten niet als een echte klacht. Alleen als je een gebroken arm hebt dan is het van: oh wat is er gebeurd? Maar als je je verdrietig voelt, al 6 maanden lang, dan denken ze van: oh wat is er mis met jou? Vrolijk is even op!” (Respondent D2)

“Vroeger vonden ze het geen geestelijke ziekte, zoals burn-out of depressie, dat werd vroeger niet gezien als een ziekte. [...] Nu wordt het langzaam gezien als een ziekte, omdat zoals depressief weten ze dat het te maken heeft met lichaam, niet alleen mentaliteit, misschien dat je eigen endocriene problemen heeft, of iets mist in chemische dingen, dus als je medicijnen slikt, dat het beter gaat, depressief.” (Respondent G1)

“De reden dat ik in China een psychologische test heb gedaan is omdat ik maagpijn had, hij kon geen reden vinden en zei dat het stress was.” (Respondent C1)

Traditionele Chinese geneeswijze

Onder de **eerste** generatie ondervraagden geloven er zeven in Traditionele Chinese Geneeswijze. Sommige zijn van mening dat Traditionele Chinese Geneeswijze beter werkt dan Westerse geneeswijze en maken ook in Nederland wel eens gebruik van Traditionele Chinese Geneeswijze, zoals acupunctuur, kruidengeneesmiddelen en moxibustie.

“Ja, dus ze zeggen van als je je been gebroken hebt of gekneusd dan doen ze dat kruiden spul erop en dat werkt beter, bij mijn man ook.” (Respondent F1)

De meeste ondervraagden van de **tweede** generatie gelooft niet in traditionele geneeswijze. Ze weten wel wat het ongeveer inhoud, maar zijn er sceptisch over en denken dat het niet werkt. Een paar respondenten geloven er wel in, maar geven de voorkeur aan de Westerse geneeskunde.

“Het is een hele andere manier om naar je lichaam te kijken, ze hebben een hele andere manier om om te gaan met ziektes. [...] maar ik geloof zelf natuurlijk niet helemaal in de alternatieve aanpak.” (Respondent G2)

Verskil kijk op ziekte (Nederland en China)

Volgens alle **eerste** generatie respondenten wordt er altijd medicijnen voorschreven vanuit de Chinese cultuur. Ze waren gewend om voor elke verkoudheid of ziekte medicijnen te slikken en vonden het vreemd dat het in Nederland niet zo gaat.

“Chinezen houden van medicijnen slikken, ze schrijven je altijd medicijnen voor. Hier is het lastig om medicijnen voorgeschreven te krijgen [...] Dat maakte me zo boos [...] allebei hebben ze hun eigen voordelen, want Nederlanders hopen dat hun eigen lichaam uit zichzelf herstelt, en dat kan ik nu begrijpen, maar toen ik net naar Nederland kwam, begreep ik er niks van. Chinezen hopen dat kleine ziektes geen grote ziektes worden, dus het uitgangspunt is anders.” (Respondent B1)

“De huisarts is heel geïnteresseerd bijvoorbeeld over medicijngebruik van Chinezen, daar hebben we het wel over gehad, waarom ze in Nederland minder snel medicijnen voorschrijven.” (Respondent G1)

Een aantal respondenten gaven aan dat de kijk op ziektes soms anders is in China dan in Nederland. Volgens één respondent is het in Nederland vaak zo dat als je ergens pijn hebt de arts voor die pijn een geneesmiddel voorschrijft. In China is het vaak zo dat als je ergens pijn hebt het ook een andere oorzaak kan hebben dan die lokale pijn. Een voorbeeld die een respondent gaf was als iemand pijn aan de boventand heeft, ze in Nederland pijnstillers of een middel zouden voorschrijven om die pijn weg te halen. In China is het zo dat als je pijn aan je boventand hebt, er problemen zijn met je maag. Zij zien de oorzaak van het probleem anders.

5.8 Collectivisme vs. Individualisme

Schaamtecultuur/gezichtsverlies

Volgens alle respondenten heerst er in China schaamte als het gaat om geestelijke gezondheidsproblemen en geestelijke gezondheidszorg. De voornaamste reden die door bijna alle respondenten wordt genoemd is ‘*bang wat anderen ervan vinden*’. Gezichtsverlies en schaamte worden vaak genoemd in de interviews.

I: Stel dat u zelf te maken krijgt met ‘mental health problems’, wat zou u dan doen?

R: Dan zou ik een professioneel iemand zoeken. [...] Ja dan kan je naar een psycholoog gaan of zo iets.

I: Zou deze aanpak voor u hetzelfde zijn in zowel Nederland als in China?

R: In China zou ik wat meer, barrière hebben, vooral om naar de psycholoog te gaan. [...] Chinezen vinden dat slecht voor hun reputatie, gezichtsverlies zeg maar. [...] Daar zou ik normaal gesproken veel later hulp zoeken, niet zoals in het Westen, die het zien als een hele normale ziekte.

(Respondent H1)

“Chinezen zijn heel erg familiegericht, in de zin dat, Chinezen heel erg te maken hebben met het ‘yo men zi’ (= vertaald: gezichtsverlies). [...] Ja gezichtsverlies precies, alles gaat door

de familie heen natuurlijk, ehm wat ik bij Nederlanders veel minder merk, want Nederlanders boeit status veel minder, over het algemeen gezien.” (Respondent G2)

Een aantal respondenten van beide generaties geeft aan dat er in Nederland ook niet graag gesproken wordt over mentale gezondheid. Alle respondenten geven aan dat het onderwerp ‘geestelijke gezondheidsproblemen’ vaker in Nederland wordt besproken dan in China. Sommige respondenten dachten dat zulke problemen minder vaak voor komt dan in Nederland, omdat ze er in China nauwelijks over hebben gehoord.

Tijdens de meeste interviews bij de **eerste** generatie gebeurde er non-verbaal veel als het onderwerp geestelijke gezondheidsproblemen ter sprake kwam. Bij één respondent kon het onderwerp nauwelijks uitgesproken worden en was er weerstand toen er gevraagd werd wat zij zou doen als ze te maken zou hebben met geestelijke gezondheidsproblemen. De reactie op deze vraag was: “nee ik heb geen geestelijke problemen, heb ik niet, heb ik niet.” Bij de andere respondenten werd het naarmate het onderwerp werd uitgediept en besproken het steeds gemakkelijker. Bij de interviews met de meeste **tweede** generatie respondenten was er ook wel sprake van enige ongemak als het onderwerp geestelijke gezondheidsproblemen aan bod kwam, maar dat duurde vrij kort, waarna er openlijk over gesproken werd. Het was voor de meeste respondenten makkelijker om over anderen te praten, dan over zichzelf als het gaat om geestelijke gezondheid. Op één respondent na uit de eerste generatie, kennen alle respondenten meerdere mensen in zijn of haar omgeving die te maken heeft gehad met geestelijke gezondheidsproblemen.

“Uhm, ja heel toevallig nu een vriendinnetje die dan eh, ja dat is die vriendin waarvan ik net zei met een burn-out en depressie. En een vriendinnetje van mij die lijdt aan een stoornis dat ze denkt dat ze alle ziektes heeft, hoewel het dan niet zo is. Ik weet niet precies hoe het heet, maar die gaat daarvoor naar de psycholoog en die moet ook medicatie slikken” (Respondent E2)

Taboe

75 procent van de **eerste** generatie respondenten geven aan dat ze nog nooit met hun kind hebben gepraat over geestelijke gezondheidsproblemen. Dat bevestigt de **tweede** generatie, precies de kinderen van deze ouders geven aan dat ze nog nooit met hun ouders over psychische gezondheidsproblemen hebben gepraat.

Van de **eerste** generatie zouden er drie aan hun familie vertellen als hij/zij te maken zou krijgen met geestelijke gezondheidsproblemen. Twee daarvan zouden het ook aan vrienden vertellen.

Van de **tweede** generatie zouden er vier aan hun familie en vertellen als hij/zij zou kampen met geestelijke gezondheidsproblemen. Een zou het alleen aan vrienden vertellen.

“Omdat ik zelf aanvoel dat ik op een bepaalde manier meer tegen mijn vriendinnen, ja anders tegen mijn vriendinnen kan praten dan tegen mijn ouders.” (Respondent E2)

Familiecultuur

Alle respondenten van zowel de eerste als de tweede generatie vindt familie erg belangrijk. Zij gaven allemaal aan dat mensen in Nederland meer individualistisch zijn en Chinezen meer familie gericht. Chinezen zijn vooral heel hecht met hun eigen familie en vriendenkring, dus in deze kring is er sprake van collectivisme.

Wat opvallend is, is dat er vaak is genoemd dat Chinezen tegenover vreemden, juist niet collectief zijn en dat in Nederland vreemden behulpzamer zijn naar andere vreemden toe.

“Ik denk wat cultuur betreft Nederlanders individualistischer zijn, wat meer afstand hebben binnen de familie, maar aan de andere kant, wat vreemden tegen vreemden betreft zijn ze weer closer dan dat ze in China zijn.” (Respondent G1)

Een aantal respondenten uit de **eerste** generatie geven aan dat geestelijke gezondheidsproblemen in China binnen de familie wordt opgelost, in Nederland wordt er juist professionele hulp ingeschakeld.

“Uhm ‘mental health’, ehm vanuit de Chinese kant is het veel meer dat ze aandacht vanuit hun familie krijgen. Hier, over het algemeen, krijgen ze vaker professionele hulp.”
(Respondent H1)

Op de vraag of de respondent zijn/haar eigen beslissing maakt, of overlegt met familie, beantwoorden twee ondervraagden van de **eerste** generatie dat ze alle beslissingen zelf nemen, ongeacht of anderen het er mee eens zijn of niet. Drie respondenten nam alleen beslissingen zelf als het alleen invloed had op zichzelf, anders zou hij/zij het niet doen. Drie respondenten zouden geen beslissing nemen als haar partner of familie het er niet mee eens zouden zijn. Alle mannelijke respondenten nemen de beslissing zelf en de respondenten die geen beslissing nemen als de partner het er niet mee eens is zijn vrouwelijke respondenten. Ook zijn er vrouwelijke respondenten die zelf tot een beslissing komen en die dan ook nemen.

“De man is het belangrijkste om naar te luisteren. Als hij dit goed vindt en ik vind het ook prima dan is er geen probleem. Als hij zegt: doe het, dan doe ik het. Als hij zegt: doe het niet, en ik ga er tegen in dan hebben we ruzie.” (Respondent D1)

Van de **tweede** generatie respondenten nemen er zeven alle beslissingen zelf. Ook al zijn zijn/haar ouders het er niet mee eens, als zij er achter staan dan zouden ze het doen.

“Ik leef voor mezelf, ik leef niet voor mijn ouders.” (Respondent C2)

6. Conclusie en discussie

6.1 Beantwoording deelvragen en terugkoppeling theorie

Om de hoofdvraag te beantwoorden wordt er eerst antwoord gegeven op de deelvragen waarbij er een terugkoppeling wordt gemaakt naar de theorie. De hoofdvraag luidt: *In hoeverre verschillen de opvattingen over geestelijke gezondheid en de (geestelijke) gezondheidszorg van de eerste en tweede generatie hoogopgeleide Chinezen van elkaar?*

Deelvraag 1: In welke mate heeft er acculturatie plaatsgevonden bij de respondenten, welke acculturatiestrategie is op hen van toepassing en wat kan er gezegd worden over de relatie tussen acculturatie en geestelijke gezondheidszorg?

De helft van de **eerste** generatie respondenten voelt zich verbonden met de Chinese cultuur, een kwart voelt zich verbonden met de Nederlandse cultuur en een kwart voelt zich evenveel verbonden met beide culturen. Bijna alle respondenten spreken voornamelijk Chinees, en beheersen de Nederlandse en Engelse taal matig. Onder de **tweede** generatie voelt de meerderheid zich verbonden met de Nederlandse cultuur, twee voelen zich met beide culturen evenveel verbonden. Zij geven hun voorkeur aan voor de Nederlandse taal en kennen van nauwelijks, tot vloeiend Chinees (afhankelijk van de respondent). Aan de hand van de acculturatie strategieën van Berry (1997) is de *integratie* strategie het meest van toepassing op de eerste generatie ondervraagden, dit betekent dat zowel cultuurbehoud als aanpassing aan de nieuwe cultuur belangrijk voor ze zijn. Ook de meeste tweede generatie respondenten horen bij de *integratie* strategie en twee horen bij de *assimilatie* strategie, waarbij ze zich zodanig verbonden voelen met de Nederlandse cultuur, dat ze hun oude cultuur niet willen behouden.

Er werd verwacht dat hoe hoger de mate van acculturatie bij een respondent is, des te positiever de houding van diegene is ten opzichte van het hulp zoeken bij een professionele psycholoog (Tata & Leong, 1994). Dit wordt door de respondenten bevestigd. De meeste respondenten van beide generaties zouden hulp zoeken bij een professionele psycholoog als ze te maken zouden krijgen met geestelijke gezondheidsproblemen.

Deelvraag 2: Wat verstaan de respondenten onder geestelijk ongezond/geestelijke gezondheidsproblemen?

Uit de antwoorden van de respondenten kwamen een aantal kenmerken naar voren die typerend zijn voor hun definiëring van geestelijke gezondheidsproblemen, namelijk: 1. Als je belemmerd wordt in het functioneren in het dagelijks leven, 2. Als je niet meer rationeel kan communiceren/nadenken, 3. Als je geen uitweg meer ziet, er niet meer uit kan komen (*shang bu thong*), 4. Als je langdurige druk/stress hebt, 5. Als je iets ergs hebt meegemaakt (door omgevingsfactoren). De meeste gaven een aantal kenmerken aan. Wat opvalt is dat het kenmerk 'Als je belemmerd wordt in het functioneren in het dagelijks leven' voornamelijk werd genoemd door de tweede generatie en nauwelijks genoemd werd door de eerste generatie en 'Als je langdurige druk/stress hebt' het meest genoemd werd door de eerste generatie en niet genoemd werd door de tweede generatie. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het beeld van geestelijk gezondheid verschillend is in beide groepen.

In de literatuur kwam naar voren dat een probleem met geestelijke gezondheid in de Chinese cultuur vaak als iets somatisch, een lichamelijke kwaal, worden gezien (Kleinman 1978, 1986; Bhui *et al*, 2002). Dit wordt niet door de respondenten bevestigd.

Deelvraag 3: Wat zijn de opvattingen van de respondenten over geestelijke gezondheidsproblemen?

Volgens Kleinman (1978) worden mensen met psychische aandoeningen gestigmatiseerd en worden psychische klachten als lichamelijke klachten gezien. Dit wordt deels bevestigd door de **eerste** generatie respondenten, maar de meeste zien het net zoals de Westerse samenleving als een psychische klacht, hier sluit de tweede generatie zich bij aan. Op één respondent na uit de eerste generatie, kennen alle ondervraagden iemand in zijn of haar omgeving die te maken heeft met geestelijke gezondheidsproblemen.

Hofstede (2007) kenmerkt China als een collectivistische samenleving waar schaamte en de angst voor gezichtsverlies een grote rol spelen. Persoonlijke problemen zouden dan niet snel met anderen besproken worden. Chen en Mak (2008) voegen hier aan toe dat door de schaamte en angst voor gezichtsverlies Chinezen geen professionele hulp zullen zoeken voor geestelijke gezondheidsproblemen, om stigmatisering die invloed heeft op zowel zichzelf als zijn/haar familie te voorkomen. De meeste respondenten van beide generaties geven inderdaad aan dat er in China niet snel over geestelijke gezondheid wordt gesproken. 75 procent van alle respondenten heeft nog nooit met hun ouders/kind gepraat over geestelijke gezondheid. Het blijft voor hen een ongemakkelijk onderwerp dat ze liever vermijden. Sommige **tweede** generatie onderzochten geven aan liever met vrienden hierover te praten dan met hun ouders. Dit zou erop kunnen duiden dat het Chinese gedachtengoed over geestelijke gezondheid vooral bij de eerste generatie nog aanwezig is.

Deelvraag 4: Wat zijn de ervaringen van beide groepen migranten met de Nederlandse (geestelijke) gezondheidszorg?

Uit veel onderzoeken blijkt dat Chinese migranten minder gebruik maken van de (geestelijke) gezondheidszorg (Sue, 1994; Fung & Wong, 2007; Blignault *et al.*, 2008; Liu *et al.*, 2011). Dit is bij de respondenten niet het geval. Alle respondenten zijn wel eens bij de huisarts of in het ziekenhuis geweest in Nederland. Eén respondent van de **tweede** generatie is ook bij een psycholoog geweest. In de genoemde studies kwam naar voren dat de oorzaak van het minder gebruik maken van de zorg te maken heeft met barrières die de migranten ondervinden. De meeste respondenten van beide generaties vinden de ervaringen met de (huis)arts positief. Een aantal respondenten uit de **eerste** generatie heeft een negatief beeld over de (huis)arts. Eén respondent had te maken met miscommunicatie, waardoor diegene een operatie had ondergaan wat achteraf niet nodig bleek te zijn. Dit valt onder taalbarrières, wat in de literatuur ook naar voren komt als meest voorkomend barrière (Shokoohi-Yekta & Retish, 1991; Abbot *et al.*, 2000; Blignault *et al.*, 2008; Liu *et al.*, 2011). Een aantal **eerste** generatie respondenten is in China naar de psycholoog gegaan, omdat ze zich niet goed genoeg kon uitdrukken in het Nederlands bij zulke problemen. Ook werd aangegeven dat ze bij geestelijke gezondheidszorg en bij eventuele ernstige ziektes het wel noodzakelijk vinden dat de arts kennis heeft van hun culturele achtergrond. Dit is een culturele barrière te noemen en is ook een belangrijke barrière volgens wetenschappers (Fung & Wong, 2008; Blignault *et al.*, 2008). Een andere respondent had klachten waar de artsen in Nederland geen oorzaak en oplossing voor konden vinden, na velen artsbezoeken in Nederland is de respondent in China naar het ziekenhuis geweest en daar konden ze de klachten wel direct verhelpen. Dit heeft zowel met taal als met cultuur te maken. De **tweede** generatie vindt dat de arts geen kennis hoeft te hebben van hun Chinese culturele achtergrond, omdat zij zich Nederlands voelen. Blignault *et al.* (2008) beschrijft dat het gebrek aan kennis over het zorgsysteem en van de diensten een barrière is voor Chinezen. Uit de resultaten blijkt dat de respondenten voldoende kennis hebben over het zorgsysteem en weten welke stappen ze moeten ondernemen. Sommige eerste generatie respondenten gaven aan dat er wellicht praktische barrières zouden zijn als ze een ernstige ziekte zouden hebben, omdat ze dan waarschijnlijk meer stappen moeten ondernemen. De meeste geïnterviewden hebben vertrouwen in de (huis)arts. Een aantal van de **eerste** generatie had minder vertrouwen in de (huis)arts, door de hierboven genoemde situaties.

Op een aantal gevallen bij de **eerste** generatie na zijn er relatief gezien weinig barrières ondervonden bij de respondenten. Dit komt voornamelijk omdat ze (nog) geen ernstige ziekte hebben gehad, als dat wel het geval is in de toekomst, dan verwacht de eerste generatie respondenten wel barrières te ondervinden.

Deelvraag 5: Wat zijn de opvattingen van de respondenten over de Nederlandse (geestelijke) gezondheidszorg?

Binnen de *folk* sector die Kleinman beschrijft (1978) behoort Traditionele Chinese Geneeswijze. 90 procent van de **eerste** generatie gelooft in Traditionele Chinese Geneeswijze en maakt daar in Nederland wel eens gebruik van. Van de **tweede** generatie gelooft niemand in deze geneeswijze. Toch geloven alle respondenten ook in de Westerse geneeswijze, zoals de Nederlandse (geestelijke) gezondheidszorg. De **eerste** generatie is gewend vanuit China om veel medicijnen voorgeschreven te krijgen en vond het toen ze net naar Nederland kwamen vreemd dat het hier minder is. De meeste vinden medicijnen dan ook een passend middel tegen geestelijke gezondheidsproblemen. Drie zouden ook naar een psycholoog gaan, maar wel in combinatie met medicijnen. Van de **tweede** generatie zou het merendeel naar de psycholoog gaan en met vrienden erover praten. Zij zien medicatie als een mogelijke geneeswijze als het niet anders kan. Bij de tweede generatie en een aantal van de eerste generatie is er sprake van positief hulpzoekgedrag om naar een professionele psycholoog te gaan (Tata en Leong, 1994). Wat opvallend is, is dat een aantal respondenten uit de eerste generatie in Nederland wel naar de psycholoog zou gaan, maar in China niet vanwege angst voor het verliezen van reputatie en gezichtsverlies. Dit komt overeen met resultaten uit de literatuur (Hofstede, 2002; Bedford & Hwang, 2003; Chen & Mak, 2008)

Deelvraag 6: In hoeverre verschillen de antwoorden uit de voorgaande deelvragen tussen de eerste generatie hoogopgeleide Chinezen en de tweede generatie hoogopgeleide Chinezen in Nederland?

Uit de resultaten blijkt dat de meeste **eerste** generatie respondenten zich meer verbonden voelen met de Chinese cultuur en een aantal met beide culturen. Slechts een enkeling voelt zich meer verbonden met de Nederlandse cultuur. Onder de **tweede** generatie voelde merendeels zich meer verbonden met de Nederlandse cultuur, een ruime minderheid voelt zich verbonden met beide culturen. Dit laat zien dat de eerste en tweede generatie zich verbonden voelt met een andere cultuur ten opzichte van elkaar. Wat daarbij wel opvallend is, is dat het merendeel van beide generaties een positieve houding hebben ten opzichte van het hulp zoeken bij een professionele psycholoog als ze te maken zouden krijgen met geestelijke gezondheidsproblemen.

Er werd vanuit de literatuur verwacht dat (vooral de eerste generatie) de respondenten geestelijke gezondheidsproblemen als iets somatisch zouden zien (Kleinman, 1978, 1986, Bhui et al., 2002). Dit werd door beide generaties niet bevestigd. Zij zien geestelijke gezondheidsproblemen als iets psychisch. Ondanks dat er kleine verschillen zijn in het beschrijven van geestelijke gezondheidsproblemen, komen de antwoorden van beide generaties behoorlijk met elkaar overeen.

Bij deelvraag 3 werd verwacht dat de respondenten die zich het meest verbonden voelen met de Chinese cultuur minder snel over geestelijke gezondheidsproblemen zullen praten met anderen en geen hulp zouden zoeken als ze te maken zouden krijgen met geestelijke gezondheidsproblemen. De meeste respondenten bespreken geestelijke gezondheid inderdaad niet met hun ouder/kind. De aantallen zijn bij beide generaties gelijk. De **tweede** generatie zou het wel met vrienden bespreken, dus daar heerst er mogelijk wel schaamte en angst voor gezichtsverlies ten opzichte van hun ouders, maar niet ten opzichte van hun (voornamelijk Nederlandse) vrienden.

Beide groepen zijn over het algemeen positief over de (huis)artsen en hun artsbezoeken in Nederland. Een aantal uit de **eerste** generatie heeft zowel taal- als culturele barrières

ondervonden tijdens een artsbezoek en verwacht meer barrières te ondervinden als ze te maken zouden krijgen met een ernstige ziekte. Bij de **tweede** generatie respondenten gaf niemand aan barrières te hebben ondervonden.

Het merendeel van de **eerste** generatie ziet medicatie als de beste oplossing bij fysieke ziektes en psychische ziektes. De **tweede** generatie zou eerder naar een psycholoog gaan en met vrienden erover praten bij psychische gezondheidsproblemen en zien medicatie voornamelijk als laatste redmiddel. Deze generatie staat dus positief tegenover het hulp zoeken bij een professionele psycholoog, bij de **eerste** generatie is het aantal dat hier ook positief tegenover staat iets minder. Tot slot, gelooft 90 procent van de **eerste** generatie in Traditionele Chinese Geneeswijze, terwijl de **tweede** generatie aangeven dat ze er niet in geloven.

Uit het voorgaande blijkt dat er wel een aantal duidelijke verschillen in opvattingen tussen de eerste en de tweede generatie respondenten is, vooral als het gaat om geloof in bepaalde geneeswijze en praten (met anderen) over geestelijke gezondheid. De vorm en mate van acculturatie is ook verschillend tussen deze twee generaties, maar het merendeel van beide generaties passen wel bij dezelfde acculturatie strategie. Vooral de **tweede** generatie staat positief ten opzichte van professionele hulp zoeken en tegen verwachting in staat meer dan de helft van de **eerste** generatie hier ook positief in. Verder zijn de verschillen in sommige opvattingen minder groot dan verwacht, zoals bijvoorbeeld hun beeld en definitie over geestelijke gezondheidsproblemen en hoe ze tegen de Nederlandse gezondheidszorg aankijken.

6.2 Methodologische reflectie

Tijdens de interviews en het analyseren is er zo objectief en neutraal mogelijk met de participanten en data omgegaan om de betrouwbaarheid te verwezenlijken, dit is immers van belang bij kwalitatief onderzoek (Boeije, 2005). Tijdens de meeste interviews met de eerste generatie werd er Chinees gesproken door de respondent en de interviewer. Er was geen tolk nodig, wat gunstig is voor de betrouwbaarheid van de data. Een tolk kan namelijk anders vertalen of verkeerd interpreteren, wat invloed heeft op de betrouwbaarheid.

Om de validiteit te waarborgen en een sociaal wenselijk antwoord te voorkomen is een aantal onderwerpen meerdere keren aan bod gekomen in een andere vraagstelling in het interview waar ook zo goed mogelijk op is doorgevraagd. Daarnaast heeft de interviewer dezelfde culturele achtergrond als de respondenten, waardoor er sneller een vertrouwensband is gecreëerd en men wellicht meer durfde te zeggen. Er is uitgebreid antwoord gegeven op alle vragen. De vragen werden onderbouwd met voorbeelden uit het dagelijks leven van de respondenten.

Ondanks dat dit onderzoek met grote zorgvuldigheid is uitgevoerd is er een aantal beperkingen dat vervolgonderzoek vereist. Allereest waren de meeste respondenten (elf van de zestien) in deze thesis vrouw. Volgens Tata en Leong (1994) hebben vrouwen een positievere houding ten opzichte van het hulp zoeken bij een professionele psycholoog dan mannen. In dit onderzoek is niet gekeken naar de verschillen in opvattingen tussen mannen en vrouwen. Dit zou in eventuele verdere onderzoeken wel bestudeerd moeten worden.

Verder zijn in dit onderzoek hoogopgeleide Chinezen bestudeerd, om dieper op die specifieke subgroep in te gaan. Dit was van belang omdat Chinezen een heterogene groep vormen (Liu, 2011). Door omstandigheden zijn er twee laagopgeleide eerste generatie Chinezen betrokken in dit onderzoek en blijkt het dat er daadwerkelijk verschil is in opvatting. Het gaat wel om een laag aantal, waardoor er nog geen conclusies getrokken kan worden. Dit is wel een aanknopingspunt voor nader onderzoek naar de verschillen tussen hoog- en laagopgeleide Chinezen, waardoor er mogelijk nog meer andere inzichten komen.

Ten slotte zijn er in deze thesis weinig problemen en barrières ondervonden bij de respondenten. Uit de theoretische verkenning blijkt dat er bij de eerste generatie wel sprake zou moeten zijn van taal-, culturele- en/of praktische barrières. Waarschijnlijk zijn er maar enkele barrières ondervonden in het huidige onderzoek, omdat de respondenten nog niet te maken hebben gehad met ernstige ziektes. Zij geven zelf aan dat ze wel barrières verwachten als ze te maken krijgen met ernstige ziektes in de toekomst. Het is dan ook aan te raden om een vervolgonderzoek te doen naar mensen die wel te maken hebben gehad met ernstige ziektes of geestelijke gezondheidsproblemen, zodat er wellicht andere problemen en barrières aan het licht zullen komen.

6.3 Aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek wordt er een aantal aanbevelingen gedaan. Allereerst is uit een interview met een dokter en uit literatuuronderzoek gebleken dat er geen algemeen beleid is wat culturele verschillen, diversiteit en achtergrond in de (geestelijke) gezondheidszorg betreft. Dit is echter wel van belang voor een beter begrip tussen artsen en patiënten, waardoor de zorg beter aansluit op de behoeften van de patiënt. Voor veel mensen is dit nog een drempel, waardoor ze niet snel naar een psycholoog in Nederland zouden stappen. Vanuit de overheid zou er een algemeen beleid moeten komen die geldt voor alle (huis)artsen in Nederland.

Aansluitend op de eerste aanbeveling is dat de artsen naast beleid ook op andere manieren kennis kunnen vergaren van de culturele achtergrond van migrantengroepen. Dit kan door een pakket van presentaties, workshops, readers en flyers onderdeel te maken van een geaccrediteerde nascholing voor huisartsen en specialisten (oa psychologen). Daarnaast zou het eventueel tijdens de opleiding meer aan bod kunnen komen.

Naast een aanbeveling met betrekking tot artsen en beleid, is de derde aanbeveling dat er een platform of kenniscentrum komt waar migranten heen kunnen voor vragen betreft (geestelijke) gezondheidszorg. Dit concept bestond tot 2013. Migrant konden terecht bij kenniscentrum Mikado. Er zijn verschillende Chinese belangenverenigingen in Nederland. Deze verenigingen zouden samen kunnen werken aan een platform of kenniscentrum waar deze groep migranten terecht kunnen voor verschillende vragen omtrent zorg.

De vierde aanbeveling gaat over informatie betreffende het recht op een tolk. Velen zijn hier niet van op de hoogte en maken mede daarom geen gebruik van een (professionele) tolk. Als er meer informatie beschikbaar is over dit recht, dan zouden meer mensen gebruik maken van deze mogelijkheid. Dit zou kunnen als het platform uit de derde aanbeveling tot stand is gekomen en daar wordt vermeld. Verder zou dit ook vermeld kunnen worden op websites van huisartsen en andere zorginstellingen.

In dit onderzoek en in voorgaande studies zijn de migrantengroepen zelf onderzocht. Een vijfde aanbeveling is dat er onderzoek wordt gedaan naar ervaringen van artsen om een volledig beeld te kunnen krijgen hoe de culturele- praktische- en taalbarrières verminderd kunnen worden en wat artsen nodig hebben om dat te bewerkstelligen.

Een laatste aanbeveling betreft nader onderzoek naar verschil in opvattingen in andere subgroepen. Chinese migranten vormen een heterogene groep, in deze thesis is dieper ingegaan op een specifieke subgroep en twee generaties. Het is aan te raden om dieper in te gaan op andere subgroepen. Mogelijke subgroepen zijn: migranten uit andere migratiestromingen, verschillende sociale- of politieke klasse, economische klasse, regio van afkomst, Chinese minderheden, vrouwen/mannen, religieuze achtergrond.

7. Literatuurlijst

- Abbott M.W., Wong S., Williams M., Au M.K. en Young W. (2000) Recent Chinese migrants' health, adjustment to life in New Zealand and primary health care utilization. *Disability and Rehabilitation*, 22(1/2), 43-56.
- Bedford O. en Hwang K.K. (2003) Guilt and Shame in Chinese Culture: A Cross-cultural Framework from the Perspective of Morality and Identity. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 33(2), 127-144.
- Berry J.W. (1997) Immigration, Acculturation, and Adaption. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1), 5-34.
- Berry J.W. (2005) Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 697-712.
- Bhui K., Bhurgra D. en Goldberg D. (2002) Causal explanations of distress and general practitioners' assessments of common mental disorder among Punjabi and English attendees. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 38-45.
- Blignault I., Ponzio V., Rong Y. en Eisenbruch M. (2008) A qualitative study of barriers to mental health services utilisation among migrants from mainland China in South-East Sydney. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(2), 180-190.
- Boeije H. (2005) *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Boeije H., 't Hart H. en Hox J. (2009) *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- CBS (2011) Geestelijke ongezondheid in Nederland in kaart gebracht: Een beschrijving van de MHI-5 in de gezondheidsmodule van het Permanent Onderzoek Leefsituatie.
- Chan B. en Parker G. (2004) Some recommendations to assess depression in Chinese people in Australasia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 141-147.
- Chen S.X. en Mak W.S. (2008) Seeking Professional Help: Etiology Beliefs About Mental Illness Across Cultures. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 442-450.
- Cheung F.M. (1988) Surveys of Community Attitudes Toward Mental Health Facilities: Reflections or Provocations? *American Journal of Community Psychology*, 16(6), 877-882.
- Fung K. en Wong Y-L. (2007) Factors influencing attitudes towards seeking professional help among East and Southeast Asian immigrants and refugee women. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 216-231.
- Gijsberts M., Huijnk W., Vogels (2011) *Chinese Nederlanders: van horeca naar hogeschool*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Hesketh T. en Zhu W.X. (1997) Health in China: The healthcare market. *British Medical Journal*, 314(7094), 1616-1618.
- Hofstede G. (2002) *Allemaal andersdenkend: omgaan met cultuurverschillen*. Amsterdam: uitgeverij contact.

- Hofstede G. (2007) Asian management in the 21st century. *Asia Pacific J Manage*, 24, 411-420.
- Hofstede G. (2011) Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2(1), 1-26.
- Hwang W-C. en Ting J.Y. (2008) Disaggregating the Effects of Acculturation and Acculturative Stress on the Mental Health of Asian Americans. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14(2), 147-154.
- Hsiao W.C.L. (1995) The Chinese health care system: Lessons for other Nations. *Social Science Medicine*, 41(8), 1047-1055.
- Keji C. en Hao X. (2003) The integration of Traditional Chinese Medicine and Western medicine. *European Review*, 11, 225-235.
- Kleinman A. (1978b) Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, 12, 85-93.
- Kleinman A., Eigenberg M. en Good B. (1978) Culture, Illness and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- Kleinman A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. California: University of California Press.
- Kleinman A. (1980b) Editorial. *Culture, medicine and psychiatry*, 4(1), 3-13.
- Kleinman A. (1986) Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China. *Current Anthropology*, 27(5), 499-509.
- Knipscheer J.W., en Kleber R.J. (2005). Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 753-759.
- Lee M.S., Crittenden K.S., en Yu E. (1996) Social support and depression among elderly Korean immigrants in the United States. *International Journal of Aging and Human Development*, 42(4), 313-327.
- Lindert J., Schouler-Ocak M., Heinz A. en Priebe S. (2008) Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*, 23, S14-S20.
- Liu C., Ingleby D. en Meeuwesen L. (2011) Barriers to Health Care for Chinese in the Netherlands. *International Journal of Family Medicine*, 1-10.
- Liu C., Meeuwesen, Wesel van F. en Ingleby D. (2013) Beliefs about mental illness among Chinese in the west. *International Journal Of Migration, Health and Social Care*, 9(3), 108-121.
- Liu C., Meeuwesen L., Wesel van F. en Ingleby D. (2014a) Why do ethnic Chinese in the Netherlands underutilize mental health care services? Evidence from a qualitative study. *Transcultural Psychiatry*, 0(0), 1-22.

- Liu C. (2014) Suffering in silence? The adequacy of Dutch mental health care provision for ethnic Chinese in the Netherlands. Proefschrift.
- Nguyen L.Y. en Peterson C. (1992) Depressive Symptoms Among Vietnamese-American College Students. *The Journal of Social Psychology*, 133(1), 65-71.
- Roodbol P. (2006) Nurse practitioners in Nederland: wat hangt de huisarts boven het hoofd? *Huisarts en Wetenschap*, 49, 451-454.
- Sam D.L. en Berry J.W. (2010) Acculturation: When Individuals and Groups of Different Cultural Backgrounds Meet. *Perspectives on Psychological Science*, 5(4), 472-481.
- Schäfer W., Kroneman M., Boerma W., Berg van den M., Westert G., Devillé W. en Ginneke van E. (2010) The Netherlands: Health System review. *Health Systems in Transition*, 12(1), 1-229.
- Shen B.J. en Takeuchi D.T. (2001) A Structural Model of Acculturation and Mental Health Status Among Chinese Americans. *American Journal of Community Psychology*, 29(3), 387-418.
- Shokoohi-Yekta M. en Retish P. (1991) Attitudes of Chinese and American male students towards mental illness. *The International Journal of Social Psychiatry*, 37(3), 192-200.
- Stoner B.P. (1986) Understanding Medical Systems: Traditional, Modern, and Sycretic Health Care Alternatives in Medically Pluralistic Societies. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(2), 44-48.
- Struijs A. en Wennink H.J. (2000) *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht/Zoetermeer: Trimbos-instituut en de Raad voor Volksgezondheid en Zorg.
- Struijs A.J. (2003) *Culturele eigenheid en zelfbeschikking van allochtone zorgvragers*. Uit: rapport Signalering Ethiek en Gezondheid.
- Sue D.W. (1994) Asian-American Mental Health and Help-Seeking Behavior: Comment on Solberg et al. (1994), Tata and Leong (1994), and Lin (1994). *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 292-295.
- Tata S.P. en Leong T.L. (1994) Individualism-Collectivism, Social Network Orientation, and Acculturation as Predictors of Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Among Chinese Americans. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 280-287.
- Trinidad R.B., Kamperman A.M. en Jong de J.T.V.M. (2005) Verklaringsmodellen in de GGZ: kenmerken van migranten en Nederlandse cliënten die volharden in een niet-psychologische betekenisgeving van hun klachten. *Gedrag en gezondheid*, 33, 42-51.
- Watters, C. (1996) 'Representations of Asians' mental health in British psychiatry', in Samson, C. and South, N. (eds) *The Social Construction of Social Policy*. London: Macmillan, 88-105.
- Watters C. (2002) Migration and mental health care in Europe: Report of a preliminary mapping exercise, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 28(1), 153-172.
- Wittchen HU, Jacobi F. (2005) Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-76.

Zee van der J., Kroneman M. en Boerma W. (2004) De Nederlandse huisarts in Europees perspectief. *Huisarts en Wetenschap*, 47, 569-578.

Bijlage 1 – Terminologie

Allochtonen/migranten

In dit onderzoek worden de termen allochtonen en migranten gebruikt zoals in het Allochtonenbeleid van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

De Raad heeft ervoor gekozen om allochtoon als verzamelbegrip te gebruiken voor de termen: allochtoon, migrant, immigrant en vreemdeling. In mijn onderzoek gebruik ik de begrippen allochtoon en migrant om eenzelfde aan te duiden.

Tot de allochtonen behoren “*alle woonachtige vreemdelingen, alle hier woonachtige ex-vreemdelingen die tot Nederlander zijn genaturaliseerd en alle Nederlanders die afkomstig zijn uit de (voormalige) overzeese gebiedsdelen. Voorts rekent de raad als allochtoon de nakomelingen tot in de derde generatie van de zojuist genoemden, voor zover deze zich nog enigermate met de herkomst van hun (groot)ouders wensen te identificeren.*” (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1989, pp. 61)

Struijs en Wennink (2000) omschrijven het bovenstaande versimpeld: “*Met allochtonen worden alle personen bedoeld: ‘die zich komend van elders in Nederland hebben gevestigd en hun nakomelingen tot in de derde generatie, voor zover deze laatsten zich als allochtoon wensen te beschouwen.*” (pp. 9)

Bronnen

Struijs A.J. & Wennink H.J. (2000) *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (1989) *Allochtonenbeleid*. 's-Gravenhage: SDU.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

GGZ omvat: ambulante zorg, extramurale zorg, intramurale zorg (= klinische zorg), forensische psychiatrie, verslavingszorg, GGZ-deel van jeugd- en ouderenhulpverlening. (Bekker & Mens-Verhulst, 2008)

Bron

Bekker & Mens-Verhulst (2008) GGZ en Diversiteit: Prevalentie en Zorgkwaliteit: Programmeringsstudie ‘Etniciteit en gezondheid voor ZonMw. Tilburg: Universiteit van Tilburg.

Bijlage 2 – Interculturalisatiebeleid in de GGZ

Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt er al sinds jaren '80 aandacht besteed aan het verbeteren van de zorg voor allochtonen (Struijs & Wennink, 2000). Toch blijkt het dat de aanpassing van de geestelijke gezondheidszorg aan de etnisch-culturele diversiteit van zorgvragers over het algemeen langzaam verloopt en vaak zelfs stil staat. (Struijs & Wennink, 2000). Struijs en Wennink (2000) hebben in hun onderzoek een goede definitie van 'interculturalisatie in de gezondheidszorg', namelijk: "*Een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg, waarbij het doel is allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers met respect voor hun culturele achtergrond gelijke toegang tot en gelijkwaardige kwaliteit van de zorg te bieden.*" (Struijs & Wennink, 2000, pp. 12).

In de jaren '90 speelde de overheid een rol in het interculturalisatie proces binnen de gezondheidszorg, maar in 2002 verklaarde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dat de overheid geen rol meer zou spelen op dit gebied (Dahhan, 2007). De taak werd neergelegd bij de betrokkenen in het werkveld, zoals de zorgverleners, zorginstellingen, zorgvragers, verzekeraars en lokale overheden. Zij kregen de taak om de aansluiting tussen zorgvraag en -aanbod te verbeteren. Sindsdien zijn er verschillende initiatieven genomen vanuit de betrokken partijen. In 2004 verscheen er een Interculturalisatie actieplan vanuit de GGZ Nederland, de brancheorganisatie voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in Nederland. In dit actieplan die van 2001 tot 2004 plaatsvond werden verschillende projecten uitgevoerd op verschillende beleidsterreinen, namelijk: zorginhoudelijk beleid, cliëntenbeleid, personeelsbeleid (o.a. instroom en doorstroom van medewerkers, deskundigheidsbevordering), kwaliteitsbeleid en het management. Het doel van de projecten binnen dit actieplan was '*de interculturalisatie – het bieden van klantgerichte zorg in een multiculturele samenleving – van de GGZ op een hoger plan te brengen.*' (GGZ Nederland, 2004), pp. 15) Hierbij was het uitgangspunt het verankeren van interculturalisatie in de beleidscyclus.

GGZ-instellingen mogen hun eigen beleid samenstellen. Sommige instellingen hebben een interculturalisatiebeleid, maar in veel GGZ-instellingen is dit nog niet het geval en er wordt verwacht dat het in veel instellingen ook niet gaat komen (GGZ Nederland, 2004; Mikado, 2009). Altrecht is een voorbeeld van een instelling voor geestelijke gezondheidszorg waar interculturalisatie wel in het algemeen beleid is opgenomen (Altrecht jaardocument, 2008).

Bronnen

Altrecht (2008) Jaardocument 2008.

Dahhan N. (2007) Gezondheidszorg & Etnische Diversiteit in Nederland: Naar een betere zorg voor iedereen. *PaceMaker in global health*.

GGZ Nederland (2004) 1000 bloemen bloeien.. Tijd voor de oogst. Een overzicht van het Actieplan Interculturalisatie, 2001-2004. Utrecht: GGZ Nederland.

Mikado (2009) Interculturalisatie voorbij? Retrieved from:
http://www.mikadonet.nl/artikel.php?artikel_id=1261

Struijs A., & Wennink H.J. (2000) *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht/Zoetermeer: Trimbos-instituut en de Raad voor Volksgezondheid en Zorg.

Bijlage 3 – Topiclijst

1. Introductie

- Voorstellen, afstudeeronderzoek, Universiteit Utrecht
- Interview vertrouwelijk en anoniem, informatie niet aan derden
- Akkoord opnemen interview met ‘voice recorder’ voor het uitwerken en transcriberen van de interviews.

2. Algemeen

- Leeftijd
- Opleiding
- Geslacht
- Sinds welk jaar bent/woont u in Nederland?
- Om welke reden(en) bent u naar Nederland gekomen?
- Welke talen beheerst u?

3. Acculturatie

- (introductievraag): U woont nu al een tijdje hier, kunt u vertellen over de verschillen tussen Nederland en China?
→ Verschillen in: Taal, omgangsvormen, economie, onderwijs, zorg, geestelijke gezondheidszorg
- Waar voelt u zich het meest mee verbonden (de Nederlandse cultuur of de Chinese cultuur), en waarom? Hoe uit zich dat?
Ingaand op het land waar u zich minder verbonden mee voelt, waarom voelt u zich hier minder mee verbonden? Wat zijn de redenen?
- In welke mate? Verhouding? Bijvoorbeeld: 80% Nederlands, 20% Chinees
- (Hoe wordt er in uw cultuur gekeken naar geestelijke gezondheidsproblemen?)

4. Nederlands zorgsysteem & barrières

- Bent u wel eens bij de huisarts geweest?
- Bent u wel eens in het ziekenhuis behandeld?
- Bent u wel eens bij de psycholoog of andere specialisten geweest?
→ Zo nee, hoe komt dat dan?
→ Zo ja, hoe verliep het proces?
- Hoe waren de ervaringen bij de (huis)arts?
→ Doorvragen over negatieve ervaringen, hoe dat kwam, welke factoren een rol speelden etc. Hoe kan het beter?
- Had uw arts dezelfde kijk op de ziekte als u? Leg uit.
- Had uw arts kennis van uw culturele achtergrond?
→ Zo ja, hoe uitte zich dat? Hoe was dat voor u?
→ Zo nee, vind u dat nodig?
- Bent u wel eens in China naar een arts geweest? Wat is het verschil tussen die arts(en) en de arts(en) in Nederland?
→ Wat vond u het prettigst? Waarom?
- Wat zijn de verschillen tussen de Chinese en de Nederlandse zorg?
→ Wat vond u het prettigst? Waarom?

5. Schaamtecultuur/gezichtsverlies/collectivisme

- Hoe wordt er in uw cultuur gekeken naar geestelijke gezondheidsproblemen?
- Hoe belangrijk is uw omgeving voor jou?
- Als u beslissingen maakt, doet u dat dan zelf of overlegt u met een familielid/vriend?

- Doorvragen als schaamte/gezichtsverlies ter sprake komt!

6. Verklaringsmodel (Kleinman) → Geestelijk gezond/geestelijk ongezond

- Wanneer is iemand geestelijk ongezond volgens u? Of wanneer is er volgens u sprake van geestelijke gezondheidsproblemen/psychische problemen? (*mental health problems*)
- Wat vind u ervan als een kennis of collega van u met geestelijke gezondheidsproblemen kampt?
- Wat vind u ervan als een familielid of vriend van u met geestelijke gezondheidsproblemen kampt?
- Stel dat u kampt met dit soort problemen, wat zou u dan doen?
→ Naar wie zou je toe gaan? Wat zijn volgens u de oplossingen/mogelijke geneeswijze(s)/behandelmethode(s)? Wat en eventueel wie is daar voor nodig?
- Is deze aanpak in zowel Nederland als China voor u hetzelfde? Waarom?
→ bijvoorbeeld: durft men niet naar dokter/culture druk of onderkenning of wil men wel maar werkt het gezondheidssysteem niet
- Welke opvatting denkt u dat uw dochter/zoon, denk je dat jouw ouders hebben over geestelijke gezondheid/ongezondheid? (Hetzelfde, verschillend, hoe komt dat?)

7. Afsluiting

- Dankwoord, vragen en opmerkingen
- Vragen hoe de respondent het vond, eventueel terugkoppeling na afronding thesis als er behoefte naar is.

Bijlage 4 – Codeboom

