

GGZ Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 05-11-2020 om 12:54. Bekijk de meest actuele versie op
<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diversiteit>

Autorisatiedatum 27-09-2018 Beoordelingsdatum 27-09-2018

Generieke module
Diversiteit

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	4
1.1 Introductie	4
2. Samenvatting	6
2.1 Samenvatting	6
2.1.1 Het onderwerp van de module	6
2.1.2 Patiëntenperspectief	6
2.1.3 Kernelementen van goede zorg	7
2.1.4 Organisatie van zorg	9
3. Inleiding	11
3.1 Algemeen	11
3.2 Doelstelling van de standaard	12
3.3 Doelgroep van deze standaard	18
3.4 Uitgangspunten	21
3.4.1 Algemeen	21
3.4.2 Specifiek	21
3.5 Betrokken organisaties	22
3.6 Leeswijzer	23
4. Patiëntenperspectief	24
4.1 Wensen en ervaringen van patiënten	24
4.2 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	25
4.2.1 Focus van zorg	25
4.2.2 Vorm van zorg	25
4.2.3 Inhoud van zorg	27
4.2.4 Eisen aan zorg	29
5. Zorg rondom diversiteit	31
5.1 Vroege onderkenning en preventie	31
5.2 Diagnostiek	33
5.3 Monitoring	39
5.4 Behandeling en begeleiding	39
5.4.1 Effectiviteit van zorg	39
5.4.2 Optimalisering van behandel-effectiviteit	42
5.4.3 Naar een cultuursensitieve behandeling	47
5.5 Herstel, participatie en re-integratie	51
6. Organisatie van zorg	53
6.1 Betrokken zorgverleners	53
6.2 Samenwerking	53

6.3 Competenties	53
6.4 Kwaliteitsbeleid	57
6.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	58
6.6 Financiering	58
6.6.1 Algemeen	58
6.6.2 Specifiek	58
7. Kwaliteitsindicatoren	59
7.1 Kwaliteitsindicatoren	59
8. Implementatieplan	60
8.1 Kwaliteitsstandaarden	60
8.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden	61
8.2.1 Monitoring van de implementatie	62
8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen	62
8.4 Bestaande afspraken	62
8.5 Algemene implementatie thema's	63
8.5.1 Bewustwording en kennisdeling	63
8.5.2 Samenwerking	64
8.5.3 Capaciteit	65
8.5.4 Behandelaanbod	66
8.5.5 Financiering	66
8.5.6 ICT	67
8.6 Specifieke implementatie thema's	68
8.6.1 Inleiding	68
8.6.2 Bewustwording en kennisdeling	69
8.6.3 Toegankelijkheid van zorg	70
8.6.4 Samenwerking	70
8.6.5 Capaciteit	71
8.6.6 Behandelaanbod	71
8.6.7 Financiering	71
8.6.8 Monitoring en evaluatie	72
9. Achtergronddocumenten	73
9.1 Literatuurverantwoording	73
9.2 Goede voorbeelden	75
9.3 Cultural Formulation Interview (CFI)	88
9.4 Samenstelling werkgroep	90
9.5 Borging en implementatie	92
9.6 Referenties	93

1. Introductie

Autorisatiedatum 05-04-2020 Beoordelingsdatum 05-04-2020

1.1 Introductie

Een zorgprofessional is er voor álle bewoners in de gemeente of regio. Dus ook voor mensen met een andere culturele afkomst. De generieke module Diversiteit helpt professionals en aanbieders om hier rekening mee te houden. En dat is nodig, want patiëntengroepen met een migratieachtergrond:

- hebben vaker last van psychische klachten en aandoeningen;
- hebben minder goede toegang tot zorg;
- en de kwaliteit en effectiviteit van zorg die ze krijgen is minder.

Over culturele diversiteit in de volle breedte

Culturele diversiteit gaat niet alleen over de culturele verschillen tussen migranten en mensen die in Nederland zijn geboren, maar ook tussen stad en platteland, Katwijk en Den Haag of religie-gerelateerde verschillen. De module geeft tips en adviezen die je als zorgverlener helpen om aan te sluiten bij de persoon die voor je zit met een andere culturele achtergrond dan de jouwe. Je vindt een overzicht van geschikte instrumenten en behandelvormen waarmee je jouw culturele en organisatorische competenties kunnen verbeteren. Ook tref je een overzicht van aansluitende en cultureel gevalideerde diagnostische instrumenten en behandelvormen, en brengt de module eventuele blinde vlekken bij cultuursensitiviteit in kaart.



2. Samenvatting

Autorisatiedatum 27-09-2018 Beoordelingsdatum 27-09-2018

2.1 Samenvatting

Van deze generieke module kan je [hier de samenvattingskaart downloaden](#). Deze behandelt de volgende onderwerpen:

1. Het onderwerp van de module
2. Patiëntenperspectief
3. Kernelementen van goede zorg
4. Organisatie van zorg

2.1.1 Het onderwerp van de module

Deze module focust op het omgaan met culturele diversiteit van patiënten met een migratieachtergrond. Dit zijn mensen die zelf een migratieproces doorlopen of van wie de ouders zijn gemigreerd. Aandacht voor culturele diversiteit is vooral van belang bij behandelrelaties waarbij patiënten een culturele achtergrond hebben die verschilt van die van de zorgprofessional, of waarbij kennis over de culturele of migratieachtergrond van belang is om goede zorg te kunnen bieden.

Bij patiëntengroepen met een migratieachtergrond is sprake van:

- hogere prevalentie van psychopathologie;
- geringere toegang tot zorg;
- lagere kwaliteit en effectiviteit van zorg.

Deze module moet bijdragen aan een verbetering van de aansluiting en doeltreffendheid van zorg aan een cultureel diverse patiëntenpopulatie en aan vermindering van etnische verschillen in gebruik en kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg.

Het is van groot belang om hierbij stereotypering te voorkomen. Iemands culturele identiteit wordt niet alleen bepaald door het land van herkomst. Even belangrijk - of belangrijker nog - zijn andere aspecten, zoals religie, sociaal economische status en andere individuele factoren. Mensen kunnen deel uitmaken van verschillende sociale groepen met ieder hun eigen culturele repertoire en daar situationeel gebruik maken (culturele hybriditeit).

Cultuursensitiviteit Cultuursensitiviteit in de zin van respectvolle nieuwsgierigheid naar de beleving, betekenis en context van klachten en problemen, is een voorwaarde om te komen tot een gezamenlijk behandeldoel en inzet voor behandeling.

2.1.2 Patiëntenperspectief

- Zorg voor goede psycho-educatie en uitleg zodat patiënten de weg eerder vinden; een

cultuursensitieve ‘voorkeur’, bijvoorbeeld telefonist of receptionist, is daarbij cruciaal. Gebruik eenvoudige taal bij het verstrekken van informatie voor patiënten die het Nederlands minder beheersen of minder lang naar school zijn geweest.

- Trek waar nodig meer tijd uit voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Houd rekening met mogelijke schaamte. Zorg zoveel mogelijk voor één gezicht; dit is extra belangrijk als het opbouwen van de vertrouwensband veel moeite heeft gekost.
- Zorg dat de patiënt regie kan nemen waar mogelijk. Wijs op de rechten en plichten en geef uitleg over het Nederlandse zorgsysteem. Noodzakelijke informatie over veilige zorg, kwaliteit van zorg en de kosten, dient in toegankelijke taal en waar mogelijk in de eigen taal beschikbaar te zijn.
- Denk aan het betrekken van de familie en andere naasten. Zij vormen vaak een belangrijke steunbron, maar luister goed naar de patiënt. Werken vanuit een systemisch perspectief als het kan, levert veel op, maar niet zonder meer. Houd bij zorg aan jeugdigen rekening met verschillen met ouders wat betreft kennis en opvattingen.
- Benut sleutelpersonen zoals leidende figuren in de gemeenschap of religieuze raadslieden, maar let ook hier goed op: niet altijd is dit een drempelverlager.
- Wees voorzichtig met groepstherapie; het delen van sensitieve onderwerpen ligt gevoelig. Leg goed uit wat het doel en de voordelen zijn van het onderling uitwisselen tussen lotgenoten, juist voor patiënten met een migratieachtergrond.
- Wees proactief in nazorg; dit kan meer nodig zijn dan gemiddeld. Help de patiënt bij het vinden van goede nazorg; probeer een vast contactpersoon te vinden voor nazorg.
- Zorg voor kennisopbouw in de organisatie; door training, uitwisseling, bevragen van patiënten.

2.1.3 Kernelementen van goede zorg

Therapeutische alliantie

- Wees alert op mogelijke verschillen in communicatiestijlen en de gevolgen daarvan binnen behandelingen. Ook non-verbale communicatie is hierbij van groot belang.
- Wees alert op minder reguliere hulpvragen zoals somatische klachten en juridische of arbeidsrechtelijke verzoeken, waarachter psychische problematiek schuil kan gaan.
- Licht cliënten voor over het therapeutisch proces, zoals de doelen van de therapie, de gehanteerde werkwijze, de wederzijdse verwachtingen en vertrouwelijkheid. Stem nadrukkelijk de wederzijdse verwachtingen af.
- Wees je bewust van ervaringen met uitsluiting en discriminatie van minderheidsgroepen en de effecten daarvan op het opbouwen van de behandelrelatie.

Intake

- Neem het Cultural Formulation Interview (CFI) af als integraal onderdeel van de intake. Zo komen bestaande ideeën over geestelijke gezondheid en de behandeling daarvan aan bod. Sommige patiënten zullen bepaalde opvattingen hebben die een adequate opbouw van de werkrelatie kunnen belemmeren (angst voor gek te worden versleten en schaamte de vuile was te moeten buiten hangen).
- Inventariseer verwachtingen en hulpvragen, en betrek zo mogelijk naasten hierbij.
- Neem zo nodig een geweld- of trauma-anamnese af.
- Vergaar zo nodig aanvullende gegevens over (binding met / bezorgdheid over) systeemleden in het herkomstland (genogram, ecogram) via een ‘migratieanamnese’.

Migratieanamnese

- Kijk naar het verleden (waar komt iemand vandaan), de reden van migratie, het migratieproces (inclusief statusverandering), migrantenbestaan, verblijfsvergunning en de integratiegeschiedenis. Vraag naar financiële (bijv. financiële verplichtingen familie, onvolledig opgebouwde AOW), juridische, werkgerelateerde en huisvestingsproblemen, relatie-, gezins-, en familieverbanden, en de rol van religie.
- Overweeg hiervoor gebruik te maken van de aanvullende CFI-module of het model van Limburg-Okken en Sidali (2010).
- Wees je bewust van migratiegeneraties en eventueel gedeelde koloniale geschiedenis.
- Wees je bewust dat mensen deel uit (kunnen) maken van verschillende sociale groepen met ieder hun eigen culturele repertoire en zij daar situationeel gebruik van (kunnen) maken (culturele hybriditeit).
- Wees je bewust dat acculturatie meerdere uitkomsten kan hebben en geen lineair proces is.
- Wees je bewust van de effecten van migratie en culturele transformatie op de relatie tussen generaties en tussen leden van het systeem.

Diagnostiek

Heb aandacht voor bijzonderheden bij testdiagnostiek en maak gebruik van de vuistregels in de interculturele psychodiagnostiek:

- Sensitiviteit voor problemen van validiteit en vertekening in interculturele diagnostiek en kennis van de relevante literatuur zijn belangrijker dan de keuze voor een standaardaanpak.
- Er zijn tests die bruikbaar zijn en tests die minder bruikbaar zijn in interculturele diagnostiek. Er zijn geen cultuurvrije tests.
- Het afnemen van een psychologische test bij een patiënt met een migratieachtergrond stelt eisen aan zowel het instrument, de diagnosticus als de patiënt.
- Men dient rekening te houden met bronnen van vertekening bij interculturele diagnostiek.
- De kwaliteit van interculturele diagnostiek wordt sterk bepaald door het vermogen van de diagnosticus hoe om te gaan met problemen als gevolg van de beperkte bruikbaarheid van tests.
- Het getuigt van professionaliteit om in de rapportage naar de patiënt duidelijk te maken hoe met de culturele achtergrond van de patiënt rekening gehouden is.

Verdieping contact

- Handel vanuit een herstelgericht perspectief.
- Geef (zo nodig cultureel aangepaste) psycho-educatie, leer copingvaardigheden en benadruk actief de gezonde kant – zorg voor empowerment van de patiënt.
- Respecteer het verklaringsmodel van de patiënt maar benadruk ook de eigen verantwoordelijkheid.
- Realiseer je bijvoorbeeld dat het hier niet alleen om bovennatuurlijke interpretaties en verklaringen gaat, maar om alle interpretaties en verklaringen die afwijken van de gangbare in de behandelsetting of waarop de behandeling is gebaseerd. Dit is deels ook via het CFI te achterhalen.
- Motiveren, barrières verlagen, het regelen van praktische primaire zaken (zoals bemiddeling bij problemen met de werkgever) en het inschakelen van derden, en vooral uitvragen en doorvragen zijn bepalende factoren voor het slagen van de behandeling. Handel vanzelfsprekend in lijn met de beroepsethische code (die staat bijvoorbeeld niet toe dat rollen worden gemengd; je moet neutraal en

objectief blijven).

- Stimuleer terugkrijgen/verwerven eigenaarschap over problemen, hierdoor krijgt de patiënt meer controle en grip op het eigen leven. Bespreek deze positieve kenmerken niet alleen in individuele termen maar ook in termen van familie, omgeving. Bespreek hoe men zelfregie kan vergroten en veerkracht kan gebruiken.

Interventies

- Neem het CFI af.
- Behandel indien mogelijk conform evidence based richtlijnen, maar vergewis je van de bruikbaarheid c.q. noodzakelijke culturele aanpassingen om de effectiviteit voor de betreffende patiënt te borgen.
- Werk systemisch. Dit behelst meer dan een familielid bij de gesprekken aanwezig laten zijn, het betekent de patiënt steeds als onderdeel van een interactief systeem te zien. Belangrijke aandachtspunten zijn bijvoorbeeld te realiseren dat grootfamilies belangrijk zijn, alsook tradities en rituelen (kracht- en stressbronnen). Denk ook aan sociale verplichtingen (trouwen, geld sturen, bij begrafenissen aanwezig zijn). Navraag hiernaar doen en dit laten uitleggen en laten nadenken over alternatieve mogelijkheden om verplichtingen na te kunnen komen, huisbezoeken doen of een contactpersoon namens het systeem inzetten zijn voorbeelden van concrete interventies om meer systemisch te werken.

2.1.4 Organisatie van zorg

Algemene voorwaarden voor cultureel sensitieve zorg

- Cultureel divers samengestelde teams (om het oplossend vermogen van het team te vergroten en de 'herkenbaarheid' voor patiënten te vergroten).
- Inbedding van aandacht voor culturele en etnische diversiteit in de hardware van de organisatie (protocollen, werkinstructies, EPD).
- Inzet van de organisatie om het culturele bewustzijn van medewerkers te bevorderen.
- Scholingsbeleid en –mogelijkheden om culturele competenties te verwerven (via training).
- Onderzoek naar (verschillen in) toegankelijkheid en effectiviteit van zorg.
- Herkenbare en veilige behandelomgeving voor een cultureel-diverse patiëntenpopulatie.
- Beschikbaarheid van cruciale patiëntinformatie in meerdere talen.
- Cultureel sensitieve en etnisch diverse behandelondersteunende medewerkers.

Toegankelijkheid

- Een eerste contact met de zorgaanbieder via cultureel sensitieve medewerkers zorgt voor een goede start van het zorgproces.
- De inrichting van de wachtkamer kan ook diversiteit uitstralen; daarbij past voorlichtingsmateriaal gericht op andere taalgroepen.

Tolkgebruik

- Volg de 'Kwaliteitsnorm tolkgebruik anderstaligen in de zorg' die helpt een keuze te maken tussen een informele of professionele tolk; in de ggz zal deze laatste meestal nodig zijn.
- Maak gebruik van professionele geregistreerde tolken via erkende tolkinstituten. Regel wanneer

nodig een tolk via een officiële tolk- en vertaalinstelling

3. Inleiding

Autorisatiedatum 27-09-2018 Beoordelingsdatum 27-09-2018

3.1 Algemeen

Deze generieke module richt zich op het omgaan met diversiteit in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Diversiteit verwijst naar aspecten waarop mensen kunnen verschillen, bijvoorbeeld sekse, leeftijd, opleidingsniveau, sociaaleconomische status, religieuze affiliatie, genderidentiteit, fysieke kenmerken, levensovertuiging en etniciteit. Deze module focust op het omgaan met culturele diversiteit.

het omgaan met culturele diversiteit.: Het is ondoenlijk in één generieke module alle diversiteitsaspecten recht te doen. Wel zijn sommige aanwijzingen ook relevant voor de omgang met andere diversiteitsaspecten. Dit betreft de intersectionaliteit of het kruispuntperspectief, die dit wel poogt te doen, zie Bekker e.a., 2005.

Aandacht hiervoor is vooral van belang bij behandelrelaties waarbij patiënten een culturele achtergrond hebben die verschilt van die van de zorgprofessional (en vice versa), of waarbij kennis over de culturele of migratieachtergrond- en allerlei zaken die daarmee kunnen samenhangen - van belang is om goede zorg te kunnen bieden.

In het tot stand brengen en ontwikkelen van een succesvolle behandelrelatie met patiënten met een migratieachtergrond (mensen die zelf zijn gemigreerd of van wie (een van) de ouders is/zijn gemigreerd) kunnen de volgende zaken van belang zijn:

Bron: o.a. Bellaart, 2016; Rohlof & Beijers, 2012

- Patiënten of hun systeem (ouders, partners, andere gezins- of familieleden) kunnen een visie hebben op geestelijke gezondheid of op de zorg, die van invloed kan zijn op de wijze waarop zij benaderd of behandeld willen of moeten worden om effectieve zorg te kunnen realiseren. Bijvoorbeeld: weinig kennis over geestelijke gezondheidsproblemen of -zorg; een cultureel gekleurde opvatting over de problematiek die zij ervaren; een beperkt vertrouwen in of gevoelde afstand tot een van oorsprong Nederlandse zorgprofessional of instelling.
- Communicatie kan extra aandacht vragen, niet alleen vanwege taboes of specifieke problemen, maar ook vanwege een beperkte beheersing van het Nederlands, laaggeletterdheid of een laag opleidingsniveau.
- Factoren die te maken hebben met migratie (zoals onzekerheid over verblijfsstatus of het

gescheiden leven van partner en kinderen), identiteit, minderheidspositie (bijvoorbeeld discriminatie) of leefomstandigheden (zoals een lage sociaal economische positie), kunnen specifieke aandacht behoeven en mede verklarend zijn voor problemen van patiënten.

- Bij behandeling moet de zorgverlener zich realiseren dat veel patiënten (of hun naasten) sterk verbonden zijn met de familie en hun gemeenschap. Het systeem rond de patiënt kan een bron van steun vormen, maar voor de patiënt en de behandelrelatie ook problemen opleveren.

3.2 Doelstelling van de standaard

Achtergrond van deze module

De effectiviteit van de huidige behandelvormen in de ggz voor patiëntengroepen met een migratieachtergrond is in het algemeen geringer dan voor van oorsprong Nederlandse patiënten.

Bron: e.g., Blom e.a., 2010

Dit leiden we af uit de volgende gegevens:

1. Hogere prevalentie van psychopathologie

De prevalentie van psychische stoornissen of problematiek bij mensen met een migratieachtergrond ligt in het algemeen hoger dan bij mensen zonder deze achtergrond. Dit geldt voor zowel jeugdigen als volwassenen in Nederland, en is ook op Europees niveau vastgesteld.

Bron: e.g., De Haan, 2014; Gezondheidsraad, 2012; Verhulp, 2014; De Wit e.a., 2008; Lindert, Von Ehrenstein, Priebe, Mielck & Brähler, 2009; Missine & Bracke, 2012; Priebe e.a., 2011; Tarricone e.a., 2012

Het is echter belangrijk om te vermelden dat het hier om gemiddelden gaat. Er is substantiële variëteit tussen en ook binnen herkomstgroepen in prevalentie van problematiek. Bijvoorbeeld: bij Marokkaans-Nederlandse jeugdigen worden relatief veel gedragsproblemen vastgesteld, bij Turks-Nederlandse jeugdigen relatief veel emotionele problematiek en bij Antilliaans-Nederlandse jeugdigen komen beide typen problematiek meer voor dan in andere subgroepen.

Bron: Gezondheidsraad, 2012

Van Turks-Nederlandse en Hindoestaans-Nederlandse meisjes is bekend dat zij relatief veel psychische problematiek ervaren, die vaak samenhangt met problemen in de relatie met ouders en het vinden van hun weg in de verschillende werelden waarin zij verkeren.

Bron: Bellaart, Dongen Van, & Wrobleska, 2017; Bergen Van, e.a., 2008; 2010

In andere herkomstgroepen en bij jongens geldt dit weer niet.

Ook blijkt een lage sociaaleconomische status een belangrijke factor die bij kan dragen aan ontwikkeling en in stand houding van psychische problematiek.

Bron: e.g., Adriaanse, Veling, Doreleijers & van Domburgh, 2014

Vluchtelingen en asielzoekers verkeren vaak in een extra risicovolle situatie. Bij deze groep spelen vele factoren een rol: mogelijke traumatisering voor, tijdens en na de vlucht; bestaansonzekerheid en onzekerheid over lot van familieleden; ongunstige leefomstandigheden (zoals langdurige onzekerheid door procedure, stressvol verblijf in AZC's, jarenlang geen zinvolle dagbesteding mogen vervullen, vele overplaatsingen); en maatschappelijke uitsluiting en negatieve stereotypering. Al deze factoren kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van psychopathologie.

Bron: Fazel e.a., 2005; Li e.a., 2016; Steel e.a., 2009; Turrini e.a., 2017; Van Schie & Van den Muijsenbergh, 2017

Daarbij is bijzondere aandacht voor de afhankelijke positie van kinderen van belang.

2. Geringere toegang tot zorg

De weg naar adequate hulpverlening vinden individuen en gezinnen met migratieachtergrond gemiddeld minder goed. Onder meer door taalbarrières en een gebrekkige bekendheid met het bestaan van, en de routes binnen, de reguliere zorg.

Bron: e.g., Bean, 2006; Fassaert e.a., 2009; Lui e.a., 2015

Zo is de scheiding tussen ggz en maatschappelijk werk voor patiënten niet altijd duidelijk, kunnen verwachtingen van de zorg hoger zijn dan wat de ggz daadwerkelijk kan bieden, en kan onbekendheid bestaan met de manier waarop klachten worden geïnterpreteerd en/of geclassificeerd.

Verder kan stigmatisering een rol spelen. Negatieve beeldvorming, uitsluiting en discriminatie kunnen leiden tot een zekere terughoudendheid om over klachten te spreken of zich tot een psycholoog of psychiater te wenden.

Bron: Bellaart, 2016

Zie hiervoor ook de [generieke module Destigmatisering](#). Ook kunnen percepties van problemen verschillen. Onderzoek wijst er bijvoorbeeld op dat Marokkaans- en Turks-Nederlandse moeders bepaald gedrag van hun kinderen als minder problematisch en minder belastend percipieerden dan moeders met een van oorsprong Nederlandse achtergrond.

Bron: Leijten en collega's (2016)

Veel variatie tussen en binnen groepen

Niet altijd wordt verschil in toegang tot zorg tussen herkomstgroepen gerapporteerd. Volwassen Surinaams-, Antilliaans-, Turks- en Marokkaans-Nederlanders vinden de weg tegenwoordig beter dan twee decennia geleden. Bij vluchtelingen/asielzoekers en de tweede generatie mensen met een migratieachtergrond is dat minder het geval.

Bron: e.g., Klaufus e.a., 2014; Schrier e.a., 2005

Jeugdigen uit diverse herkomstgroepen worden veel minder vaak bereikt door de jeugd-ggz.

Bron: Boon, De Haan, De Boer 2010

Evenals bij de prevalentie is er variatie is tussen en binnen herkomstgroepen. Zo zijn er grote verschillen in bereik

grote verschillen in bereik: Boon, De Haan en De Boer 2010, De Haan, 2014, Gilsing en collega's bevestigden in 2015 de variatie naar herkomst in bereik evenals het gemiddeld minder goede bereik van patiënten met een migratieachtergrond voor de jeugd-GGz.

naar sekse en herkomst en worden jonge kinderen minder goed bereikt dan adolescenten.

Overigens consulteren steeds meer patiënten met een migratieachtergrond de huisarts bij psychisch onwelbevinden. In sommige regio's in Nederland is bij bepaalde herkomstgroepen zelfs sprake van een oververtegenwoordiging. De huisartsen verwijzen patiënten met een migratieachtergrond

ongeveer even vaak door naar ambulante ggz als patiënten met een van oorsprong Nederlandse achtergrond. Op het niveau van de intramurale ggz zien we verschillende patronen. Meest opvallend is dat Antilliaans-Nederlandse, Marokkaans-Nederlandse en Surinaams-Nederlandse mannen hier meer vertegenwoordigd zijn (en vaker vanwege verplichte opname). Relevant is dat er nog altijd lang niet overal betrouwbare cijfers beschikbaar zijn over bereik.

Bron: zie De Jong, 2010

In [Zorg rondom diversiteit](#) gaan we verder in op de mogelijke redenen van onderbereik, zoals het feit dat de ingangsklacht van patiënten met een migratieachtergrond vaak somatisch is en er minder duidelijk een onderscheid is tussen somatische en psychische klachten bij sommige herkomstgroepen.

Bron: Bekker & Schepman, 2009

3. Minder kwaliteit en effectiviteit van zorg

Er zijn diverse aanwijzingen dat de kwaliteit van zorg minder goed is voor patiënten met een migratieachtergrond. Professionals kunnen het contact met deze patiënten (of hun ouders/verzorgers) als complex ervaren. Een belangrijk obstakel vormt het ontbreken van een gedeelde visie op problematiek en behandeling tussen patiënt en zorgprofessional. Hierdoor kan de werkwetenschap lastig tot stand komen en moeizaam blijven, en kan de mate van committeren aan de behandeling suboptimaal zijn. Belangrijk knelpunt in het behandelcontact is ook gebrek aan kennis bij de zorgprofessional over de omgang met patiënten met andere culturele repertoires. Bovendien kan het klinisch oordeel vertroebeld worden door stereotyperend denken of problematische communicatie door taalbarrières of gebrek aan ervaring in het werken met tolken.

Bron: Lindert e.a., 2008; Schraufnagel e.a., 2006; Tiemeier e.a., 2002; Yeo, 2004

Ook betrekken zorgprofessionals aspecten die relevant zijn voor patiënten uit andere herkomstgroepen doorgaans (te) weinig bij de behandeling. Voorbeelden hiervan zijn: de invloed van de (gedwongen) migratie en de context van het leven met een migratieachtergrond (zelf ervaren of opgevoed door gemigreerde ouders; inclusief de eventuele acculturatievereisten) en het verkeren in een positie als etnische minderheid met vaak een geringe sociaaleconomische draagkracht.

Bron: zie bijv. Van Bakkum e.a., 2010

Daarnaast is de effectiviteit van de zorg gemiddeld minder bij patiënten met een migratieachtergrond dan bij patiënten met een van oorsprong Nederlandse achtergrond. No-show en drop-out zijn onder patiënten met een migratieachtergrond veelal hoger dan onder andere groepen. Volwassenen, jeugdigen en (jonge) kinderen uit groepen met een migratieachtergrond profiteren zo minder van het zorgaanbod dan mensen zonder deze achtergrond.

Bron: e.g., Bedevaart e.a., 2014; Blom e.a., 2010; De Haan, 2014; De Haan e.a., 2013; De Jong & Colijn, 2010; Knipscheer, Mooren & Kurt, 2017; Verhulp, 2014 – zie ook culturele addenda bij de Multidisciplinaire richtlijnen voor depressie (Intercultureel addendum depressie, 2012), angst (Commissie intercultureel addendum angststoornissen, 2008) en schizofrenie (Veen e.a., 2015)

Consequenties

Niet alle groepen worden dus even goed bereikt waardoor problemen hoog oplopen (zie ook [Zorg rondom diversiteit](#)). Als patiënten wel worden bereikt, sluiten behandelingen onvoldoende aan bij de belevingswereld van de patiënt waardoor (behandel)doelen niet worden gerealiseerd en de lijdensdruk blijft bestaan. Deze situatie heeft substantieel nadelige consequenties. Zo kan de zorgprofessional ervaren dat inspanningen vruchteloos blijven, wat een lagere motivatie voor behandelinzet tot gevolg heeft. Voor de zorginstelling betekent de late zorg-instroom en de relatief hoge no-show en drop-out van patiënten met een migratieachtergrond vaak dat veel kosten worden gemaakt, aangezien slechts per behandelcontact gedeclareerd kan worden bij verzekeraars. Daarnaast staat blijvende problematiek een volwaardig sociaal en beroepsmatig functioneren van de patiënt in de weg, met significante economische gevolgen. Bij volwassenen kan het gaan om afname van arbeidsproductiviteit, wat kosten met zich meebrengt voor werkgevers, en een verhoogde consumptie van gezondheidszorg. Bij kinderen en jeugdigen kan niet op tijd herkende en onvoldoende behandelde psychische problematiek leiden tot allerlei andere problemen,

allerlei andere problemen,: Zie hiervoor het 'Investing in children Report'.
[Meer informatie](#)

zoals problemen in de schoolloopbaan en in de relatie met leeftijdgenoten of ouders. Gevolg van dit alles is onder meer een gebrekkige doorstroom en hoge kosten van geestelijke gezondheidszorg.

Bron: Kleber & Van der Velden, 2009

Doelstelling

Hoewel er inmiddels de nodige kennis en kunde is om bovenstaande situatie te verbeteren, worden

inzichten, instrumenten en specifieke interventies nog onvoldoende toegepast in de praktijk van de ggz.

Bron: Mak, J., Distelbrink, M., & Wachter, G. (2016). Inventarisatie diversiteit in de GGz. Verslag van een enquête onder GGz-professionals. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut

Deze module moet bijdragen aan optimalisering van aansluiting en doeltreffendheid van zorg aan een cultureel diverse patiëntenpopulatie en tot vermindering van verschillen in gebruik en kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg. De kennis die in deze module is gebundeld is toepasbaar op alle typen zorgvragen in alle fases van de zorgketen – van preventie tot en met complexe topklinische behandelingen. De module draagt bij aan de overkoepelende doelstelling om de effectiviteit van de zorg voor personen met een migratieachtergrond te verbeteren. Het betreft hier mensen die zelf een migratieproces doorlopen of van wie de ouders zijn gemigreerd. Door bestaande kennis te bundelen en overzichtelijk aan te bieden, kan de beschikbare kennis beter worden benut en toegepast, zowel door huisartsen, professionals in het preventieve veld als specialisten in de ggz. Om bij te dragen aan dit doel is deze module tot stand gekomen

tot stand gekomen: Overigens, deze werkwijze is niet voldoende om verandering te garanderen. Voor toepassing van de module wordt een implementatieplan gemaakt. Daarbij is het volgende nog van belang. Diversiteit dient nadrukkelijk een plaats te krijgen binnen alle zorgstandaarden, om daarmee de benodigde kruisbestuiving te realiseren; de implementatie van het gedachtengoed van de module wordt immers pas effectief als die goed is ingeweven in elke andere standaard. Hoe dat is te realiseren, en wat er feitelijk zou moeten gebeuren (en wat het effect is als dit niet gebeurt), wordt onderdeel van het implementatieplan dat volgt op deze module (zie ook achtergronddocument Borging en implementatie).

[Meer informatie](#)

met hulp van een breed samengestelde werkgroep van deskundigen uit de sector en een klankbordgroep die de stem van de patiënten zelf liet horen.

Aandachtspunten zoals door de klankbordgroep genoemd, vermeld in [Patiëntenperspectief](#), bepaalden mede de aanbevelingen zoals geformuleerd in [Zorg rondom diversiteit](#) en [Organisatie van zorg rondom diversiteit](#).

Als ons doel wordt bereikt, verwachten we de volgende resultaten:

1. op het niveau van de individuele patiënt: afname in ziektelast en verbetering van de kwaliteit van zijn of haar leven en die van zijn/haar gezin/familie;
2. op het niveau van de zorginstelling: lagere no-show en drop-out, verhoging van de motivatie van zorgprofessionals en verbetering van de effectiviteit van interventies;
3. op het niveau van de gezondheidszorg: beter bereik en grotere toegankelijkheid, minder

- terugval, en snellere doorstroom;
4. op het niveau van de maatschappij: eerder in zorg (via vroegdetectie en preventie) en meer bestendig herstel.

3.3 Doelgroep van deze standaard

De module wil bijdragen aan het beter bereiken en bedienen van patiënten met een migratieachtergrond. Dit kan alleen gebeuren als de sector zelf – dat wil zeggen behandelaars en management van de instellingen – zijn handelen meer afstemt op culturele diversiteit, op maatwerk voor iedere patiënt. Cultuursensitieve zorg is relevant voor alle behandelrelaties waarin culturele verschillen een rol spelen. Dat reikt verder dan alleen patiënten met een migratieachtergrond. Zorgprofessionals zijn daarom een belangrijke doelgroep van deze module: zij zijn degenen die we willen bereiken met kennis en inzichten om beter aan te sluiten. Hieronder lichten we dit standpunt toe. Het lezen van de visie

visie: Deze paragraaf bevat de visie die van belang is om goede cultuursensitieve en effectieve ondersteuning te bieden aan alle patiënten, ongeacht hun herkomst. De visie is tot stand gekomen in nauw overleg met de werkgroep die voor het ontwikkelen van deze module is opgericht (zie achtergronddocument Samenstelling werkgroep).

[Meer informatie](#)

die daar beschreven staat helpt bij het begrijpen van de crux van het omgaan met culturele diversiteit en het verbeteren van de zorg voor patiënten met een migratieachtergrond.

Visie op omgaan met culturele diversiteit

Bij de term culturele diversiteit denkt men in het algemeen aan al 'buitenlanders', 'vreemdelingen', 'allochtonen', 'migranten', 'etnische minderheden', 'vluchtelingen'. Kortom: om te verwijzen naar groepen mensen met een migratieverleden en hun kinderen, die mogelijk als 'anders' ervaren worden door de dominante meerderheid van de Nederlandse bevolking. Vaker nog verwijst culturele diversiteit naar een specifiek deel van deze populatie, bijvoorbeeld naar Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders, en naar vluchtelingen en asielzoekers. De neiging om bij het spreken over culturele diversiteit te focussen op bepaalde groepen mensen, kan ongewild bijdragen aan ongewenste generalisering en stereotypering:

1. Ten eerste de gedachte dat culturele diversiteit alleen, of vooral, een zaak is van mensen met een migratieachtergrond en hun kinderen.
2. Ten tweede dat het land van geboorte van een persoon of diens ouders, bepalend is voor zijn of haar cultuur, waardoor herkomst een synoniem wordt van cultuur, en cultuur een zaak is van 'toen en daar' (het land van herkomst, ten tijde van voor de migratie).
3. Ten derde dat cultuur min of meer onveranderd wordt doorgegeven door ouders aan kinderen en niet beïnvloed wordt door de migratie en het leven daarna in een andere maatschappelijke context.
4. Ten vierde dat cultuur van een groep met dezelfde herkomst min of meer homogeen is.

Deze generalisering en stereotypering van diverse herkomstgroepen versterken het 'wij-zij denken', het idee van een fundamentele dichotomie tussen gevestigden en nieuwkomers. Naast deze 'allochtonisering' of 'racializing' van de ander, is een ander gevolg dat bepaalde problemen in de gezondheidszorg ten onrechte worden toegeschreven aan het 'anders-zijn' van deze groep, met taalbarrières en culturele verschillen. Dit bevordert het impliciete profiel van de 'migrant als een probleem-patiënt'. De migrant verschijnt immers pas in beeld als de reguliere werkwijze stopt, en met de algemene term migrant (of welke andere term dan ook) wordt dit falen getransformeerd naar een collectief kenmerk van een ongedifferentieerde groep.

Aandacht voor variatie binnen groepen

Voor goede zorg aan alle patiënten, ongeacht hun culturele achtergrond en ongeacht wie zij als zorgprofessional tegenover zich krijgen, is het van belang aan te sluiten bij gedachtenvorming in de transculturele psychiatrie en psychologie en in de medische antropologie. Centraal uitgangspunt in dit gedachtegoed is dat er in de praktijk sprake is van hyperdiversiteit (de co-existentie van en interactie tussen een groot aantal herkomstgroepen in één gebied) en culturele hybriditeit (het hanteren van meerdere culturele repertoires door sociale groepen en individuen). Ofwel: er is veel diversiteit en mensen zijn niet eenduidig te typeren door hun lidmaatschap van een specifieke herkomstgroep. Er is sprake van meerdere sociale deelidentiteiten die samen maken hoe een persoon handelt en denkt. Hoe individuen denken en handelen wordt niet alleen afgeleid uit de 'cultuur van de groep', maar is gerelateerd aan hun specifieke lokale wereld (o.a. andere kenmerken zoals gender, seksuele oriëntatie etc. – en hoe daarop wordt gereageerd). 'Recepten' over hoe om te gaan met een specifieke groep patiënten zijn daarom ook niet te geven.

Niet kenmerken van de patiënt, maar van de interactie met de hulpverlener bepalen goede zorg

Een ander relevant aspect is dat niet zozeer de kenmerken van de patiënt relevant zijn voor goede zorg, maar vooral de kenmerken van de relatie of interactie met de zorgprofessional.

Bron: Safran & Muran, 2000

In de gezondheidszorg worden professionals geconfronteerd met patiënten (of hun ouders/verzorgers)

patiënten (of hun ouders/verzorgers): Waar wij in deze paragraaf spreken van patiënt, doelen wij in het geval van kind en jeugd op 'de patiënt of diens ouder(s)/verzorger(s)'.

die 'cultureel anders' zijn. Hiermee wordt bedoeld dat hun wereldbeeld, opvattingen en gedrag maar ten dele overeenstemmen met het wereldbeeld en de opvattingen die de professional in zijn of haar opvoeding en opleiding heeft meegekregen, en die in de medische cultuur van de gezondheidszorg gangbaar zijn. De ontmoeting tussen patiënt en zorgprofessional is een ontmoeting tussen twee

unieke mensen, ieder met een eigen 'wereldbeeld'. Om de hulpvraag van de patiënt te begrijpen en er goed bij aan te kunnen sluiten, is het noodzakelijk om de mogelijke verschillen in wereldbeeld (die overigens groter of kleiner kunnen zijn) effectief te overbruggen. Deze noodzaak doet zich voor in alle situaties, waarin de zorgprofessionals en/of patiënten niet bekend zijn met de sociale wereld van de ander en cultureel-bepaalde gebruiken en gedragingen. Zo zal het voor een zorgprofessional moeilijker zijn om de belevingswereld van patiënten te doorgronden die tot een andere sociale (sub)groep behoren of in een andere context leven dan hij/zij zelf. Dit kan het geval zijn bij patiënten met een migratieachtergrond, maar ook bij patiënten met een andere geloofsovertuiging, seksuele oriëntatie of leefomgeving.

Culturele diversiteit is dus een van de aspecten die daarbij relevant kunnen zijn, tot uiting komend in bijvoorbeeld verschillen in opvattingen tussen patiënten en professionals over de aard van de klachten, de wijze van presenteren en verklaren ervan en over het (toe)gepaste hulpzoekgedrag (zie ook [Inleiding algemeen](#)). Wanneer er niet adequaat mee om wordt gegaan, kunnen dergelijke verschillen een belemmering vormen voor het tot stand komen van een gedeelde visie, een essentieel onderdeel van een effectieve therapeutische relatie. Deze gedeelde visie maakt het mogelijk samen (behandel)doelen te formuleren.

Hoe culturele diversiteit zich uit in de relatie met een patiënt is in elk geval anders. De module neemt als uitgangspunt niet groepen of doelgroepen maar het individu (of gezin, in het geval van kinderen of jongeren) binnen zijn of haar wijdere omgeving. De wijze waarop dit individu (of het gezin/familie) klachten of problemen én de relatie met de zorgprofessional ervaart, dient te worden begrepen binnen de specifieke sociale context (ofwel de lokale wereld van de patiënt). De verhouding tot de professional en het systeem dat deze vertegenwoordigt, is daarvan onderdeel. De klachten en problemen van de patiënt krijgen pas betekenis als ze gezien worden in, en gerelateerd worden aan, de specifieke sociale context van de patiënt en van de behandeling van zijn klachten; daarbij verschuift de focus van probleempatiënten naar een problematische therapeutische relatie.

Doel van de module is handvatten te bieden voor de totstandkoming van een adequate behandelrelatie in geval van culturele incongruentie tussen zorgprofessional en patiënt: een behandelrelatie waarbij de professional rekening houdt met de culturele en sociale achtergrond van patiënten – zeker als deze anders is dan die van de zorgprofessional en zeker als de patiënt tot een minderheidsgroep behoort in de maatschappij – zonder uit te gaan van 'recepten'. De culturele achtergrond is daarbij één van de aspecten die bepaalt hoe een patiënt zijn of haar klachten of problemen formuleert en ervaart en hoe hij/zij de behandelrelatie ervaart. Het gaat dus om een benadering tussen de uitersten 'de culturele dimensie is relevant in de behandeling' én 'elke patiënt is uniek'. Met andere woorden: hoe leveren we een op het individu toegesneden behandeling zonder het deel uit maken van een culturele groep en maatschappelijke context te veronachtzamen. De module biedt aanknopingspunten voor het leveren van dergelijk maatwerk. Veel elementen van cultuursensitief (be)handelen zijn immers van belang voor alle patiënten.

Terminologie

Als wij in deze module refereren aan herkomstgroepen, zullen wij verzameltermen zoveel mogelijk vermijden, al zullen we soms de term 'patiënten met een migratieachtergrond' of 'patiënten uit minderheidsgroepen' gebruiken als verzamelterm. We spreken zoveel mogelijk over het aansluiten bij patiënten met een specifieke herkomst. We benoemen waar relevant verschillen tussen groepen

patiënten die gerelateerd zijn aan de positie als migrant of aan bepaalde culturele achtergronden, waar zorgprofessionals mee te maken kunnen krijgen. We benadrukken de relatie met de maatschappelijke context door te spreken van 'Turkse Nederlanders', 'Marokkaans-Nederlandse jeugdigen' et cetera, daar waar differentiatie nodig is. Of we refereren aan Nederlanders met een Turkse achtergrond, patiënten met een Nederlandse achtergrond en dergelijke. We sluiten hiermee aan bij terminologie zoals die op dit moment gebruikelijk is.

We besteden waar relevant aandacht aan differentiatie binnen herkomstgroepen naar etnische herkomst, of aan differentiatie naar sociaaleconomische status of sekse. Waar we spreken over het rekening houden in het werk met aspecten die te maken hebben met de aanwezigheid van personen met een migratieachtergrond in Nederland, zullen we zoveel mogelijk refereren aan de term culturele diversiteit. Ondanks onze brede conceptualisatie van culturele diversiteit is veel wetenschappelijke evidentie vooral verkregen door onderzoek bij patiënten met een specifieke herkomst, zoals in de voorgaande paragraaf al naar voren kwam. Daarom zullen we soms toch uitspraken doen over (sub)groepen.

3.4 Uitgangspunten

3.4.1 Algemeen

Een generieke module beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

3.4.2 Specifiek

Deze module kent een aantal uitgangspunten. In de paragraaf [Doelgroep](#) zijn de uitgangspunten voor deze module (de manier waarop culturele diversiteit is gedefinieerd) al grotendeels geschetst. Een tweede belangrijke invalshoek is die van de eigen regie. We bezien steeds – vanuit de rechten van de patiënt – hoe de zorg zo ingericht kan worden dat de probleemdefinitie van de patiënt goed naar voren komt en de patiënt zo goed mogelijk geïnformeerd is om mee te kunnen beslissen over de behandeling; voor zover dat mogelijk is. Herstelgerichte zorg vormt daarbij het uitgangspunt (zie: [generieke module Herstelondersteuning](#)). Overigens is de module gericht op de ggz in brede zin. Echter niet alle (organisatie) aanbevelingen zijn uitvoerbaar in bijvoorbeeld een huisartsenpraktijk of vrijevestigde praktijk.

Bronnen

Hier gaan we nog kort in op de bronnen voor deze module. De inhoud van deze generieke module beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren. Deze module sluit aan bij, en bouwt voort op, de bevindingen en inzichten van een groot aantal onderzoeksprojecten, beleidsaanbevelingen en initiatieven binnen de ggz gericht op optimalisering van de zorg voor volwassen en jeugdige patiënten uit diverse herkomstgroepen.

De [literatuurverantwoording](#) schetst de wijze van includeren van literatuur op de diverse niveaus: een verantwoording voor de keuze voor literatuur (waarom bepaalde literatuur wel, en andere niet is meegenomen) en een beschrijving van de gevolgde systematiek om literatuur te zoeken. Voor deze module is ook een online enquête gehouden onder ruim vijftig zorgprofessionals en zijn interviews afgenomen.

Bron: Mak, Distelbrink & Wachter, 2016

De resultaten zijn in de tekst verwerkt.

Voor het perspectief van de patiënt is een klankbordgroep ingericht. De aandachtspunten vanuit dit perspectief zijn gebundeld in [Patiëntenperspectief](#) en verwerkt in de aanbevelingen van deze module.

3.5 Betrokken organisaties

De projectgroep die de module voor een belangrijk deel heeft geschreven bestaat uit Arq Psychotrauma Expert Groep (een groep organisaties met expertise op het gebied van schokkende gebeurtenissen en psychotraumatologie voor individu, organisatie en samenleving), het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (een landelijke netwerkorganisatie die kennis over de jeugd-ggz verzamelt en deelt) en het Verwey-Jonker Instituut (een kennisinstituut gericht op onder meer culturele diversiteit en toegankelijkheid/effectiviteit van zorg). In [samenstelling werkgroep](#) is

aangegeven welke andere organisaties betrokken zijn (MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, NVvP, NIP etc.) alsook de namen van de vertegenwoordigers van de betrokken organisaties. De module had niet tot stand kunnen komen zonder de inbreng van de al eerder genoemde werkgroep met vertegenwoordigers van uiteenlopende ggz-instellingen in de volwassen- en jeugd-GGz. Ook de input van de klankbordgroep met patiëntvertegenwoordigers was onmisbaar.

3.6 Leeswijzer

De module is als volgt opgebouwd. In [Patiëntenperspectief](#) zijn inzichten opgenomen ontleend aan de praktische ervaringskennis van de klankbordgroep, waarin patiënten uit verschillende herkomstgroepen waren vertegenwoordigd. We refereren er ook aan in de overige hoofdstukken. In [Zorg rondom Diversiteit](#) bespreken we wat uit onderzoek bekend is over hoe aan te sluiten bij patiënten met een migratieachtergrond. We maken daarbij onderscheid naar inzichten over preventie en bereik, het stellen van een diagnose en de behandeling zelf. Dit deel bevat enkele boxen met de belangrijkste aandachtspunten (voor wie daar vooral in geïnteresseerd is en minder in de kennis die eronder ligt). Ook lichten we aanbevelingen uit (vet gedrukt). In [Organisatie van zorg rondom Diversiteit](#) bundelen we inzichten over de randvoorwaarden die van belang zijn voor goede zorg aan iedereen, ongeacht zijn of haar achtergrond. Dit betreft met name de kennis, houding en vaardigheden van zorgprofessionals en de randvoorwaarden in organisaties die nodig zijn om goede zorg te verlenen. Dit deel bevat ook een box met een puntsgewijze samenvatting. Ook zijn er enkele regels gewijd aan kwaliteitsbeleid zoals ook geformuleerd in de andere modules die tegelijkertijd zijn verschenen.

De generieke module kent 5 bijlagen:

1. Literatuurverantwoording
2. Goede voorbeelden; een overzicht van enkele goede voorbeelden van preventieve groepsaanpakken specifiek gericht op ondersteuning van personen met een migratieachtergrond (met onderbouwing) en van methoden van communiceren die in elke fase van het hulptraject gebruikt kunnen worden (communicatiewijzen).
3. Cultural Formulation Interview (CFI); een samenvatting van het belangrijkste concrete instrument dat wij hebben gevonden om adequate diagnostiek uit te voeren.
4. Samenstelling werkgroep
5. Borging en implementatie; criteria en aanbevelingen om borging en implementatie van culturele diversiteit (ook in andere zorgstandaarden) zo optimaal mogelijk te realiseren.

Vanwege de leesbaarheid wordt in deze module overal de term 'patiënt' gehanteerd, ook voor mensen zonder een chronische aandoening.

4. Patiëntenperspectief

Autorisatiedatum 27-09-2018 Beoordelingsdatum 27-09-2018

4.1 Wensen en ervaringen van patiënten

Een klankbordgroep bestaande uit (vertegenwoordigers van) ervaringsdeskundigen maakte deel uit van het ontwikkeltraject van deze generieke module. In totaal namen 7 personen deel aan de klankbordgroep, waarvan 4 personen met ervaringsdeskundigheid. Het achtergronddocument [samenstelling werkgroep](#) bevat een overzicht van de deelnemers en een korte beschrijving van hun link met de ggz. Zij gaven gevraagd en ongevraagd advies bij het tot stand komen van de module, en vormden de bron voor achterbanraadpleging.

Hieronder is beschreven op basis van de bijeenkomsten van de klankbordgroep. Het gaat hier dus nadrukkelijk om het patiëntenperspectief zoals verwoord door de klankbordgroep van deze generieke module. Veel van de genoemde punten komen ook uit de wetenschappelijke literatuur en praktijkervaringen en -onderzoek onder professionals naar voren. De klankbordgroep gaf op enkele punten wel net wat extra aandacht aan aspecten die in onderzoek niet zo snel worden meegenomen, zoals de inrichting van de wachtruimte, of het betrekken van het systeem rond de patiënt. We hebben deze aandachtspunten zeer ter harte genomen.

Volgens de klankbordgroep verdienen de volgende punten de meeste aandacht bij het beter realiseren van goede zorg aan patiënten, ongeacht hun culturele achtergrond:

- Toegang tot zorg
- De belevingswereld van de patiënt
- Communicatie, bejegening en de vertrouwensband tussen patiënt en behandelaar
- Nazorg

In [Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief](#) staan alle aandachts- en verbeterpunten van de klankbordgroep

alle aandachts- en verbeterpunten van de klankbordgroep: De genoemde punten zijn volgens de betrokken klankbordgroep in elk geval voor patiënten met een migratieachtergrond relevant. Sommige punten zijn eerder behandeld in andere modules. Indien van toepassing wordt er naar deze modules verwezen.

toegelicht vanuit de visie van het MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid en aan de hand van de [Basisset Kwaliteitscriteria in de GGZ vanuit cliënt en familieperspectief](#):

Focus van zorg (uitkomst)	<i>Kwaliteit van leven:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun welbevinden op hun relevante levensgebieden.
	<i>Herstel van vitaliteit:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun levenslust en hun vermogen om dingen te doen.
Vorm van zorg (relaties)	<i>Patiënt centraal:</i> het gaat om het persoonlijke verhaal van de patiënt en de regie over de zorg ligt bij de patiënt.
	<i>Zorg in triade:</i> naasten worden betrokken bij de zorg en worden geïnformeerd en ondersteund.
Inhoud van zorg (proces)	<i>Adequate zorg:</i> er is zorg op maat en de zorg is effectief, efficiënt, veilig, tijdig en toegankelijk.
	<i>Integrale zorg:</i> er is integratie van zorg en welzijn, coördinatie van zorg en continuïteit van zorg.
Eisen aan zorg (structuur)	<i>Professionele zorg:</i> er zijn competente professionals, deugdelijke faciliteiten, en adequate richtlijnen.
	<i>Transparante zorg:</i> er is inzicht in het aanbod van zorg, de kosten van zorg en de kwaliteit van zorg.

4.2 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

4.2.1 Focus van zorg

Kwaliteit van leven & herstel van vitaliteit

"Aansluiten bij de patiënt, diens leefwereld en diens systeem, en waar nodig meer tijd uittrekken voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie is cruciaal. "

Om een verbetering in de kwaliteit van leven van de patiënt te bewerkstelligen en de baan vrij te maken voor herstel van vitaliteit is maatwerk, een op de patiënt en zijn/haar systeem toegesneden benadering, een vereiste. Het is van groot belang dat de behandelaar aansluiting vindt bij de belevingswereld van de patiënt. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie is hiervoor noodzakelijk, en dit kost tijd. Het helpt om de patiënt te vragen naar omstandigheden, normen, waarden, zingeving en idealen. Als patiënt en behandelaar samen een perspectief delen, dan kan er adequaat ingezet worden op herstel en verbeteren van de kwaliteit van leven. Wanneer nodig dienen de behandelaars flexibel om te gaan met het protocol dat zij hanteren.

Als de patiënt het gevoel heeft dat de behandelaar niet goed naar hem luistert en hem niet begrijpt, bestaat het risico dat de patiënt de behandeling stopt.

4.2.2 Vorm van zorg

Patiënt centraal

"Het is nodig in communicatie goed aan te sluiten bij de patiënt om goede zorg te kunnen bieden, en – rekening houdend met mogelijke schaamte of extra ondersteuning die nodig kan zijn – de patiënt zoveel mogelijk eigen regie te geven."

Het persoonlijke verhaal van de patiënt is het uitgangspunt. Door goed naar het persoonlijke verhaal te luisteren, zullen de context en wellicht ook niet ggz gerelateerde zorg naar voren komen. Samen

met de patiënt (en eventueel diens naasten) zal er dan een plan worden opgesteld. In dit plan voert de patiënt zelf waar mogelijk de regie. Dit is niet voor iedereen weggelegd. Patiënten durven vaak geen vragen te stellen omdat bij velen de opvatting heerst dat je dat niet doet bij een dokter. De dokter heeft immers altijd gelijk. Schaamte en angst om dom gevonden te worden zijn ook redenen om geen vragen te stellen. Daarnaast zijn er belemmerende factoren als taalbeheersing, opleidingsniveau en gebrek aan of verkeerde kennis over de zorg in Nederland. Meer uitleg, in simpele taal (eventueel met afbeeldingen) kan patiënten meer eigen regie geven. Ook een goede vertrouwensrelatie geeft patiënten meer ruimte voor eigen regie.

Eigen regie kan mensen ook afschrikken en laten afzien van behandeling. Ondersteuning van de patiënten blijft daarom belangrijk.

Zorg in triade

"Denk aan het betrekken van de familie en andere naasten. Zij vormen vaak een belangrijke steunbron, maar luister goed naar de patiënt. Werken vanuit een systemisch perspectief als het kan, levert veel op; maar niet zonder meer."

Familie en naasten spelen vaak een zeer belangrijke rol. Vaak hebben de familieleden grote verantwoordelijkheid voor elkaar. De behandelaar kan het beste per patiënt bekijken hoe de band met de familie is. Meestal willen familieleden goed worden geïnformeerd en betrokken bij de behandeling (zie verder de [Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met een psychische problematiek](#)). Stem dit goed af, want de aanwezigheid van een kind of ander familielid tijdens een afspraak kan er toe leiden dat de patiënt minder durft te vertellen.

Soms willen patiënten niet dat familie wordt betrokken bij de behandeling, maar bijvoorbeeld wel een vertrouwenspersoon of iemand die een goede band met de patiënt heeft. Deze persoon kan als intermediair bij de behandeling worden betrokken. Patiënten blijven zelf het woord voeren, maar de vertrouwenspersoon kan aanvullen waar nodig.

"Wees alert op schaamte die kan spelen bij ouders, besteed waar nodig extra aandacht aan het overtuigen van ouders van de noodzaak van hulp. "

In het geval van kinderen in zorg is de rol van de familie extra complex. Ouders voelen vaak schaamte en hebben een schuldgevoel. Ze houden de problemen van het kind geheim voor de rest van de familie. Voor het kind is het vaak moeilijk om met de ouders te praten. Bij oudere kinderen kan er frictie ontstaan tussen ouders en kind, wanneer het kind iets anders wil dan de ouders. Jongerenorganisaties of een vertrouwenspersoon buiten de familie kunnen hierbij helpen.

Vanwege (familie-)eerkwesties en schaamte doen ouders soms alsof er niets aan de hand is met het kind, of willen zij juist niet met het kind geassocieerd worden. Of zij sturen hun kind naar een oom en tante of grootouders in het land van herkomst omdat zij dit als oplossing zien. In deze situaties is de signalerende rol van bijvoorbeeld school of het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) extra belangrijk. Verder is het nodig om ouders goed te informeren en voor te lichten over de problemen maar ook de sterke kanten van het kind, en de algehele ontwikkeling. Ook helpt het om de feiten (zoals testuitslagen) op tafel te leggen wanneer ouders overtuigd moeten worden dat hun kind hulp nodig heeft.

4.2.3 Inhoud van zorg

Goede zorg

Naast het belang van zorg op maat zijn er voor goede zorg enkele punten waar zorgprofessionals extra op bedacht moet zijn, namelijk de toegankelijkheid van zorg, taal, de inhoud van zorg en alternatieven.

"Zorg voor goede psycho-educatie en uitleg zodat patiënten de weg eerder vinden; een cultuursensitieve 'voorkeur' is daarbij cruciaal."

Niet alle patiënten zijn voldoende bekend met het zorgsysteem in Nederland. Huisarts, POH-GGz en medewerkers van wijkteams kunnen bijdragen aan de toegankelijkheid van (specialistische) zorg door de patiënt duidelijk uit te leggen waar hij met welke hulpvraag terecht kan, hoe het zorgtraject in elkaar steekt et cetera. Een ander belangrijk element is de (telefonische) receptie van een zorgaanbieder. De medewerkers die de telefoon beantwoorden en die patiënten ontvangen moeten ook cultuursensitief zijn, zodat patiënten op de juiste plek terecht komen. Warme overdracht en duidelijke informatie zijn essentieel om de weg naar zorg en ondersteuning te leren kennen.

"Benut sleutelpersonen zoals geestelijk verzorgers, maar let goed op: niet altijd is dit een drempelverlager."

Geestelijk verzorgers (zoals imams en pandits) kunnen een belangrijke rol spelen bij verwijzing naar de ggz. Maar sommige problemen bespreken patiënten ook niet met een geestelijke. Daarnaast zoeken sommige mensen uit schaamte en vanwege het taboe dat op de ggz rust liever contact met iemand met een van oorsprong Nederlandse of andere culturele achtergrond. Vertrouwenspersonen kunnen de toegang tot zorg vergemakkelijken. Een goede samenwerking tussen informele en formele contactpersonen kan patiënten over de drempel krijgen.

"Houd bij zorg aan jeugdigen rekening met verschillen met ouders wat betreft kennis en opvattingen."

Patiënten die als kind of volwassene naar Europa gemigreerd zijn hebben vaak minder kennis over westerse manieren van kijken naar de ontwikkeling van kinderen en vallen vaak terug op wat ze weten. Informatie voor ouders, bijvoorbeeld in de vorm van opvoedingstips, helpt ouders hun kinderen te ondersteunen en te begrijpen.

"Gebruik eenvoudige taal bij het verstrekken van informatie voor patiënten die het Nederlands minder beheersen of minder lang naar school zijn geweest."

Taal is een belangrijk onderdeel van de toegang tot zorg. Sommige begrippen zijn bijvoorbeeld in Nederland heel gebruikelijk, terwijl ze in andere culturen niet bestaan of er een andere invulling aan wordt gegeven. Daarnaast leren vooral oudere migranten geen Nederlands meer of verliezen het Nederlands als tweede taal doordat zij geen verbinding met de arbeidsmarkt meer hebben. Hulpverleners, telefonisten et cetera moeten daarom simpel taalgebruik hanteren, controleren of de patiënt alles heeft begrepen en indien nodig aanvullende informatie geven. Belangrijk is verder dat informatie zo concreet mogelijk is (bijv. niet 'op korte termijn', maar 'binnen vier weken'). Laaggeletterdheid is ook een probleem onder een deel van de patiënten. Geschreven informatiebronnen (zoals folders, eHealth) dienen beschikbaar te zijn in eenvoudig Nederlands of de

taal van de patiënt.

"Wees voorzichtig met groepstherapie; hoewel er ook duidelijke voordelen zijn van het onderling uitwisselen tussen lotgenoten, ook of juist voor patiënten met een migratieachtergrond."

Groepstherapie kan lastig zijn vanwege schaamte, vooral voor mensen van dezelfde afkomst. De patiënt moet eerst vertrouwen hebben in het individuele contact met de behandelaar, pas daarna kan de mogelijkheid van groepstherapie worden voorgesteld. De patiënt moet zelf de keuze kunnen maken tussen individuele behandeling of groepstherapie. De mogelijkheid om met lotgenoten te kunnen praten, moet langzaam worden ontdekt – maar kan uiteindelijk zeer waardevol zijn.

"Wees proactief in nazorg; dit kan meer nodig zijn dan gemiddeld. "

Daarnaast geven patiënten met een migratieachtergrond na de behandeling soms niet op tijd aan dat het slecht(er) met ze gaat. De behandelaar heeft immers gezegd dat ze zonder behandeling verder kunnen. Patiënten moeten daarom over een langere periode actief gevolgd worden, bijvoorbeeld door middel van vervolgfafspraken bij de huisarts of het sociale wijkteam.

"Houd er rekening mee dat patiënten ook in eigen kring ondersteuning kunnen zoeken. "

Het komt voor dat patiënten alternatieve of traditionele genezers raadplegen. De patiënt kan plotseling besluiten door zo'n genezer behandeld te worden, al dan niet in het buitenland. Behandelaars moeten zich hier bewust van zijn, omdat patiënten dan opeens niet meer op komen dagen.

Integrale zorg

"Help de patiënt bij het vinden van goede nazorg; probeer een vast contactpersoon te vinden voor nazorg. "

Parallel aan of na de behandeling kan er behoefte zijn aan dagbesteding of andere vormen van participatie. Patiënten hebben een duidelijke sociale kaart nodig: waar kunnen ze terecht? Is dit bij een ggz organisatie, of in het sociale domein?

Mensen die uit de ggz komen, vinden slecht hun weg naar een vervolgtraject. Er zijn veel verschillende loketten. Eén aanspreekpunt waar patiënten aan de bel kunnen trekken als het misgaat, heeft de voorkeur, bijvoorbeeld een onafhankelijk vertrouwenspersoon in de wijk. Patiënten zijn daarnaast vaak niet op de hoogte van de adviesfunctie van de huisarts.

"Werk waar mogelijk samen met sleutelpersonen in de gemeenschap bij nazorg. "

Zelfhulporganisaties, sociale wijkteams, jongerenorganisaties en andere informele groepen zijn vaak in staat goede nazorg te bieden. Samenwerking tussen informele groepen, lokale organisaties en zorgaanbieders is noodzakelijk voor goede nazorg. Dit kan bereikt worden door met elkaar om tafel te zitten en samen te zoeken naar mogelijke oplossingen.

"Zorg zoveel mogelijk voor één gezicht; dit is extra belangrijk als het opbouwen van de vertrouwensband veel moeite heeft gekost."

Vanwege het belang van de – soms met moeite opgebouwde - vertrouwensband moet de patiënt zo veel mogelijk dezelfde behandelaar houden, ook als de patiënt naar een andere regeling overgaat (bijvoorbeeld van jeugd-ggz naar volwassenen-ggz). Als dit niet mogelijk is dienen dossiers goed te worden overgedragen, zodat patiënten niet steeds weer opnieuw hun verhaal hoeven te vertellen of vragenlijsten hoeven in te vullen.

4.2.4 Eisen aan zorg

Professionele zorg

"Zorg voor kennisopbouw in de organisatie; door training, uitwisseling, bevragen van patiënten. "

Het kost tijd en geduld om het vertrouwen van de patiënt te winnen. Voor patiënten is het belangrijk om te merken dat ze begrepen worden en serieus genomen voelen. Het helpt als behandelaars eerst investeren in de kennismaking met de patiënten. De behandelaar kan eventueel de kennismaking met de cultuur van de patiënt verdiepen door bijvoorbeeld te gaan praten met relevante organisaties of een (jaarlijks terugkerende) training te volgen. Dit zijn niet altijd haalbare, maar wel wenselijke opties. Verder kan een naslagwerk met aandachtspunten per cultuur voor intern gebruik handig zijn voor zorgaanbieders.

"Zorg dat de patiënt regie kan nemen waar mogelijk. Wijs op de rechten en plichten. "

Een goede voorbereiding op een afspraak helpt zowel behandelaar als patiënt. De behandelaar kan zich voorbereiden door het dossier van de patiënt goed te lezen. Patiënten kunnen zich voorbereiden met hulporganisaties, die hen bijvoorbeeld uitleggen wat hun rechten en plichten zijn als patiënt. Patiënten moeten weten dat ze indien gewenst een andere behandelaar kunnen krijgen en andere rechten hebben, zoals het recht op inzage in het dossier.

"Los taalproblemen op waar mogelijk, bijvoorbeeld door de inzet van professionele tolken of uitleg in de eigen taal. "

Taal is een belangrijke factor. Geef vooral informatie en voorlichting in begrijpelijk Nederlands. Waar nodig moeten patiënten in hun eigen taal geholpen kunnen worden. Een tolk kan hierbij helpen. Een tolk die fysiek aanwezig is, heeft voor patiënten meestal de voorkeur boven een tolk via de telefoon. Wees er echter van bewust dat een tolk niet altijd alles kan of wil vertalen, gelet op de aard van de problematiek.

Folders dienen waar mogelijk beschikbaar te zijn in een andere taal. Patiënten moeten in ieder geval altijd persoonlijke uitleg (face-to-face contact) krijgen. Het is handig als er (vooral bij taalproblemen) contactpersonen uit de cultuur van herkomst aanwezig zijn om de patiënt wegwijs te maken.

Transparante zorg

"Leg het systeem uit. Noodzakelijke informatie over veilige zorg, kwaliteit van zorg en transparantie over de kosten, dient waar mogelijk in de eigen taal beschikbaar te zijn. "

Er is weinig tijd voor de consulten. Dat is moeilijk uit te leggen. Patiënten verwachten dat de arts alle tijd heeft. Door de korte consulten voelen patiënten zich soms niet serieus genomen. Voorlichting

over het systeem van de Nederlandse gezondheidszorg kan hierbij helpen, bijvoorbeeld over de optie tot vervolgafspraken.

5. Zorg rondom diversiteit

Autorisatiedatum 27-09-2018 Beoordelingsdatum 27-09-2018

5.1 Vroege onderkenning en preventie

Bij volwassenen en kinderen met een migratieachtergrond is, vanwege diverse factoren, vaker sprake van ggz-problematiek dan gemiddeld; terwijl de weg naar de zorg soms minder gemakkelijk of te laat wordt gevonden (zie ook de [Inleiding](#)). Preventie en vroegsignalering zijn daarom belangrijk. Wat hierbij kan helpen, is een goede samenwerking met het 'voorveld': de spelers die het dichtst bij burgers staan en de toegang vormen tot zorg, zoals vrijwilligers, professionals in wijkteams of Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's), de jeugdgezondheidszorg (JGZ), huisartsen, docenten of mentoren. Hierbij is van belang dat patiëntenrechten en behandelaarplichten in zake vertrouwelijkheid van informatie worden nagekomen.

Bron: Er zijn meerdere publicaties die een verband leggen tussen het voorkomen van psychische problemen enerzijds en de conditie migrante (beperkte maatschappelijke participatie, lage SES en uitsluiting) anderzijds (zie hoofdstuk 1 en ook bijvoorbeeld Fazel e.a., 2005; Toar e.a., 2009; Van Els & Knipscheer, 2015). 'De maatschappij' vormt in die zin eveneens een bepalende factor bij het ontstaan van klachten en stoornissen; investeren in inclusie en integratie kan bijdragen aan preventie maar dit valt buiten de scope van deze module.

Vroegsignalering en preventie bij ouders en jeugd

In de vroegtijdige signalering van problemen bij personen met een migratieachtergrond, vooral bij jeugd, zijn sociale wijkteams (jeugd) en Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) een belangrijke schakel. Daarnaast zijn scholen (en hun zorgteams) en huisartsen belangrijke signaleerders. Scholen zijn niet alleen belangrijke voordeuren naar hulp voor ouders, maar ook voor jongeren zelf.

Bron: Pels, De Gruyter & Los, 2013

Doorverwijzing naar zorg vindt via al deze partijen plaats (hoe precies kan verschillen per gemeente). Sociale wijkteams en CJG's hebben vaak psychologen in dienst, die kunnen worden ingeschakeld voor de eerste laagintensieve hulp of bij diagnosestelling. Problemen bij kinderen, maar ook ouders, kunnen via het werk van sociale wijkteams (al dan niet specifiek voor jeugd) of CJG's worden opgespoord. De genoemde partijen hebben niet alleen in signalering een rol, maar ook een belangrijke functie in de preventie van problemen; door voorlichting en ondersteuning, zowel

individueel als in groepsbijeenkomsten. Dit soort voorlichting en ondersteuning vindt ook plaats vanuit de jeugdgezondheidszorg (JGZ), door gezondheidsvoorlichters en door vrijwilligers, bijvoorbeeld bij migrantenzelforganisaties.

Samenwerking met partners die dichtbij gezinnen staan en hen voorlichten en ondersteunen, individueel of groepsgewijs, kan helpen de ggz dichtbij hen te brengen en de drempel naar zorg te verlagen.

Ggz professionals kunnen door samenwerking met sociale wijkteams, CJG's, scholen en vrijwilligers (onder andere van migrantenzelforganisaties) preventie ondersteunen en meer effectieve vroegsignalering realiseren.

Binnen de wijkteams en andere organisaties in het voorveld is al kennis over ggz-problematiek, maar door samenwerking kan de kennis worden uitgebreid en verdiept, wat vroegsignalering ten goede kan komen. In de teams en bij scholen en zelforganisaties is juist veel kennis over het perspectief van ouders en jeugdigen, evenals over hun specifieke situatie. Ggz-professionals kunnen door samenwerking veel leren over het perspectief van ouders en jeugd zelf. Het mes snijdt daarmee aan twee kanten. Vanzelfsprekend moeten hierbij rechten van patiënt en plichten van behandelaars gerespecteerd worden.

Ook kan de drempel voor ouders en jeugd naar ggz-zorg worden verlaagd door de samenwerking tussen de verschillende organisaties. Ouders en jongeren zien de ggz-professional dan eerder en maken er kennis mee (wat vertrouwen kan geven om hulp te zoeken als nodig), en krijgen bovendien meer inzichten aangereikt; problemen kunnen daarmee ook deels worden voorkomen.

Goed praktijkvoorbeeld van eerder signaleren in de jeugdsector

Een goed voorbeeld van preventie en hoe eerder te signaleren komt uit een nationaal en Europees gefinancierd project in vier gemeenten (Rotterdam, Ede, Gouda, Nijmegen) dat in 2015 is geborgd en dat was gericht op het beter bereiken van jeugdigen met (beginnende) psychische problematiek. Outreachend werken (werken op scholen, in samenwerking met migrantenzelforganisaties; veel voorlichten) en het gesprek aangaan met ouders, om angsten voor bijvoorbeeld het etiketteren van kinderen te voorkomen ('geen stempel, geen drempel'), waren daarbij belangrijke werkwijzen. Er werd direct (kortdurende) hulp geboden na onder andere observatie in de klas, zonder diagnose of wachtlijst. Op de website ggzmigrantenjeugd.nl is ook een online training eerder signaleren voor professionals in onder andere sociale wijkteams en CJG's te vinden.

Vroegsignalering en preventie bij volwassenen

Bij volwassenen is de huisarts met de POH-GGz een belangrijke ingang die benut wordt om op tijd patiënten van diverse achtergronden te bereiken bij problemen, naast sociale wijkteams. Ook hier zijn gezondheidsvoorlichters en vrijwilligers in migrantenzelforganisaties partners bij preventie; evenals psychologen die samenwerken met AZC's. Voor volwassenen met een migratieachtergrond die depressieve klachten hebben kan vanwege de vertrouwdeheid aanbod in groepen, waar mogelijk in de eigen taal of met personen met dezelfde achtergrond, een manier zijn om problemen klein te houden. Het gaat daarbij dus om groepsaanbod bij depressieve klachten, niet bij stoornissen.

Interventies

Voor deze generieke module is gezocht naar goed aangeschreven en/of onderzochte preventieve groepsinterventies in het voorveld voor volwassenen en jeugdigen, specifiek ontwikkeld voor herkomstgroepen. Dit deden we onder andere via de website van het [Centrum voor gezond leven](#), [Intercultureel vakmanschap](#) en via de inventarisatie onder zorgprofessionals.

Bron: Mak, J., Distelbrink, M., & Wachter, G. (2016). Inventarisatie diversiteit in de GGZ. Verslag van een enquête onder GGZ-professionals. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Een beschrijving van enkele onderzochte interventies specifiek ontwikkeld voor herkomstgroepen, met onderzoeksbevindingen, staat bij [goede voorbeelden](#).

Informatie over andere goede voorbeelden van outreachend werken in samenwerking met partijen in het voorveld kan worden gevonden via de website van het [Centrum voor gezond leven](#).

Bron: RIVM

Op deze website is onder andere een dossier vluchtelingen en gezondheid te vinden.

Voorwaarden voor effectieve samenwerking

Of preventie werkt en samenwerking met het voorveld (vrijwilligers, professionals in sociale wijkteams of CJG's, JGZ, huisartsen, docenten of mentoren) vruchten afwerpt, is – evenals bij behandelingen zelf – afhankelijk van competenties, vaardigheden en attituden bij deze professionals. De houding van de professional of vrijwilliger, de wijze waarop deze (breed) problematiek weet te bevragen, eenvoudig communiceert waar nodig, een open houding heeft, naast ouders en kinderen gaat staan, en een vertrouwensrelatie weet op te bouwen is van groot belang; evenals enige kennis over culturele achtergronden, gevoeligheden en wijzen van representeren van klachten (zie verder [competenties](#)). Bij samenwerking met migrantenzelforganisaties is daarnaast een uitgebreidere kennismaking en uitwisseling over doelen en rollen en opbouw van een vertrouwensband nodig.

Bron: Ponzoni & Distelbrink, 2016

Het [Kennisplatform Integratie en Samenleving](#) ontwikkelde hiervoor een instrumen

5.2 Diagnostiek

Dit deel gaat in op diagnostiek: is deze goed afgestemd op alle patiënten, ongeacht hun achtergrond?

"De wijze waarop patiënten en hun sociale omgeving naar ziekte kijken, kan afwijken van

*de wijze waarop de professionele wereld hier (ondersteund door de DSM) naar kijkt.
Besteed goed aandacht aan visie op de klacht. "*

Bij diagnostiek is allereerst de volgende constatering van belang: opvattingen over wat wel en wat geen psychische ziekte is, variëren per cultuur en tijdsgewricht. Verschijnselen als verwardheid, somberheid en angst kunnen in alle culturen voorkomen, maar vallen niet overal binnen de klasse van ziektes. Ook binnen culturen veranderen ziekte-definities voortdurend in de loop der tijden. Voorbeelden hiervan zijn de ideeën over waanzin, homoseksualiteit, druggebruik en pedofilie.

Bron: Green, 2002

In Nederland is onder de Zorgverzekeringswet de classificatie van psychopathologie volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM): In de huisartsenpraktijk wordt het ICPC (International Classification of Primary Care) classificatiesysteem gebruikt.

gebruikelijk. Dit systeem is wereldwijd verspreid met de pretentie universeel toepasbaar te zijn. Dit lijkt nog het meest voor de hand liggend bij zogenoemde 'organische psychosyndromen' (zoals dementie, Korsakov), waarbij socioculturele factoren vermoedelijk een ondergeschikte rol spelen. Voor neurotische en met name persoonlijkheidsstoornissen lijkt een mondiaal classificatiesysteem evenwel minder vanzelfsprekend.

Bron: zie De Jong, 1992; Borra, Van Dijk & Verboom, 2016

Testdiagnostiek

"Ga er niet voetstoots vanuit dat de diagnostische instrumenten valide zijn; vaak is dit niet onderzocht."

Centraal bij psychodiagnostiek (klinisch interview, screeningslijsten, ROM instrumenten) toegepast in een cultureel diverse patiëntenpopulatie staat de vraag naar validiteit van de gebruikte testen: meet het gehanteerde instrument wel wat het beoogt te meten? Het gebruik van standaard-vragenlijsten is aantrekkelijk, maar over de validiteit ervan bij toepassing bij mensen met een migratieachtergrond en/of laaggeletterden is vaak nog (te) weinig bekend.

Bron: bijv. Rooijen-Mutsaers & Ince, 2013

Niettemin is er enige kennis. De Strengths and Difficulties Questionnaire is bijvoorbeeld toepasbaar bij diverse herkomstgroepen.

Bron: zie bijvoorbeeld Adriaanse e. a. (2015), maar zie vooral Borra e.a. 2016.

En met de fairness matrijs van COTAN kan een gestructureerde beschrijving worden gegeven van onderzoek dat bij de ontwikkeling van een test is gedaan naar testonpartijdigheid; deze matrijs wordt meegenomen in de beoordeling van instrumenten die na 1 juli 2015 zijn ingediend bij de COTAN. Daarnaast zijn er in Nederland enkele tests beschikbaar die wel gevalideerd zijn voor andere herkomstgroepen, zoals de cross-culturele dementiescreening (CCD) en DECOMET, een nonverbale intelligentietest. Van sommige instrumenten is dus bekend dat ze valide zijn voor diverse populaties: o.a. SDQ, CCD en DECOMET.

Classificatie en diagnostiek, zowel in termen van DSM als met behulp van tests en vragenlijsten, is een lastige kwestie omdat uitkomsten vaak slechts tegen normen gebaseerd op specifieke Amerikaanse of Noordwest-Europese populaties kunnen worden afgezet. Bovendien heeft de testafname zelf invloed op de antwoorden. Denk aan fenomenen als sociale wenselijkheid en 'acquiescence' (meegaan met de toon van de vraag wat neerkomt op het bevestigen van positieve uitspraken en ontkennen van negatieve uitspraken). Ook veronderstellen het construct en de afzonderlijke items soms gedetailleerde en vaak subtiele kennis van de Nederlandse taal en cultuur die niet altijd aanwezig is. Bij toepassing van standaardlijsten voor patiëntengroepen waar deze niet primair voor ontwikkeld zijn noch gevalideerd, is het dus van groot belang zowel de beperkingen te realiseren als de impact van de context van de testafname. Conclusies op basis van het testmateriaal zijn dan slechts met grote voorzichtigheid te trekken.

Bron: Borra, Van Dijk & Verboom, 2016

Vuistregels voor interculturele psychodiagnostiek

Bron: naar van de Vijver, 2016

- Sensitiviteit voor problemen van validiteit en vertekening in interculturele diagnostiek en kennis van de relevante literatuur zijn belangrijker dan de keuze voor een standaardpak.
- Er zijn tests die bruikbaar zijn en tests die minder bruikbaar zijn in interculturele diagnostiek. Er zijn

geen cultuurvrije tests.

- Het afnemen van een psychologische test bij een patiënt met een migratieachtergrond stelt eisen aan zowel het instrument, de diagnosticus als de patiënt.
- Men dient rekening te houden met bronnen van vertekening bij interculturele diagnostiek.
- De kwaliteit van interculturele diagnostiek wordt sterk bepaald door het vermogen van de diagnosticus om om te gaan met problemen als gevolg van de beperkte bruikbaarheid van tests.
- Het getuigt van professionaliteit om in de rapportage naar de patiënt duidelijk te maken hoe met de culturele achtergrond van de patiënt rekening gehouden is.

Classificatie en diagnostiek

De DSM is niet meer en niet minder dan een classificatiesysteem. Om tot een adequaat behandelplan te komen is het formuleren van een (beschrijvende) diagnose essentieel. Een diagnose kan worden gezien als het (inter-)persoonlijke verhaal over het ontstaan en het beloop van de problemen in de situationele (culturele en sociale) context. In DSM-5 wordt erkend dat cultuur van invloed is op ziektebegrip en het ziekte-idioom. Zo is de toevoeging opgenomen dat er geen sprake is van een stoornis als een psychopathologisch ogende reactie in een bepaalde cultuur als een normale reactie op een bepaalde ingrijpende levensgebeurtenis wordt opgevat. Bovendien wordt voor het eerst de rol van context expliciet erkend: 'The ultimate goal of a clinical case formulation is to use the available contextual and diagnostic information in developing a comprehensive treatment plan that is informed by the individual's cultural and social context.'

Bron: Dit sluit aan bij het pleidooi van Lakes e.a. (2006) om in de klinische setting niet te focussen op de cultuur van de groep, maar op de individual experience of culture.

"De DSM-5 besteedt expliciet aandacht aan het feit dat cultuur van invloed is op ziektebegrip en -idioom, zonder dit te veralgemeniseren. De DSM-5 bevat bij elke diagnosegroep een paragraaf 'Culture-Related Diagnostic Issues' met aandacht voor verschillen in fenomenologie en prevalentie van de aandoening in verschillende culturen; raadpleeg deze waar nodig. "

Cultural Formulation Interview (CFI)

DSM-IV (1994) introduceerde de Outline for a Cultural Formulation of Diagnosis (OCF) als kader voor het duiden van de invloed van cultuur en context van patiënten. Het Cultural Formulation Interview dat verscheen in DSM-5 is de operationalisering daarvan.

Bron: CFI; APA, 2013; Lewis-Fernández e.a., 2014, Al eerder introduceerden Borra, Van Dijk en Rohlof in 2002 het Cultureel Interview, dat te beschouwen is als de Nederlandse voorloper van het CFI.

Al eerder introduceerden Borra, Van Dijk en Rohlof in 2002 het Cultureel Interview, dat te

beschouwen is als de Nederlandse voorloper van het CFI. Het [CFI](#) bestaat uit een basisinterview, een versie voor naasten en twaalf aanvullende vragenlijsten.

Bron: Lewis Fernández e.a., 2016

Hiervan zijn Nederlandstalige versies beschikbaar. Dit basisinterview is een set van 16 richtvragen, en veronderstelt een respectvolle, nieuwsgierige en niet-oordelende houding van de hulpverlener. Het CFI vraagt niet gericht en expliciet naar culturele repertoires van de patiënt, maar poogt deze aan de hand van open, uitnodigende vragen in beeld te krijgen. Het CFI is ontwikkeld voor gebruik bij alle patiënten ongeacht herkomst, etniciteit of cultuur.

De vragen zijn verdeeld over vier domeinen:

1. de beschrijving van het probleem;
2. beleving van oorzaak, context en steun
3. factoren die van invloed zijn op coping en hulpzoekgedrag in het verleden
4. factoren die van invloed zijn op het huidige hulpzoekgedrag.

Het eerste domein inventariseert hoe patiënt en omgeving het probleem waarneemt, waar zij zich het meest zorgen over maken en hoe zij de problemen in eigen woorden omschrijven. Het tweede domein stelt de belevingswereld van patiënt centraal, ingegaan wordt op eigen verklaringen voor het probleem en opvattingen van belangrijke anderen. Verder worden ervaren stress en steunbronnen in de omgeving besproken evenals de specifieke achtergrond en de sociale identiteit van de patiënt. Het derde domein biedt zicht op de wijze waarop patiënt eerder met klachten en problemen is omgegaan, welke barrières daarbij ervaren werden en de baat die men van de ontvangen hulp gehad heeft. Het vierde domein richt zich op het hier en nu en inventariseert de voorkeuren van de patiënt en de kwaliteit van de werkrelatie met de zorgprofessional.

"Vanwege het accent op visie, ervaring en achtergrond van de patiënt kan het afnemen van het CFI bijdragen aan een persoonsgerichte en contextgevoelige toepassing van het bestaande zorgaanbod, practice based evidence heeft dit inmiddels aangetoond. Verder is er wetenschappelijk bewijs dat zowel patiënten als behandelaars positief oordelen over de klinische bruikbaarheid, toepasbaarheid en acceptatie. Vormvastheid is geen vereiste. Het CFI is een set richtvragen waarbij de formulering en volgorde kan variëren (zie ook 'attitude' bij competenties). Hierin onderscheidt het CFI zich van de gebruikelijke diagnostische vragenlijsten. Desalniettemin leent het CFI zich voor inbouw in het elektronisch patiëntdossier. In de ggz worden hiermee sinds 2017 ervaringen opgedaan."

Het CFI stimuleert de patiënt het eigen perspectief expliciet naar voren te brengen. Het sluit daarmee aan bij hersteldenken en de Goede GGz (zie de [generieke module Herstelondersteuning]). De inzet van het CFI kan zo leiden tot meer ruimte in het klinische contact voor de beleving van de patiënt, die zich hierdoor gehoord en serieus genomen voelt – en dat kan weer leiden tot empowerment en heeft positieve implicaties voor de werkalliantie.

Bron: Lewis-Fernández e.a., 2014 – zie ook Groen, 2009

Tevens kan, door kennis te nemen van het unieke perspectief en de leefwereld van de patiënt, het risico op stereotypering en etnocentrisme worden gereduceerd.

Bron: zie ook Kleinman, 2016

De op deze wijze ontstane inzichten helpen te komen tot een gedeelde visie op de klachten en hun behandeling. Het inzicht in verklaringsmodellen en verwachtingen dat het CFI biedt, draagt bij aan shared decision making en een betere aansluiting van de behandeling bij de patiënt, hetgeen van groot belang is voor de effectiviteit van de behandeling.

Bron: zie Ghane, 2011

De expertgroep beveelt inzet van het CFI dan ook aan omdat deze methode goed aansluit bij het in kaart brengen van context voor behandeling en aansluit bij het concept eigen regie. De DSM-5 veldonderzoeken met het CFI lijken de positieve invloed op de therapeutische relatie te bevestigen.

Bron: Aggarwal e.a., 2016

Wetenschappelijk onderbouwde evidentie voor effectiviteit van inzet van het CFI is nog schaars, practice based evidence bestaat hiervoor al wel.

Bron: Groen e.a., 2013; Lewis-Fernandez e.a., 2016; DSM-5 Handboek

Hoewel ook op andere momenten in de behandeling inzetbaar, wordt het CFI idealiter gebruikt aan het begin van diagnostiekfase. [Bijlage III] schetst de inhoud van het CFI. Het CFI is af te nemen door GGZ professionals (Psychiater, GZ-psycholoog, Klinisch Psycholoog, Psychotherapeut, Psychiatrisch Verpleegkundig Specialist (al dan niet als regiebehandelaar)). Een variant van het CFI voor toepassing in de kinder- en jeugdpsychiatrie is in 2017 ontwikkeld door Parnassia Groep. Deze bestaat uit twee vragenlijsten, een voor tieners en jong-volwassenen (12-23 jaar) en een voor ouders van kinderen tot 23 jaar. Naar verwachting zal in 2018 een variant voor oudere patiënten beschikbaar zijn.

5.3 Monitoring

Monitoring van het doelbereik in de zorg (worden de beoogde effecten bereikt?) is belangrijk om uitspraken te kunnen doen over het even goed behandelen van patiënten uit diverse herkomstgroepen. Om uitspraken te kunnen doen over het bereik of de effecten van een behandeling voor subgroepen patiënten kan het (zowel in de praktijk als in onderzoek) nodig zijn de etnisch-culturele of migratieachtergrond van een persoon vast te leggen. Dit kan op twee manieren: via de vraag naar geboorteland en geboorteland van de ouders (waarbij gegevens worden gecombineerd om een persoon toe te wijzen aan een specifieke herkomstgroepering, deze aanpak hanteert het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) ook bij het bepalen wie tot bepaalde herkomstgroeperingen behoort) en via zelfidentificatie. In dat laatste geval wordt de persoon in kwestie gevraagd tot welke (etnisch-)culturele groepering hij of zij zichzelf rekent. Bij antwoordmogelijkheden is het in dit geval belangrijk dat personen ook een dubbele etnische identiteit te kunnen invullen (bijvoorbeeld Turks-Nederlands). Bij gebruik van de subjectieve identificatie kunnen overigens ook personen van de derde generatie (in Nederland geboren uit in Nederland geboren ouders met een migratieachtergrond) worden geïdentificeerd als bi-cultureel of behorend tot migrantengroepen. De combinatie van herkomstregistratie en zelfidentificatie

De combinatie van herkomstregistratie en zelfidentificatie: De combinatie van herkomstregistratie en zelfidentificatie is in het begin van deze eeuw meerdere malen bepleit door het netwerk van onderzoekers multiculturele samenleving; hierover is ook een rapport met aanbevelingen gepubliceerd. Essink-Bot & Stronks, 2009

is in het begin van deze eeuw meerdere malen bepleit door het netwerk van onderzoekers multiculturele samenleving; hierover is ook een rapport met aanbevelingen gepubliceerd.

"Vigerende wetgeving staat niet toe om in het algemeen herkomst en zelfidentificatie vast te leggen in het dossier. Daar waar van invloed op de behandeling kunnen (culturele) aspecten en persoonlijke voorkeuren van patiënt wel worden vastgelegd. "

5.4 Behandeling en begeleiding

5.4.1 Effectiviteit van zorg

Zijn evidence based interventies effectief toe te passen bij patiënten met een migratieachtergrond? Het antwoord op deze vraag hangt samen met het antwoord op de onderliggende vraag: heeft onderzoek dat tot doel heeft de effectiviteit van interventies vast te stellen, deze effectiviteit ook getoetst bij de patiënten uit de verschillende herkomstgroepen? Uit de literatuur blijkt dat groepen met een migratieachtergrond veelal weinig worden geïncludeerd waardoor van veel interventies weinig bekend is over werking bij deze groep.

deze groep.: Geldt zowel voor volwassenen- als voor jeugd-ggz, bijv. Adriaanse e.a., 2016; Barnhoorn e.a. 2013; Pels, Distelbrink & Tan, 2009

Evidentie over behandelvormen in de ggz is voornamelijk gebaseerd op respondenten uit de zogenaamde WEIRD population (western, educated, industrialized, rich and democratic people).

Bron: Henrich e.a., 2010

"Over het algemeen is er weinig onderzoek naar toepasbaarheid van interventies buiten de context waar ze zijn ontwikkeld, er is weinig wetenschappelijke evidentie over geschiktheid en toepasbaarheid van interventies bij een cultureel diverse populatie."

Psychotherapie

Niettemin wijst onderzoek met de hoogste niveaus van bewijsvoering (systematische overzichtsartikelen en meta-analyses; doorgaans uitgevoerd in de Verenigde Staten) op effectiviteit van evidence based behandelingen bij etnische minderheidsgroepen. Met name naar de behandeling van posttraumatische stressstoornis (PTSS) bij vluchtelingen is relatief veel onderzoek gedaan.

Bron: e.g., Crumlish & O'Rourke, 2010; Ikram & Stronks, 2016; Ter Heide & Smid, 2015; Ter Heide e.a., 2016; Lambert & Alhassoon, 2015; Mørkved e.a., 2014; Nickerson e.a. , 2011; Palic & Elklit, 2011; Patel, Kellezi & Williams, 2014; Robjant & Fazel, 2010; Slobodin & De Jong, 2014

De conclusie op basis van deze onderzoeksresultaten is dat cognitieve gedragstherapie (CGT) en narrative exposure therapie (NET) effectief zouden zijn. In het bijzonder is er evidentie voor de effectiviteit van CGT bij depressie en PTSS, waar NET alleen voor PTSS effectief is. Over de effectiviteit van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bij patiënten met een migratieachtergrond is nog weinig bekend. Bevindingen uit een vergelijkende studie naar de effecten van EMDR bij getraumatiseerde vluchtelingen tonen beperkte effectiviteit aan. Bedacht moet worden dat het hier ernstig getraumatiseerde vluchtelingen betreft, veelal met de diagnose complexe PTSS. Mogelijk zijn voor mensen met een migratieachtergrond met enkelvoudige PTSS de behandelresultaten van EMDR gunstiger.

Bron: zie Ter Heide e.a., 2014; Ter Heide, 2015

Ook voor depressie is aangetoond dat een evidence based behandeling effectief is bij minderheidsgroepen (zowel ethnic minority groups in de VS als migranten en vluchtelingen in zowel westerse landen als ontwikkelingslanden).

Bron: e.g., Unlu e.a., 2014

Overigens bestaat voor CGT weliswaar de meeste wetenschappelijke evidentie maar dat hangt samen met het grote aantal studies dat is verricht. Andere therapievormen kunnen ook effectief zijn maar de evidentie daarvan is nog te weinig empirisch onderbouwd omdat er weinig studies naar zijn verricht. Nadere informatie hierover biedt de generieke module Psychotherapie.

"Psychotherapeutische interventies kunnen worden ingezet bij de doelgroep aansluitend bij de algemene aanbevelingen voor evidence based werken. Voor PTSS wijzen internationale en nationale bevindingen op toepasbaarheid van CGT en NET; voor depressie is CGT werkzaam. Bevindingen over EMDR zijn specifiek: ze betreffen de groep ernstig getraumatiseerde vluchtelingen."

De resultaten van deze studies naar behandel-effectiviteit van veel voorkomende psychopathologie moeten echter met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Gerandomiseerde onderzoeken met controlegroepen (randomized controlled trials, RCT's) (en dus de systematische overzichtsartikelen en meta-analyses die hierop gebaseerd zijn) kennen belangrijke beperkingen zoals de hogere mate van integratie of een hogere sociaal economische status (SES) bij de participanten en de diffuse, en vaak overgesimplificeerde, conceptualisatie van etniciteit. Zo wordt weinig tot geen onderscheid gemaakt tussen vluchtelingen, asielzoekers, economische migranten, en eerste en tweede generatie. De participanten in al deze studies vormen mogelijk een selecte groep van goed geïntegreerde en geprotoprofessionaliseerde respondenten die zich identificeren met de dominante groepen in de samenleving en bereid waren tot participatie in wetenschappelijk onderzoek.

"We moeten voorzichtig zijn met het wetenschappelijke bewijs: de studies includeren vaak specifieke subgroepen (hoger opgeleid bijv.) en maken weinig onderscheid tussen herkomstgroepen en verschillen naar migratiegeneratie (zie ook 'terminologie' bij doelgroep)."

Onderzoek naar effectiviteit van interventies bij de in Nederland verblijvende minderheden is uiterst schaars.

Onderzoek naar effectiviteit van interventies bij de in Nederland verblijvende

minderheden is uiterst schaars. : Naast de genoemde studie naar EMDR (Ter Heide 2015), onderzochten Blom e.a. (2010) de effectiviteit van interpersoonlijke therapie (IPT) bij depressieve patiënten met een Nederlandse en een migratieachtergrond met voldoende beheersing van de Nederlandse taal. Hoewel de interventie even effectief bleek in beide groepen, waren de drop-outpercentages ongeveer tweemaal hoger bij de patiënten met een migratieachtergrond dan bij de patiënten met een van oorsprong Nederlandse achtergrond (45,9% versus 24,4%). In een analyse van de gegevens uit het landelijk casusregister 'Zorgis' werden ook hogere drop-outpercentages gevonden bij Surinaams-Nederlandse (15,9%), Turks-Nederlandse (15,5%), Marokkaans-Nederlandse (17,5%) patiënten en patiënten met een andere niet-westerse achtergrond (17,3%) dan bij van oorsprong Nederlandse patiënten (12,4%) (Fassaert e.a. 2010).

Farmacotherapie

Naast psychotherapie maakt farmacotherapie onderdeel uit van menige evidence based behandeling voor psychopathologie. Bij alle belangrijke lichamelijke processen die voor een farmacotherapeutische behandeling van belang zijn, zoals verschillen in snelheid van opname in de darm, verschillen in de eiwitbinding in het bloed, verschillen in het afbreken en uitscheiden van geneesmiddelen en ook verschillen in werking in de hersenen op receptorniveau, zijn genetische opmaak en cultuur van invloed (onder meer door verschillen in leefstijl en dieet).

"Het is daarom noodzakelijk om bij een farmacotherapeutische behandeling rekening te houden met specifieke genetische kenmerken en lichamelijke eigenschappen, en de leefstijl, met name bij patiënten met een migratieachtergrond. Desalniettemin is de kennis over de invloed van diversiteit op de werking van medicijnen beperkt. Om die reden is het raadzaam om voorzichtig te doseren en indien noodzakelijk de bloedspiegel te monitoren. De meest actuele inzichten rond dit thema biedt Ethnopsychopharmacology.com."

Overigens, evenzeer kunnen motivatieproblemen rondom medicatie en interpretatieverschillen de effecten van farmacotherapie beïnvloeden; denk aan aanbevelingen hoe men patiënten kan benaderen of suboptimale medicatietrouw vanwege religieuze voorschriften.

5.4.2 Optimalisering van behandel-effectiviteit

Ondanks alle genoemde bias, beperkingen en hogere drop-out blijkt psychotherapie gebaseerd op evidence based richtlijnen in principe werkzaam bij patiënten met een migratieachtergrond. Wel is het behandel-effect bij deze groepen doorgaans kleiner dan bij de meerderheidspopulatie.

Bron: Ghane, Visser & de Jong, 2013

Veelal is de effectiviteit van zorg minder en – zoals al geschetst – de drop-out hoger voor patiënten met een migratieachtergrond. Het effect van zorg is bij patiënten met een migratieachtergrond dus gemiddeld minder.

Er worden in de literatuur drie strategieën genoemd om de kwaliteit van zorg te verbeteren en effectiviteit te verhogen:

1. Etnische gelijkheid tussen patiënt en zorgprofessional
2. Culturele competentie-ontwikkeling
3. Culturele aanpassing van interventies

1. Etnische gelijkheid

Uit onderzoek weten we dat ziekteverklaringen van zorgprofessionals en patiënten niet altijd overeenkomen. Dit kan een van de oorzaken zijn van minder goede effectiviteit van zorg.

Bron: zie Benish, Quitana & Wampold, 2011

Verschillen in ziekteverklaringen en het niet goed weten te overbruggen hiervan, kunnen bijdragen aan het moeizaam tot stand komen van een adequate therapeutische alliantie, hetgeen consequenties heeft voor de mate van betrokkenheid bij en effectiviteit van de behandeling.

Bron: Van Els & Knipscheer, 2015

Een fundamenteel punt hierbij is de vraag of een hoopopgeleide zorgprofessional die deel uitmaakt van de culturele hoofdstroom in Nederland, een effectieve therapeutische relatie kan opbouwen met een laagopgeleide patiënt met een migratieachtergrond die in een minderheidspositie verkeert – en omgekeerd: kan een zorgprofessional uit een minderheidsgroep een effectieve relatie opbouwen met een patiënt uit de dominante groep?

Een oplossing hiervoor in de literatuur is ethnic matching:

ethnic matching:: De effectiviteit van ethnic matching is in Nederland nog onvoldoende onderzocht. Een meta-analyse van verschillende Amerikaanse studies wees uit dat hoewel etnische minderheden een voorkeur kunnen hebben voor een etnisch gelijke zorgprofessional en een dergelijke match in het algemeen ook iets positiever wordt ervaren dan geen match op basis van etniciteit, het uiteindelijke behandel-effect onafhankelijk is van de etnische achtergrond van de zorgprofessional (Cabral & Smith, 2011). Bovendien geldt dat zorgprofessionals met een migratieachtergrond veelal op dezelfde manier zijn opgeleid als van oorsprong Nederlandse professionals. Wel is het zo dat de zorgprofessionals uit herkomstgroepen op grond van levenservaring en houding meer cultureel competent kunnen zijn. Zorgprofessionals zouden ongeacht hun herkomst, etniciteit of culturele achtergrond volgens de vigerende richtlijnen zorg moeten kunnen verlenen aan cultureel andere patiënten, mits zij beschikken over voldoende culturele competenties. Overigens maakte onderzoek bij i-psy (2006) duidelijk dat identity matching mogelijk meer van belang is. Dit verwijst naar een identiteitsbrug op basis van overeenkomst in levensbeschouwing, gender, ouderschap, herkomst, levenservaring, het behoren tot een etnische minderheid of combinaties daarvan. Identity matching draagt bij aan de herkenning van zichzelf in de ander op een of meerdere relevante facetten. Dit sluit ook aan bij de gedachte van culturele hybriditeit en superdiversiteit die we al eerder formuleerden: tussen en binnen groepen doen zich grote verschillen voor.

een patiënt wordt behandeld door een zorgprofessional met dezelfde herkomst. De gedachte is dat (bepaalde) patiënten – mede vanwege wantrouwen, onbekendheid, taalproblemen, gevoelde culturele afstand – zich prettiger voelen, zich beter durven te uiten, beter worden begrepen en een betere alliantie kunnen opbouwen met een zorgverlener in wie ze zich herkennen. Dit gaat echter voorbij aan het feit dat herkomst niet altijd een indicator is voor culturele en etnische achtergrond, en aan de etnische en culturele diversiteit in het herkomstland. Een dergelijke koppeling is bovendien praktisch gezien niet altijd haalbaar door een tekort aan geschikt personeel en de grote etnische diversiteit onder migrantengroepen in Nederland. Er is ook discussie over de wenselijkheid ervan. Onder patiënten bestaat niet per definitie een voorkeur voor een zorgprofessional met een gelijke herkomst (zie [Patiëntenperspectief](#)).

"Er is in Nederland geen gedegen onderzoek gedaan naar ethnic matching. Uit internationaal onderzoek blijkt dat het uiteindelijke effect van een behandeling er niet door verbetert, al wordt het vaak wel als positiever ervaren. Identity matching is waarschijnlijk belangrijker: herkenning op een of meer vlakken. Het feit dat ethnic matching niet wordt ondersteund door onderzoek betekent niet dat het geen meerwaarde kan hebben om een etnisch divers personeelsbestand te realiseren; zodat patiënten de keus hebben en zich thuis voelen bij een praktijkinstelling. "

2. Culturele competentieontwikkeling

Een tweede manier om te zorgen dat met reguliere interventies alle groepen goed worden ondersteund, is goed aansluiten bij patiënten en hun definities van problemen en oplossingsrichtingen. Hiervoor moeten organisaties en zorgprofessionals over de juiste culturele

competenties beschikken en de behandelstrategieën 'cultureel competent' zijn. Dus de juiste competentie op het niveau van de zorginstelling, competenties op het niveau van de individuele zorgprofessional en de juiste competenties (dat wat nodig is) op het niveau van de behandelstrategieën.

Bron: zie Kirmayer, 2012

Cultureel competente instelling

Een cultureel competente zorginstelling

cultureel competente zorginstelling: Zie bijvoorbeeld <https://www.audit-diversiteit.nl>
[Meer informatie](#)

voert een beleid dat gericht is op het vergroten van het cultureel bewustzijn van haar medewerkers, het verbeteren van de toegankelijkheid voor mensen met verschillende culturele achtergronden, het bieden van goede voorlichting en een veilige en herkenbare behandelomgeving, het tegengaan van discriminatie en een personeelsbeleid dat bijdraagt aan de ontwikkeling van een multi-etnisch personeelsbestand.

Cultureel competente professional

De culturele competenties van de individuele zorgprofessional hebben betrekking op de kennis, vaardigheden en attitude om op een adequate manier contact te maken en professionele diagnostiek en behandeling toe te passen, die acceptabel en zinvol zijn in de ogen van de patiënt (zie [Competenties](#)).

3. Culturele aanpassing van interventies

Leverd het aanpassen van interventies zelf verbeteringen in de kwaliteit van zorg op?

In eerste instantie lijkt het onderzoek in het voordeel van het aanpassen van behandelstrategieën aan een cultureel diverse patiëntenpopulatie. Diverse systematische overzichtsartikelen rapporteren superieure effecten voor een cultureel aangepaste behandeling versus niet-aangepaste interventies.

Bron: Benish e.a., 2011; Griner & Smith, 2006

Aanpassingen die zijn onderzocht betreffen daarbij overigens vooral aanpassingen in communicatiemiddelen (waaronder het vertalen van folders, inzet van tolken en psycho-educatie), en outreachend werken/patiënten goed informeren. Hierbij is het belangrijk te focussen op de rol van het

verklaringsmodel van ziekte en gezondheid.

Bron: Benish e.a. (2011)

De focus hierop verbetert het begrip van de patiënt van zijn problemen, vergroot het inzicht in de interventiemogelijkheden en verbetert de werkrelatie met de zorgprofessional. Inzet van professionele tolken (of andere manieren van communiceren, met gebruik van visuele middelen bijvoorbeeld, zie [goede voorbeelden](#)) is daarbij uiteraard cruciaal als patiënten de taal niet beheersen. Er zijn ook aanwijzingen op basis van systematische overzichtsartikelen en meta-analyses dat reguliere behandelmethoden effectiever zijn bij patiënten uit minderheidsgroepen als de interventies zelf cultureel zijn aangepast, cultuursensitief zijn gemaakt op inhoud.

Bron: Benish e.a., 2011; Griner & Smith, 2006; Smith e.a., 2011; Sue e.a., 2009

Dit is onder meer onderzocht voor depressie, psychose en PTSS.

Bron: Araya e.a., 2003; Blom & Gumbs, 2010; Bolton e.a., 2003; Miranda e.a., 2003; Otto e.a., 2003; Naeem e.a., 2011; Kopelowicz e.a., 2012; De Jong e.a., 2014; Hinton e.a., 2012; Zayfert, 2008

Maar niet alle onderzoeken wijzen in deze richting. Een systematische overzichtsstudie van Huey en collega's (2014) naar de rol van zowel culturele competenties van organisaties en medewerkers als culturele aanpassingen in evidence based behandelingen bij minderheidsgroepen, levert een wat genuanceerder beeld op. De evidentie voor de effectiviteit van aanpassingen blijkt in deze studie gemixt te zijn: cultureel op maat gemaakte behandelingen zijn veelal doeltreffend en effectief, maar niet altijd wordt deze bevinding ondersteund. Verschillen in uitkomsten zijn mogelijk als volgt te verklaren. Ten eerste: culturele aanpassingen (tailoring) kan op veel niveaus plaatsvinden (zoals delivery, bijvoorbeeld aanpassing in randvoorwaarden zoals inzet tolken, visuele communicatiemiddelen en taal; en feitelijke inhoud, gebruik van andere voorbeelden). Onderzoeken hebben betrekking op uiteenlopende groepen en situaties. Ten tweede: ook uit het domein van opvoedondersteuning weten we dat aanpassing niet de kernelementen van de behandeling moet aantasten. Aanpassing van sommige elementen doet dit wel, dan wordt de behandeling minder effectief.

Bron: zie ook Kirmayer, 2012

Niet elke aanpassing is dus ook meteen goed. Een derde verklaring voor gevonden verschillen kan zijn dat het goed uitvoeren van aanpassingen ook zelfvertrouwen en ervaring vraagt. Zorgprofessionals kunnen zich in een cultureel incongruente behandelrelatie als het ware verlamd voelen waardoor ze mogelijk niet optimaal handelen.

Bron: zie ook Pannekeet, 2004

"Onderzoek naar het aanpassen van interventies geeft geen uitsluitend over de wenselijkheid ervan. Aanpassingen in 'delivery' (inzet tolken, visuele communicatiemiddelen) en aandacht voor de totstandkoming van een gedeelde visie op gepresenteerde klachten en hun behandeling zijn het belangrijkste. Aanpassingen van behandelingen zelf dienen wel rekening te houden met kernelementen die niet gewijzigd kunnen worden. Cultuursensitief handelen is daarbij het belangrijkste."

5.4.3 Naar een cultuursensitieve behandeling

Hoewel methodologische beperkingen een definitieve uitspraak over de effectiviteit van bestaande instrumenten en benaderingen vooralsnog in de weg staan, is inmiddels veel kennis en expertise ontwikkeld rond de vraag waaruit een culturele aanpassing zou moeten bestaan om de culturele competentie op de drie niveaus te vergroten. En er is een duidelijke meerwaarde en effectiviteit van het op een cultuursensitieve manier inrichten en uitvoeren van therapie (niveau 3 culturele aanpassing van interventies), een cruciaal onderdeel daarvan is het professioneel cultureel competent handelen (niveau 2 culturele competentie-ontwikkeling). Daarnaast zijn voorwaarden voor cultureel competent handelen cruciaal. De professional moet de bereidheid en inzet hebben om dit te ontwikkelen, ondersteund door een organisatie die eveneens naar culturele competentie streeft (niveau 1 etnische gelijkheid).

De vraag is nu hoe een zorgprofessional het repertoire aan effectief geachte behandelingen kan inzetten bij cultureel van hem of haar verschillende patiënten. In Nederland en daarbuiten wordt al decennia gediscussieerd over de vraag hoe we de zorg beter kunnen laten aansluiten bij patiënten met een migratieachtergrond. Er is veel geïnvesteerd om bestaande behandelingen 'cultuursensitief' te maken en professionals culturele competenties te laten verwerven.

Bron: zie Van Dijk & Ghane, 2013

Communicatie en cultuursensitiviteit spelen daarbij een belangrijke rol.

Communicatie

Taalverschillen kunnen een belangrijke invloed op het behandelcontact hebben (het gaat hierbij ook om laaggeletterdheid, meertaligheid, beperkte beheersing van de Nederlandse taal). Soms zijn taalverschillen te overbruggen of is het nodig in eenvoudige taal of meer visueel te communiceren. In

[goede voorbeelden](#) bespreken we enkele instrumenten die professionals wel inzetten om minder talig en meer visueel te communiceren (bijvoorbeeld de Yucel-methode).

Inzet van tolken

Als communiceren in het Nederlands met de patiënt zeer moeilijk is, er geen collega's zijn die de taal van de patiënt spreken (of zij niet ingeschakeld kunnen worden) en het inzetten van naasten als informele tolk gecontra-indiceerd is, is het volgens de [Kwaliteitsnorm voor de inzet van tolken](#) zaak te werken met tolken. Juist bij het praten over psychische problematiek is het belangrijk dat patiënten zich goed kunnen uitdrukken. Het werken met een (telefonische) tolk kan de werkkrelatie echter ook wezenlijk compliceren – een derde persoon in de spreekkamer (verbaal dan wel daadwerkelijk aanwezig) vergt specifieke aanpassingen in de interactie. Er moet rekening gehouden worden met de gevolgen van de overgang van een dyade naar een triade. Het is goed daarover in gesprek te gaan met het tolkenbureau dat wordt ingezet. Ook kunnen stigma, schaamte en cultuurspecifieke conceptualisaties van ziekte de communicatie hinderen.

Cultuursensitiviteit

Cultuursensitiviteit in de zin van respectvolle nieuwsgierigheid naar de beleving, betekenis en context van klachten en problemen, helpt om te komen tot een gezamenlijk behandeldoel en inzet voor behandeling. Een cultuursensitieve benadering van hulpvragen biedt het meest optimale uitgangspunt voor behandeling (dat geldt vanzelfsprekend voor alle patiënten). Een fase van exploratie en onderhandeling als integraal onderdeel van de behandeling vergroot de kans om de beschreven knelpunten zoveel als mogelijk in een vroeg stadium te onderkennen en op te lossen. Dit betekent concreet vanuit een persoons- en herstelgerichte in plaats van klachtgerichte benadering het gesprek aangaan met de patiënt, kennis te nemen van het verhaal en kijk van de patiënt en zijn omgeving op aard, ontstaan en behandeling van de klachten en problemen. Het Cultural Formulation Interview (CFI) is een uitstekende operationalisering hiervan.

Het gaat daarnaast voor een belangrijk deel om het onderzoeken van kaders van betekenisverlening. Een cultuursensitieve vorm van psycho-educatie kan dan worden ingezet om de mogelijke discrepantie tussen verklaringen van de patiënt en de zorgprofessional te verminderen. Andere belangrijke aspecten zijn het herhaaldelijk afstemmen van wat men verwacht en wat de zorgprofessional kan bieden (en wat níet); het gebruik van concrete voorbeelden en toegankelijke metaforen; erkenning van lichamelijke symptomen; en het betrekken van cultuurspecifieke interpretaties in de behandeling (zie ook [Patientenperspectief](#)). Vanzelfsprekend vergt dit niet alleen van de patiënt verandering. Reflectie en bezinning bij de zorgprofessional is evenzeer belangrijk.

Met cultuursensitiviteit is de gebruikelijke doeltreffendheid van evidence based therapie met mensen met een migratieachtergrond haalbaar.

Bron: zie Ghane, Visser & de Jong, 2013; Van Els & Knipscheer, 2015

Modelgetrouw werken blijft ook in een cultuursensitieve therapie relevant, maar flexibel durven zijn is cruciaal (al blijft dat een complex spanningsveld).

Hieronder worden organisatorische voorwaarden geschetst voor cultureel competent handelen van professionals en procesmatige aanbevelingen voor een dergelijk handelen. Genoemde voorwaarden en aanbevelingen, als ook culturele addenda bij de Multidisciplinaire richtlijnen voor depressie angst en schizofrenie zijn van tweeërlei aard: 'maak gebruik van en denk aan'.

Bron: Intercultureel addendum depressie, 2012; Commissie intercultureel addendum angststoornissen, 2008; Veen e.a., 2015

Professioneel cultureel competent handelen: voorwaarden voor de organisatie

Algemeen

- Cultureel divers samengestelde teams (om het oplossend vermogen van het team te vergroten en de 'herkenbaarheid' voor patiënten te vergroten).
- Inbedding van aandacht voor culturele en etnische diversiteit in de hardware van de organisatie (protocollen, werkinstructies, EPD).
- Inzet van de organisatie om het culturele bewustzijn van medewerkers te bevorderen.
- Scholingsbeleid en –mogelijkheden om culturele competenties te verwerven (via training).
- Onderzoek naar (verschillen in) toegankelijkheid en effectiviteit van zorg.
- Herkenbare en veilige behandelomgeving voor een cultureel-diverse patiëntenpopulatie.
- Beschikbaarheid van cruciale patiëntinformatie in meerdere talen.
- Cultureel sensitieve en etnisch diverse behandelondersteunende medewerkers.

Toegankelijkheid

- Een eerste contact met de zorgaanbieder via cultureel sensitieve medewerkers zorgt voor een goede start van het zorgproces.
- De inrichting van de wachtkamer kan ook diversiteit uitstralen; daarbij past voorlichtingsmateriaal gericht op andere taalgroepen.

Tolkgebruik

- Volg de Kwaliteitsnorm tolkgebruik anderstaligen in de zorg die helpt een keuze te maken tussen een informele of professionele tolk; in de ggz zal deze laatste meestal nodig zijn.
- Maak gebruik van professionele geregistreerde tolken via erkende tolkinstituten. Regel wanneer nodig een tolk via een officiële tolk- en vertaalinstelling.

Professioneel cultureel competent handelen: behandelproces en methode

Therapeutische alliantie

- Wees alert op mogelijke verschillen in communicatiestijlen en de gevolgen daarvan binnen behandelingen; ook non-verbale communicatie is hierbij van groot belang.
- Wees alert op minder reguliere hulpvragen zoals somatische klachten en juridische of arbeidsrechtelijke verzoeken, waarachter psychische problematiek schuil kan gaan.
- Licht cliënten voor met betrekking tot het therapeutisch proces, zoals de doelen van de therapie, de

gehanteerde werkwijze, de wederzijdse verwachtingen en vertrouwelijkheid. Stem nadrukkelijk de wederzijdse verwachtingen af.

- Wees je bewust van ervaringen met uitsluiting en discriminatie van minderheidsgroepen en de effecten daarvan op de behandelrelatie.

Intake

- Neem het Cultural Formulation Interview (CFI) af als integraal onderdeel van de intake; zo komen bestaande ideeën over geestelijke gezondheid en de behandeling daarvan aan bod, sommige patiënten zullen bepaalde opvattingen hebben die een adequate opbouw van de werkrelatie kunnen belemmeren (angst voor gek te worden versleten en schaamte de vuile was te moeten buiten hangen).
- Inventariseer verwachtingen en hulpvragen, betrek hierbij naasten (zie de generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek).
- Neem zo nodig een migratie-,/geweld-/trauma anamnese af.
- Vergaar zo nodig aanvullende gegevens over (binding met / bezorgdheid over) systeemleden in het herkomstland (genogram, ecogram) via een 'migratieanamnese'.

Migratieanamnese

- Kijk naar het verleden (waar komt iemand vandaan), de reden van migratie, het migratieproces (inclusief statusverandering), migrantenbestaan en de integratiegeschiedenis, vraag naar financiële (bijv. financiële verplichtingen familie, onvolledig opgebouwde AOW), juridische, werkgerelateerde en huisvestingsproblemen, relatie-, gezins-, en familieverbanden, en de rol van religie; overweeg gebruik te maken van de aanvullende CFI-module of het model van Limburg-Okken en Sidali (2010).
- Wees je bewust van migratiegeneraties en eventueel gedeelde koloniale geschiedenis.
- Wees je bewust dat mensen deel uit (kunnen) maken van verschillende sociale groepen met ieder hun eigen culturele repertoire en zij daar situationeel gebruik van (kunnen) maken (culturele hybriditeit).
- Wees je bewust dat acculturatie meerdere uitkomsten kan hebben en geen lineair proces is.
- Wees je bewust van de effecten van migratie en culturele transformatie op de relatie tussen generaties en tussen leden van het systeem.

Diagnostiek

- Heb aandacht voor bijzonderheden bij testdiagnostiek en maak gebruik van de [vuistregels in de interculturele psychodiagnostiek (zie ook 'Vuistregels voor interculturele psychodiagnostiek' in Diagnostiek).

Verdieping contact

- Handel vanuit een herstelgericht perspectief.
- Geef (zo nodig cultureel aangepaste) psycho-educatie, leer copingvaardigheden en benadruk actief de gezonde kant – zorg voor empowerment van de patiënt.
- Respecteer het verklaringsmodel maar benadruk ook de eigen verantwoordelijkheid; realiseer je bijvoorbeeld dat het hier niet alleen om bovennatuurlijke interpretaties en verklaringen gaat, maar om alle interpretaties en verklaringen die afwijken van de gangbare in de behandelsetting of waarop de behandeling is gebaseerd. Dit is deels ook via het CFI te achterhalen.

- Motiveren, barrières verlagen, het regelen van praktische primaire zaken (zoals bemiddeling bij problemen met de werkgever) en het inschakelen van derden, en vooral uitvragen en doorvragen zijn bepalende factoren voor het slagen van de behandeling; handel vanzelfsprekend in lijn met de beroepsethische code (die staat bijvoorbeeld niet toe dat rollen worden gemengd; je moet neutraal en objectief blijven).
- Stimuleer terugkrijgen/verwerven eigenaarschap over problemen, hierdoor krijgt de patiënt meer controle en grip op het eigen leven; bespreek deze positieve kenmerken niet alleen in individuele termen maar ook in termen van familie, omgeving; bespreek hoe men zelfregie kan vergroten en veerkracht kan gebruiken.

Interventies

- Neem het CFI af.
- Behandel indien mogelijk conform evidence based richtlijnen, maar vergewis je van de bruikbaarheid c.q. noodzakelijke culturele aanpassingen om de effectiviteit voor de betreffende patiënt te borgen.
- Werk systemisch. Dit behelst meer dan een familielid bij de gesprekken aanwezig laten zijn, het betekent de patiënt steeds als onderdeel van een interactief systeem te zien; belangrijke aandachtspunten zijn bijvoorbeeld te realiseren dat grootfamilies belangrijk zijn, alsook tradities en rituelen (kracht- en stressbronnen); denk ook aan sociale verplichtingen (trouwen, geld sturen, bij begrafenissen aanwezig zijn); het navraag hiernaar doen en dit laten uitleggen en laten nadenken over alternatieve mogelijkheden om verplichtingen na te kunnen komen, huisbezoeken doen of een contactpersoon namens het systeem inzetten zijn voorbeelden van concrete interventies om meer systemisch te werken.

5.5 Herstel, participatie en re-integratie

Door deelnemers van de klankbordgroep is gewezen op het belang van nazorg; voor veel patiënten met een migratieachtergrond extra van belang omdat zij niet zijn geneigd snel opnieuw hulp te zoeken als het nodig is, als de behandeling eenmaal is afgesloten. Uit de peiling ten behoeve van de module blijkt dat juist bij nazorg weinig specifieke inspanningen worden ingezet voor patiënten die van oorsprong niet Nederlands zijn.

Bron: Mak, Distelbrink & Wachter, 2016

Het is aan te raden bij patiënten bij wie wordt vermoed dat ze moeilijk zelf terugkomen en bij wie de kans op terugval groot is, te onderzoeken of er in het eigen netwerk relevante personen zijn die kunnen blijven meekijken en zo nodig de patiënt te stimuleren om het contact weer te leggen. Dit kunnen sleutelpersonen uit bijvoorbeeld migrantenzelforganisaties of religieuze organisaties in de omgeving van patiënten zijn in wie zij vertrouwen hebben, of maatschappelijke en welzijnsorganisaties, maar ook familieleden, burens of vrienden. Al bij aanvang en tijdens de behandeling kan het contact met dergelijke personen relevant zijn; niet specifiek alleen bij nazorg. Verschillende door ons geraadpleegde personen met veel expertise benadrukken het belang van systemisch werken, juist bij migrantengroepen.

Bron: Mak, Distelbrink & Wachter, 2016

6. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 27-09-2018 Beoordelingsdatum 27-09-2018

6.1 Betrokken zorgverleners

Naast de gehele ggz-sector speelt het 'voorveld', waar sociale wijkteams, FACT teams, huisartsen(praktijken) en scholen deel van uit maken, een belangrijke rol in de preventie en het vroegtijdig signaleren van psychische stoornissen, het beoordelen welke behandelindicatie er is voor eerstelijns of meer specialistische zorg en het tijdig doorverwijzen. Zelforganisaties en organisaties voor specifieke culturele groepen zijn ook van groot belang. Mensen uit minderheidsgroepen zoeken sneller toegang tot dit soort informele groepen dan tot formele instanties als de huisarts. Informele groepen hebben een rol in het hele zorgproces: van preventie en toeleiding tot zorg, tot nazorg (zie ook [Patiëntenperspectief](#)).

Zorgverleners en vertrouwenspersonen met dezelfde culturele achtergrond hebben niet altijd de voorkeur. Sommige patiënten hebben juist een expliciete voorkeur voor een professional van Nederlandse of andere herkomstgroep (zie ook 'etnische gelijkheid' in [optimalisering van behandel-effectiviteit](#)). Het is daarom aan te bevelen om een divers personeelsbestand te hebben, zodat de patiënt zijn voorkeur kan aangeven en die vervolgens ook gehonoreerd kan worden, voor zover mogelijk binnen de kaders van de Nederlandse wetgeving.

6.2 Samenwerking

Samenwerking tussen informele groepen (bijv. zelfhulporganisaties), maatschappelijke organisaties en formele zorgaanbieders verlaagt de drempel tot zorg (zie ook [Patiëntenperspectief](#)). Een goede overdracht van het dossier tussen zorgverleners (na expliciete toestemming van de patiënt vanzelfsprekend) zorgt ervoor dat de patiënt niet meerdere keren zijn verhaal hoeft te doen. Belangrijk hierbij is het nakijken op juistheid en actualiteit van de informatie in het dossier door de behandelaar, zodat foutieve informatie en verkeerde interpretaties niet worden overgenomen. Zie verder de [generieke module Landelijke GGz samenwerkingsafspraken](#), de [generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere](#), de generieke module Psychotherapie, de [generieke module Destigmatisering](#) en de [generieke module Samenwerking en ondersteuning van naasten van mensen met psychische problematiek](#)

6.3 Competenties

Voor effectieve cultureel competente zorg (zie ook [Kosten-effectiviteit en doelmatige zorg](#)) zijn drie soorten competenties op het niveau van de individuele zorgprofessional te onderscheiden, te weten:

1. kennis
2. attitude
3. vaardigheden

1. Kennis

Om cultuursensitief te kunnen werken dient de zorgprofessional zich bewust te zijn van de eigen culturele 'bril'. Eigen vooronderstellingen over de betekenissen van ervaringen van de patiënt moeten voortdurend worden getoetst.

Kennis en bewustwording van de eigen culturele achtergrond

Een cultureel competente zorgprofessional dient zich ten eerste bewust te zijn van de eigen culturele achtergrond, van de culturele waarden en vooroordelen die in zijn denken en handelen spelen, en de specifieke cultuur waaruit hij zelf afkomstig is. Concreet betekent dit dat je als zorgprofessional weet hoe je omgaat met de culturele repertoires die je je in het leven en opleiding hebt eigen gemaakt. Factoren als opvoeding, achtergrond, werkomgeving en leefsituatie beïnvloeden de zienswijze van de zorg op beleids-, opleidings- en hulpverlenersniveau (zoals de invloed van het in de opleiding meegekregen medische model op de visie over het ontstaan en behandeling van klachten die er toe kan leiden dat een heel ander verklaringsmodel wordt gehanteerd dan die de patiënt gebruikt).

Ook realiseert een cultureel competente zorgverlener zich welke invloed het behoren tot de dominante groep in sociaal opzicht kan hebben op een patiënt uit een minderheidsgroep – en omgekeerd.

Kennis en bewustwording van de culturele achtergrond van de patiënt

Een cultureel competente professional is zich bewust van de kijk op de wereld van de patiënt – hij is sensitief voor diens leef- en denkwereld. Hierbij is ook aandacht van belang voor de historische dimensie: hoe speelt het gedeelde verleden (kolonisator, gekoloniseerde bijvoorbeeld) mee in de huidige relatie. Een competente zorgprofessional vraagt zich af of het gedrag van een patiënt normaal of afwijkend is in de context van de normen en waarden van de (sub)cultuur waartoe deze behoort. Daarbij realiseert hij zich overigens dat hij nooit helemaal 'thuis' kan zijn in een andere cultuur en dit ook niet hoeft.

Kennis over specifieke populaties in relatie tot voorkomende psychopathologie, kennis van prevalentie van psychische problemen en psychiatrische aandoeningen, en van de culturele validiteit van concepten, (gebruikelijke) psychodiagnostische instrumenten en therapeutische werkvormen kan helpend zijn. De vraag naar kennis is onuitputtelijk en kan echter ook dienen om handelen uit te stellen (we weten immers nooit genoeg). Het zou helpen als de zorgprofessional kennis heeft over andere culturen en over de invloed van migratie op de levensgeschiedenis. Maar meer nog dan om kennis van cultuur gaat het om cultureel bewustzijn; zich bewust zijn van het cultureel gevormde van eigen inzichten, opvattingen en gedrag. Kennis alleen is instrumenteel in deze – het gaat om de bereidheid je te verdiepen in de wereld van de ander.

Naast kennis van andere culturen is het vermogen van de zorgprofessional om de eigen cultuurgebonden uitgangspunten en gewoonten kritisch te evalueren, essentieel.

2. Attitude

Cruciaal is voorts een cultuursensitieve attitude, een nieuwsgierige, onbevooroordeelde en flexibele houding. Het is essentieel om de patiënt respectvol en oprecht geïnteresseerd tegemoet te treden – en zich te realiseren dat de valkuil van het 'wij-zij denken' en stereotypisch denken voortdurend

aanwezig is. Reflectie op gemeenschappelijke en cultuurspecifieke kenmerken van de klinische interactie is essentieel. Dit betekent onder meer dat improvisatietalent kan worden gevraagd en meer tijd moet worden besteed aan uitleg en het bestendigen van een werkrelatie en motivatie voor deelname aan de behandeling.

3. Vaardigheden

Tenslotte dient de cultureel competente zorgprofessional te beschikken over vaardigheden om op culturele diversiteit toegesneden interventiestrategieën te verrichten. Te denken valt aan het voorlichten over het therapeutisch proces (doelen, werkwijze, verwachtingen en vertrouwelijkheid). Hierbij is het belangrijk dat zorgprofessional en patiënt gezamenlijk hun eventuele verschillen (in normen, waarden, opvattingen en verwachtingen) overbruggen en tot een gedeeld verklaringsmodel komen van de klachten en de behandeling daarvan. Ook moet een behandelaar behandeldoel kunnen formuleren dat begrijpelijk, acceptabel en zinvol is in de ogen van de patiënt en aansluit bij zijn of haar leefwereld.

Bron: Ghane, 2011

Het is voorts van cruciaal belang om uit te leggen wat de patiënt kan verwachten, wat de zorgprofessional kan bieden en wat niet, en om goed door te vragen naar de ideeën van de patiënt over zijn problemen en de behandeling daarvan. In de behandeling is het verder belangrijk om systemisch en contextueel te werken, dat betekent expliciete aandacht voor zowel het gezin als de familie en de socio-economische en sociale context.

Hieronder worden handreikingen geboden voor culturele competenties. Het verwerven van dergelijke competenties kan worden gerealiseerd in speciale trainingen en modules, zoals aangeboden door de sectie transculturele psychiatrie en post academische opleidingsinstituten.

Culturele competenties

Bron: Onder meer gebaseerd op: Arredondo e.a., 1996; Bekker, Sempertegui & Knipscheer, 2016; Borra e.a., 2016; Drogendijk & Kleber, 2010; Van Els & Knipscheer, 2015; Knipscheer & Kleber, 2004c, 2005, 2007; Knipscheer, Drogendijk & Ghane, 2017; Knipscheer, Drogendijk & Braakman, 2012; Kortmann, 2016; Ponterotto e.a., 2009; Sue e.a., 1982, 2009

Kennis

"De cultureel competente professional is zich bewust van de eigen culturele waarden en vooroordelen."

Dit houdt in dat de professional:

- zich bewust is van zijn culturele achtergrond en van de wijze waarop die achtergrond en zijn medische vorming, de behandeling kan beïnvloeden;
- om kan gaan met verschillen die bestaan tussen hem/haar en de patiënt met betrekking tot etniciteit, cultuur en overtuigingen;
- het gevaar van stereotypering en negatieve emotionele reacties ten aanzien van personen uit minderheidsgroepen onderkent;
- de eigen grenzen aan competenties en expertise (h)erkent;
- oog heeft voor de eigen positie in de samenleving (onderdeel van de dominante groep/stroming) en zich realiseert wat voor effect dit kan hebben op minder bevoorrechte patiënten;
- zich realiseert dat maatschappelijke spanningen en opinie (uitsluiting, stigmatisering, vreemdelingenhaat, dominantie van een medisch-wetenschappelijke verklaring voor klachten), alsook de gemeenschappelijke voorgeschiedenis (slavernij, of een politiek/militair conflict (bijv. tussen een Turkse behandelaar en een Koerdische patiënt) kunnen doorspelen in het hulpverleningscontact;
- bereid is om consultatie/intervisie te vragen; waakt voor onterecht culturaliseren (het toeschrijven van opvattingen en gedrag van patiënten aan hun 'cultuur') en met patiënt naast culturele aspecten ook spreekt over individuele en universele aspecten;
- oog heeft voor de gevolgen van diversiteit op geneesmiddeleneffecten en bijwerkingen.

"De cultureel competente professional is zich bewust van de kijk op de wereld van de patiënt."

Dit houdt in dat de professional:

- de diagnostische criteria voor psychische ziekten (DSM-5) en de culture-related diagnostic issues bij de beschrijvingen van de belangrijkste ziektebeelden kent;
- de geldende evidence based richtlijnen en behandelprotocollen, inclusief de culturele addenda voor zover beschikbaar, kent én zich realiseert dat deze mogelijk beperkt toepasbaar en effectief zijn bij etnische minderheidsgroepen
- concrete kennis heeft over de meest vertegenwoordigde herkomstgroepen in zijn/haar caseload (via internet (voor een korte, eerste oriëntatie: psychiatrienet.nl aandachtsgebied transculturele psychiatrie, gedetailleerdere informatie is hier te vinden of hier; via contact met culturele groepen buiten werktijd, via literatuur, film en door bij patiënten zelf te informeren);
- op de hoogte is van relevante ontwikkelingen ten aanzien van patiënten uit (etnische) minderheidsgroepen in de GGZ;
- aandacht heeft voor waarden, normen, familiestructuren en hiërarchie, en de rol van familie- en gemeenschapsstructuren respecteert (maar daarin ook zijn eigen mogelijke grenzen kent en expliciteert zoals bij vrouwenbesnijdenis of gedwongen uithuwelijking);
- kennis heeft van religies en spirituele overtuigingen omdat deze het wereldbeeld, het psychosociaal functioneren en de uitingen van stress beïnvloeden;
- zich bewust is van de mogelijkheid van cultureel verweer ('het gebruik van cultuur als verklaring of legitimering van gedrag').

Attitude (houding en bejegening)

De cultureel competente professional:

- toont interesse, nieuwsgierigheid, openheid, empathie, respect en heeft geduld en doorzettingsvermogen;
- is bereid tot kritische (zelf)reflectie, tot relativering en bijstelling van vooronderstellingen en stelt eigen werkwijze en (professionele) vanzelfsprekendheden ter discussie; de professional is zich bewust van het risico op etnocentrisme en stereotyperend denken;
- benadert met respectvol nieuwsgierige houding en biedt ruimte tot gezamenlijke besluitvorming;
- observeert en luistert bij aanvang van het diagnostisch proces als een 'niet-weter'; schakelt professionele diagnostische filters daarbij zoveel mogelijk uit om maximaal ruimte te bieden aan het verhaal en gedrag;
- houdt in de bejegening rekening met dimensies als gescheiden sociale sekserollen, hiërarchie en status verschillen.

Vaardigheden

De cultureel competente professional:

- is in staat het Cultural Formulation Interview (CFI) adequaat en succesvol af te nemen en de opgedane informatie in te zetten bij diagnostiek en behandeling;
- raadpleegt zo nodig een 'cultureel consulent' (zoekt contact met deskundige collega's of sleutelpersonen uit de eigen gemeenschap);
- is in staat inzicht te krijgen in het verklaringsmodel van de patiënt en bespreekt dit met de patiënt alvorens samen met de patiënt de behandelstrategie te bepalen;
- geeft uitgebreid voorlichting over geïndiceerde behandeling;
- stemt goed af over interventies opdat deze acceptabel en zinvol zijn voor patiënt;
- benadrukt geheimhouding;
- betreft in overleg het systeem;
- past flexibiliteit en creativiteit in denken en handelen toe, kan switchen tussen meerdere psychotherapeutische paradigma's, referentiekaders en betekeniscontexten;
- past rolgedrag aan, aan verwachtingen van patiënt en het systeem (egalitair-paternalistisch);
- herkent overdrachts- en tegenoverdrachtsverschijnselen die kunnen ontstaan door cultuurverschil tussen patiënt en therapeut en gaat hier op professionele wijze mee om.

6.4 Kwaliteitsbeleid

Als het gaat om patiënten met een migratieachtergrond zijn voor het kwaliteitsbeleid van een zorgaanbieder vier punten belangrijk:

1. Het opnemen van culturele diversiteit in het beleid. Specifieke voorbeelden zijn tijd en geld vrijmaken voor scholing van medewerkers, patiëntinformatie beschikbaar hebben in meerdere talen, contact leggen en onderhouden met informele organisaties voor samenwerking et cetera.
2. Het uitvoeren van Routine Outcome Monitoring (ROM) met vragenlijsten geschikt voor patiënten die de Nederlandse taal niet of niet goed beheersen en het bijhouden van drop-out (percentage en reden).
3. Het afnemen van het CFI (zie ook Diagnostiek).
4. Het aandacht hebben voor een intercultureel personeelsbeleid (zoals vastgelegd in een zogenaamd Diversiteitscharter).

6.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Implementatie van de module leidt uiteindelijk tot hogere kosteneffectiviteit van zorg; een beter bereik van de doelgroep en een lagere no show en drop-out leiden tot lagere kosten; het investeren in cultuursensitieve aanpassingen van de zorg rendeert.

Over kosteneffectiviteit van de generieke module Diversiteit kan gesteld worden dat op korte termijn de kosten waarschijnlijk zullen toenemen vanwege een beter bereik van patiënten (méér patiënten in behandeling). De verwachting is vervolgens een effectievere behandeling die eerder resultaten oplevert (in vergelijking met niet-diversiteitssensitief werken). Dit zal op middellange termijn gaan leiden tot besparingen, de verwachting is dan als volgt:

- kortere behandelingen of minder behandelingen per patiënt (dus minder terugval);
- problemen van patiënten worden vaker en eerder opgelost en/of escalatie van problematiek wordt vaker voorkomen. Dit zorgt er mede voor dat meer langdurige en duurdere behandeltrajecten en opnamen (intramuraal) worden voorkomen.

Overigens is er nog onvoldoende onderzoek gedaan om hierover valide uitspraken te doen.

6.6 Financiering

6.6.1 Algemeen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

6.6.2 Specifiek

In de geestelijke gezondheidszorg heeft men te maken met meerdere financieringsbronnen. De gebruikte financieringsbron hangt af van de leeftijd van de patiënt (<18 jaar of ≥18 jaar), het type zorg dat geleverd wordt (generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz of forensische zorg) en hoe de patiënt verzekerd is. Voor patiënten met een migratieachtergrond is er niets essentieel anders aan de financiering van de zorg, behalve als het om asielzoekers gaat waarvan de aanvraag in behandeling is en als het om personen gaat die niet beschikken over een rechtmatige verblijftitel (waaronder personen van wie de asielaanvraag is afgewezen) en onverzekerden.

7. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 27-09-2018 Beoordelingsdatum 27-09-2018

7.1 Kwaliteitsindicatoren

Akwa GGZ begeleidt het project 'doorontwikkeling ROM' waarin gekeken wordt hoe de professional de patiënt kan monitoren. Afhankelijk van de in het individueel zorgplan opgenomen doelen, kunnen patiënt en behandelaar samen beslissen hoe en wanneer er geëvalueerd wordt. Dit evalueren kan aan de hand van een set indicatoren en bijhorende meetinstrumenten.

8. Implementatieplan

Autorisatiedatum 30-04-2020 Beoordelingsdatum 30-04-2020

8.1 Kwaliteitsstandaarden

Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'.

'kwaliteitsstandaard': Kwaliteitsstandaarden zijn niet statisch maar worden periodiek beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding nodig is. Vanaf publicatie van een standaard vindt jaarlijks een eenvoudige beoordeling plaats waarbij (kleine) aanpassingen waar nodig worden verwerkt. Eens in de 4 jaar start een volledige revisiebeoordeling van iedere standaard.

Een zorgstandaard biedt voor álle professionals, patiënten en hun naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg bij een bepaalde aandoening er uit ziet vanuit het perspectief van de patiënt (beschrijving optimale zorg). Een zorgstandaard beschrijft het complete zorgcontinuüm (ofwel alle fases waar een patiënt mee te maken krijgt of kan krijgen) voor een bepaalde psychische aandoening. In een zorgstandaard komt niet alleen een groot aantal mogelijke zorgproblemen aan de orde, maar wordt ook expliciet de organisatie van het zorgproces beschreven. Dat alles gezien vanuit het perspectief van de patiënt.

Een richtlijn is een document met aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische aandoeningen, gebruikmakend van wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van professionals, patiënten en naasten. Voor specifieke situaties gebruiken professionals de richtlijnen die relevant zijn voor hun specifieke beroepsgroep en specifieker dan de zorgstandaard ingaan op wat er op dát moment aan zorg geleverd kan worden (beschrijving minimale zorg). Aan één zorgstandaard kunnen dus meerdere richtlijnen ten grondslag liggen (bijvoorbeeld de NHG-richtlijnen van huisartsen, een MDR opgesteld en geautoriseerd door psychiaters en psychologen, richtlijnen voor verpleegkundigen, etc.).

Een generieke module biedt, net als een zorgstandaard, professionals, patiënten en naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg er uit ziet vanuit het perspectief van een patiënt. Het verschil tussen een zorgstandaard en een generieke module is dat een zorgstandaard stoornis specifiek is en een generieke module juist zorgcomponenten of zorgonderwerpen beschrijft die relevant zijn voor meerdere psychische aandoeningen. De zorg die wordt beschreven in een generieke module kan, afhankelijk van de aandoening, in één of meerdere fases van het zorgproces van toepassing zijn.

Zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules vormen een eenheid. Hiermee kunnen de

professional en de patiënt samen de behandeling vormgeven.

8.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden en generieke modules vormen samen met multidisciplinaire richtlijnen, wet- en regelgeving en beroepsethiek de basis voor de zorgprofessional om tot goede zorg te komen (de professionele standaard).

(de professionele standaard): De professionele standaard in de gezondheidszorg is het geheel van professionele medische normen dat beschrijft wat in een bepaalde situatie 'goed handelen' is. De professionele standaard zorgt ervoor dat zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren. De professionele standaard is als zodanig geen regel, maar een 'kapstok', die nader is uitgewerkt in wetten, richtlijnen, protocollen, beroepscode, uitspraken van de tuchtrechter, kwaliteitsstandaarden, gedragsregels en handreikingen. De professionele standaard kan dus gezien worden als de gedeelde waarden en normen binnen een beroepsgroep.

[Meer informatie](#)

De zorgprofessional kan er beargumenteerd van afwijken als - naar zijn oordeel en in samenspraak met de patiënt - de belangen van de patiënt daarmee beter zijn gediend vanwege diens specifieke situatie en voorkeuren.

De toepassing van professionele standaarden komt voort uit het [Burgerlijk wetboek, artikel 453](#). Daarin staat dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.'

professionele standaard.: Artikel 1 van de Zorgverzekeringswet geeft de definitie van een professionele standaard: een richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces. Een professionele standaard legt vast wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt goede zorg te verlenen en is in een openbaar register opgenomen.

[Meer informatie](#)

Een kwaliteitsstandaard beschrijft in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Kwaliteitsstandaarden zijn echter geen doel op zich. Zij hebben een functie in het proces van kwaliteitsbevordering. Kwaliteitsstandaarden vervullen een onmisbare functie in de kwaliteitscyclus. In die context bevorderen ze de [kwaliteit en doelmatigheid van de zorg](#). Op welke wijze zorgaanbieders en financiers, maar ook patiënten/burgers en zorgverzekeraars kwaliteitsstandaarden gebruiken in de respectievelijk zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt, is

aan hen om in te vullen.

8.2.1 Monitoring van de implementatie

Eén van de taken van Akwa GGZ is het evalueren van het gebruik van kwaliteitsstandaarden en het inzichtelijk maken hoe de kwaliteit van zorg in de ggz zich ontwikkelt. In de tweede helft van 2019 bouwt Akwa GGZ een structuur op waarmee de implementatiegraad van de kwaliteitsstandaarden kan worden gemeten.

8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft grotendeels de bestaande praktijk ten aanzien van de zorg voor mensen met psychische klachten en aandoeningen. In de standaard zijn verwijzingen opgenomen naar onderliggende richtlijnen en veldnormen van de afzonderlijke beroepsgroepen. Zo is de standaard voor een groot deel al ingebed in het dagelijks werk van de zorgprofessional.

Deels bevat de kwaliteitsstandaard nieuwe elementen, of komen bestaande elementen prominenter naar voren in de inhoud en organisatie van zorg. De kwaliteitsstandaard is geschreven vanuit het perspectief van de patiënt en diens naaste. Aandacht voor herstel en eigen regie komen daardoor nadrukkelijker aan bod dan in bijvoorbeeld richtlijnen; gezamenlijke besluitvorming over de behandeling door patiënt en professional vormt in alle standaarden een kernelement. Andere elementen zijn bijvoorbeeld de wijze waarop de verschillende zorgonderwerpen met elkaar in verband gebracht worden (multidisciplinair en integraal), het betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen en het monitoren van de behandeling. De opstellers van deze kwaliteitsstandaard zijn zich ervan bewust dat de implementatie van deze elementen een transitie betekent die een gemeenschappelijke inspanning vraagt van zorgverleners, zorgaanbieders, patiënten en financiers. Al deze partijen zetten zich gezamenlijk in om deze kwaliteitsstandaard zo goed en zo snel mogelijk te implementeren.

8.4 Bestaande afspraken

Zorgprofessionals en zorgaanbieders in de 'brede ggz' zijn nu aan zet. Zij moeten kennisnemen van de inhoud van deze kwaliteitsstandaard en vervolgens aan de slag gaan met de implementatie ervan. Zorgprofessionals en zorgaanbieders hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor implementatie in hun eigen organisatie. Koepel-, branche en beroepsorganisaties helpen hun leden hierbij.

Een aantal algemene thema's speelt bij de implementatie van (vrijwel) alle standaarden een rol. Dit zijn thema's waar in algemene zin aandacht voor moet zijn én aandacht voor moet blijven om de kwaliteit van de zorg steeds verder te verbeteren. Het gaat om de zes thema's bewustwording en kennisdeling, samenwerking, capaciteit, behandelaanbod, financiering en ICT. Dit zijn ook thema's waar in sommige gevallen zorgen over zijn en knelpunten worden gezien bij implementatie van de standaarden. Implementatie-activiteiten voor deze zes thema's moeten geen losstaande actiepunten zijn. In de meeste gevallen zijn deze actiepunten al onderdeel van bestaande afspraken zoals onder andere verwoord in het [Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg \(ggz\) 2019 t/m 2022](#) en [Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022](#). Landelijke implementatie van de

kwaliteitsstandaarden in het veld is daarmee direct gekoppeld aan de planning en gemaakte afspraken in deze bestuurlijk akkoorden. Daarom koppelen we de planning van implementatie van deze standaard aan de looptijd van de bestuurlijk akkoorden.

Concreet betekent dit dat de partijen uit de brede ggz zich inzetten om alle kwaliteitsstandaarden voor de ggz op 31 december 2022 volledig geïmplementeerd te hebben.

8.5 Algemene implementatie thema's

De implementatie van de kwaliteitsstandaard vraagt tijd en energie van alle partijen. Maar dat is niet voor niks: werken volgens kwaliteitsstandaarden biedt ook kansen voor effectievere en doelmatiger behandelingen.

De afspraken in het algemene deel van het plan richten zich daarom vooral op uitvoerbaarheidsissues die een landelijke aanpak vragen om implementatie op lokaal/regionaal niveau mogelijk te maken. Iedere regio en iedere zorgaanbieder is anders. De mate van wat er nog geïmplementeerd moet worden en hoe dat het beste gedaan kan worden, verschilt per situatie. Op lokaal niveau moet implementatie verder worden ingevuld, bijvoorbeeld in de vorm van een (lokaal) uitvoeringsplan.

8.5.1 Bewustwording en kennisdeling

Verandering begint bij bewustwording. Ook in de ggz. De zorgstandaarden en generieke modules stellen, meer dan zorgverleners tot nu toe gewend waren van professionele standaarden, expliciet het perspectief van patiënten centraal. Dat kan misschien wel tot een ander gesprek in de behandelkamer leiden, waarin via gezamenlijke besluitvorming mogelijk ook andere keuzes voor behandeling en begeleiding worden gemaakt. Kennisdeling en bewustwording zijn de sleutelwoorden om deze verandering te realiseren.

Kennisdeling draagt bij aan het beter begrijpen van de impact die psychische aandoeningen op een patiënt hebben, en van hun wensen en ideeën over behandeling en herstel. Kennis delen gebeurt op verschillende niveaus: in de (basis)opleiding tot zorgprofessionals, tijdens bij- en nascholing van professionals maar kan ook bijvoorbeeld via een landelijke campagne. Het delen van kennis kan hierdoor bijdragen aan bijvoorbeeld:

- het verminderen van stigma over mensen met psychische aandoeningen, in de zorg maar ook daarbuiten;
- het realiseren van een culturomslag in eigen organisatie;
- het creëren van draagvlak voor het gebruik en de inhoud van de standaard;
- oog hebben voor specifieke problematiek;
- oog hebben voor eventuele risico's.

Landelijke afspraken

Iedere professional zorgt ervoor dat hij de kwaliteitsstandaarden kent die voor uitoefening van zijn beroep nodig zijn. Zorgaanbieders faciliteren hun medewerkers, zodat zij deel kunnen nemen aan de benodigde bij- en nascholing.

Het bestuurlijk akkoord bevat een groot aantal actiepunten die kennisdeling over en bewustwording van de kwaliteitsstandaarden stimuleren:

- Partijen benadrukken dat het belangrijk is dat professionals kunnen werken volgens de geldende kwaliteitsstandaarden. Daartoe moeten professionals voldoende in de gelegenheid worden gesteld om bij- en nascholing te volgen. De financiering daarvan is onderdeel van de contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
- Partijen hebben met elkaar afgesproken dat beroepsgroepen structureel de doorontwikkeling van opleidingen borgen die betrekking hebben op ggz en begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering). De zorgstandaarden worden ingebed in de opleidingen.
- Het akkoord bevat afspraken over bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

Deze afspraken ten aanzien van opleiding dragen bij aan het verankeren van kennis over en gebruik van kwaliteitsstandaarden in de praktijk. Onderstaande partijen zetten zich in voor uitvoering van deze afspraken op landelijk niveau.

Lokale oplossingsrichtingen

Professionals in de ggz hebben de 'verantwoordelijkheid' om hun collega's in aanpalende domeinen daar waar nodig kennis bij te brengen over psychische aandoeningen en over de (inhoud van) de daarbij behorende kwaliteitsstandaard. Denk hierbij aan het organiseren van een cursus of voorlichting over psychische aandoeningen aan collega's van de somatische afdelingen in het ziekenhuis of een informatie-bijeenkomst over jeugd-ggz aan gemeenten.

8.5.2 Samenwerking

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Vaak zijn er meerdere professionals betrokken bij de behandeling en is een duidelijke rolverdeling tussen die professionals (binnen en tussen organisaties) nodig. Voor een goede implementatie van kwaliteitsstandaarden maken professionals (in en buiten de ggz), aanbieders, financiers en andere betrokkenen duidelijke samenwerkingsafspraken zodat de continuïteit en kwaliteit van de zorg niet in het geding komt. Goede en snelle informatie-uitwisseling (met respect voor privacy-wetgeving) en toegankelijkheid van informatie zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden om de samenwerking goed te laten verlopen. Het [Landelijk Schakelpunt](#), waarin zorgverleners met toestemming van de patiënt eenvoudig inzicht hebben in het medicatieoverzicht van de patiënt, is een voorbeeld van een hulpmiddel voor uitwisseling van en toegang tot informatie. Steeds meer GGZ-instellingen sluiten zich hier al bij aan.

Landelijke afspraken

Het bestuurlijk akkoord bevat een aantal actiepunten die de benodigde samenwerking in het kader van implementatie van de kwaliteitsstandaarden stimuleren: in de (door)ontwikkeling van opleidingen die betrekking hebben op ggz en begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering) wordt meer aandacht besteed aan samenwerking tussen verschillende domeinen en het organiseren van integrale zorg.

Ondertekende partijen schatten in dat de invoering van het kwaliteitsstatuut en de afspraken over

samenwerking in het bestuurlijk akkoord voldoende helder zijn en dat voor implementatie van de standaard geen aanvullende afspraken nodig zijn.

Lokale oplossingsrichtingen

Zowel zorgprofessionals, zorgaanbieders als samenwerkingspartners besteden nu al veel aandacht aan lokale en regionale samenwerking. Dankzij deze samenwerking kunnen zij onnodige en dure zorg voorkomen. Iedere professional werkt binnen de eigen lokale en regionale context uiteraard samen met collega's, maar ook met partners zoals huisartsen, jeugdzorg, wijkteams, gemeenten, ziekenhuis, school, woningcoöperaties of UWV.

Als leidraad voor deze samenwerkingafspraken dienen:

- De Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken: deze vormen de basis van afspraken tussen huisartsen, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.
- Het kwaliteitsstatuut: hierin staan werkafspraken die de zorgaanbieder maakt over het vormgeven van de afstemming en samenwerking tussen professionals, over op- en afschalen en over een goede overdracht.
- In het kader van het bestuurlijk akkoord maken gemeenten en zorgverzekeraars stapsgewijs regionale afspraken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Zorgaanbieders en gemeenten maken afspraken over de betrokkenheid van ggz-hulpverleners bij het wijknetwerk.
- In het bestuurlijk akkoord is ook vastgelegd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de manier waarop de zorgprofessional voldoende ruimte en tijd krijgt voor goede samenwerking en afstemming.

8.5.3 Capaciteit

Een succesvolle uitvoering van de kwaliteitsstandaarden vereist voldoende capaciteit en tijd van professionals. In de huidige praktijk staan beschikbare tijd en capaciteit van professionals onder druk. Waar in sommige gevallen sprake is van een personeelstekort, is in andere gevallen sprake van problemen met optimale inzet van bepaalde professionals. Het organiseren en leveren van de zorg zoals beschreven in de kwaliteitsstandaarden kan resulteren in extra druk op bepaalde beroepsgroepen, verschuiving van inzet van de ene naar de andere beroepsgroep, maar mogelijk ook in minder werkdruk doordat de standaard goed wordt uitgevoerd en/of professionals beter samenwerken.

Ook blijken er in de praktijk behoorlijk wat problemen te zijn bij verwijzingen, met name veel te lange wachttijden voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen die verwezen worden naar de S GGZ.

Landelijke afspraken

In het bestuurlijk akkoord is benoemd dat op dit moment sprake is van (ernstige) arbeidsmarktproblematiek. Voor zorg en welzijn wordt in 2022 een groot personeelstekort verwacht. De bestuurlijk akkoorden (ggz en huisartsenzorg) bevatten hiervoor een aantal actiepunten:

- Bestaande (behandel)capaciteit kan beter ingezet via vermindering van administratieve lasten en

een betere taakverdeling, beter benutten van de mogelijkheden die functiedifferentiatie en taakherschikking bieden, alsook het opleiden van professionals in de ggz, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in gericht in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

- (Tijdelijk) verruimen van capaciteit van regiebehandelaren en investeren in optimaal gebruik van (behandel)capaciteit door mee te werken aan actieprogramma 'werken in de zorg'.
- Meer inzet van praktijkondersteuners ggz of consultatie van ggz-expertise in de huisartsenpraktijk.

Met de acties zoals beschreven in de bestuurlijk akkoorden en inzicht in de juiste capaciteitsbehoefte, wordt een basis gelegd voor de aanpak van de arbeidsmarktknelpunten in de ggz.

8.5.4 Behandelaanbod

Landelijke afspraken

De ggz-sector kent een divers zorgaanbod: grote en kleinere ggz-instellingen met eigen personeel en een groot aantal vrijgevestigde zorgverleners. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken gezamenlijk afspraken over het benodigde behandelaanbod in de regio. Gemeenten bepalen zelf de omvang van het budget voor zorg maar ook de manier waarop zij de verschillende onderdelen van het sociaal domein willen organiseren. Als blijkt dat zorgaanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds, dan moet het voor patiënten helder zijn waar zij terecht kunnen voor zorg. Zorgaanbieders en financiers in de regio hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de wachttijden aan te pakken. Als er te weinig behandelaren zijn, dan is het de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om mensen te wijzen op de zorgbemiddeling

zorgbemiddeling: Zie hiervoor ook het document Q&A Wachttijden Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, november 2018.

[Meer informatie](#)

door hun eigen zorgverzekeraar. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het bestuurlijk akkoord.

Lokale oplossingsrichtingen

Betere samenwerking tussen ggz-instellingen in de regio, bijvoorbeeld als het gaat om het draaien van ANW-diensten. Een voorbeeld: in sommige regio's worden ANW-diensten bijna geheel door een klein clubje psychiaters in vaste dienst gedaan, terwijl ook psychiaters niet in vaste dienst bereid zijn mee te draaien in deze diensten. Door hier goede afspraken over te maken, kan er voldoende capaciteit en aanbod geregeld worden in de regio.

8.5.5 Financiering

Landelijke afspraken

In het 'Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022' hebben alle betrokken

partijen de ambitie uitgesproken om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat zorg zowel nu als op de lange termijn fysiek, tijdig én financieel toegankelijk blijft voor iedereen die dat nodig heeft. Ook is afgesproken er naar te streven op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei.

Lokale oplossingsrichtingen

Het bestuurlijk akkoord regelt dat gemeenten en zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders in de 'brede ggz' stapsgewijs regionaal afspraken maken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Het cliënt- en familieperspectief is hierbij vertegenwoordigd. De volgende thema's zullen, afhankelijk van de regionale situatie, in meerdere of mindere mate aan de orde zijn:

- Preventie en vroegsignalering.
- De aanpak van personen met verward gedrag.
- Brede triage en consultatie.
- De opbouw van ambulante zorg en ondersteuning.
- De bekostiging van samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein.
- De benodigde aanpak met betrekking tot de (financiering van) EPA / multiproblematiek-doelgroep.
- Overgang 18-/18+.
- De invulling van crisis- en ANW-uren.
- De rol en bekostiging van herstelacademies en zelfregiecentra.

Hoewel afspraken zijn gemaakt om toe te werken naar regionale afspraken over integrale zorg en daaruit volgend een integrale bekostiging, zijn we daar nu nog niet. Dat is ook te merken aan de knelpunten ten aanzien van financiering die worden genoemd rondom implementatie van de kwaliteitsstandaarden:

- Hoe is de continuïteit van zorg én bekostiging te borgen, bijvoorbeeld bij de overgang 18-/18+, continueren van dagbesteding als de behandeling stopt of het financieren van contingentie management bij verslaving.
- Hoe kunnen we komen tot integrale bekostiging bij specifieke doelgroepen zoals kwetsbare ouderen, mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) of mensen met zowel somatische als psychiatrische problematiek?
- Hoe kunnen we komen tot een passende bekostiging voor bijvoorbeeld inzet ervaringsdeskundigen, inzet op preventie, zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid (ZB), zorg aan patiënten met eetstoornissen in een gespecialiseerd centrum of inzet diëtist bij deze groep patiënten.

In het bestuurlijk akkoord zijn afspraken gemaakt over hoe deze vraagstukken de komende jaren kunnen worden opgelost. Zo hebben partijen zich gecommitteerd aan afspraken uit het actieprogramma Zorg voor de Jeugd voor wat betreft het inzetten van acties gericht op het soepel verlopen van de overgang naar volwassenheid (18-/18+). En subsidieert VWS op dit moment preventiecoalities, bedoeld om structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen te stimuleren en activeren.

8.5.6 ICT

(Goede en snelle) informatie uitwisseling en toegankelijkheid van informatie, waarbij de privacy van de patiënt optimaal wordt geborgd, zijn belangrijke randvoorwaarden voor samenwerking tussen zorgprofessionals binnen hun professionele netwerk. De implementatie van kwaliteitsstandaarden vraagt om verdere optimalisatie van gegevensuitwisseling via ICT.

Landelijke afspraken

In het zorgbrede '[Actieplan \(Ont\)Regel de zorg](#)' is een sectoraal actieplan curatieve ggz vastgesteld. Daar waar stroomlijning van gegevensuitwisseling bij ICT-toepassingen niet mogelijk of wenselijk is treden partijen met elkaar in overleg in het Informatieberaad Zorg en kunnen partijen gezamenlijk tot besluitvorming komen. Ook besteedt het actieplan aandacht aan vermindering van administratieve last als gevolg van het EPD en aan ICT-problematiek.

Daarnaast wordt er door het ministerie van VWS geïnvesteerd in het [Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional \(VIPP\) GGZ](#). Het gaat om een budget voor instellingen die Zvw-zorg leveren om de informatievoorziening in de curatieve geestelijke gezondheidszorg te verbeteren, door het implementeren van standaarden voor gegevensuitwisseling tussen patiënt en professional, het beschikbaar stellen van deze informatie aan de patiënt, het veilig verstrekken van (informatie over) medicatie en de inzet van eHealth bij de behandeling.

Lokale oplossingsrichtingen

Welke informatie, voor welke professionals, bij welke doelgroepen, bij welke aanbieders nodig is, is een keuze die lokaal gemaakt dient te worden. Of informatie over een eerdere suïcidepoging of informatie over medicatiegebruik en mogelijke bijwerkingen bijvoorbeeld standaard beschikbaar moet zijn óf dat alle informatie over een patiënt ook voor vaktherapeuten en huisartsen via het ICT systeem van de instelling te raadplegen moet zijn, zijn keuzes die binnen het professionele netwerk en met betrokken zorgaanbieders worden gemaakt. Dát zorgprofessionals (snel) toegang moeten hebben tot (goede) informatie gegeven bestaande werkafspraken (zie hiervoor het Kwaliteitsstatuut waar iedere zorgaanbieder over dient te beschikken) én beschikbare ICT toepassingen om de continuïteit én de kwaliteit van de zorg die men met elkaar nastreeft te waarborgen, is hierbij het uitgangspunt. Dit zou bijvoorbeeld gerealiseerd kunnen worden via een zorginfrastructuur of schakelpunt.

8.6 Specifieke implementatie thema's

8.6.1 Inleiding

Dit implementatieplan beschrijft de invoering van kwalitatief goede, cultuur sensitieve zorg zoals omschreven in de generieke module 'Diversiteit'.

Uitgangspunt in de generieke module Diversiteit is dat aandacht voor en nieuwsgierigheid naar culturele diversiteit binnen de behandelrelatie bijdraagt aan het verbeteren van de aansluiting. Ook draagt het bij aan doeltreffendheid van zorg en een vermindering van de etnische verschillen in gebruik en kwaliteit van de ggz. Bewustzijn van de eigen culturele normen en waarden, hoe deze kan verschillen van die van de patiënt en hoe respectvol met die verschillen kan worden omgegaan, zijn de uitdagingen van deze module. Stereotyperingen moeten voorkomen worden.

Deze module richt zich met name op bewustwording zodat er kwalitatief goede cultuursensitieve zorg geleverd kan worden. Bewustwording en kennisdeling, zijn sleutelwoorden in dit implementatieplan. Daarnaast is de toegankelijkheid van zorg voor mensen met een migratieachtergrond een probleem. Dit kan door schaamte komen, door onbekendheid met het Nederlandse zorgstelsel, doordat men de Nederlandse taal onvoldoende machtig is, maar ook dat de therapeutische alliantie niet goed tot stand komt doordat er te weinig gekeken wordt vanuit de persoonlijke situatie van de patiënt.

Het valt niet vast te stellen of de implementatie van deze module leidt tot verschuivingen in het zorgaanbod.

8.6.2 Bewustwording en kennisdeling

Bepaalde kennis, attitude en vaardigheden zijn nodig om cultuursensitief met elkaar om te gaan. Deze competenties moeten versterkt worden. Bewustwording dat een ander de wereld anders ziet én voldoende kennis over het andere culturele perspectief, draagt bij aan wederzijds begrip. Naast kennis van andere culturen is het vermogen van de zorgprofessional om de eigen cultuurgebonden uitgangspunten en gewoonten kritisch te evalueren, essentieel.

Specifiek voor de GM Diversiteit gaat het om de impact van de migratieachtergrond op de therapeutisch samenwerking (denk daarbij aan wijze van communiceren, minder reguliere hulpvragen, afstemmen wederzijdse verwachtingen, mogelijk effect van uitsluiting en discriminatie). Daarnaast vraagt het afnemen van een migratieanamnese, interculturele diagnostiek en het kiezen van de juiste interventies ook de nodige kennis.

Landelijke afspraken

Om het bewustzijn te vergroten, zal voorlichting worden aangeboden.

- Een breed trainingsaanbod (inclusief aandacht binnen alle opleidingen) op het gebied van diversiteit. Gericht op alle echelons, op alle professionals en ervaringsdeskundigen. Kenniscentrum Pharos biedt diverse trainingen aan.
- Spreken op congressen.
- Artikelen publiceren in (vak)bladen.
- Handzame praktische tools ontwikkelen en actief verspreiden.
- De insteek is het brede ggz-veld, inclusief de verslavingszorg en het sociale domein.

Om kennis te verbreden, is onderwijs onmisbaar. De landelijke afspraken zoals vermeld in het algemene deel van het implementatieplan bieden voldoende antwoord als het gaat om het thema scholing.

Lokale oplossingen

Uit '[diversiteit in de ggz](#)' blijkt dat ongeveer de helft van de organisatie een visie op diversiteit heeft.

Bron: Inventarisatie diversiteit in de GGZ – verslag van een enquête onder ggz-professionals; Jody Mika, Marjolijn Distelbrink, Gusta Wachter; Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2016.

De zorgaanbieder die hier nog geen visie op hebben doen er goed aan om op dit onderwerp op te pakken zodat bewustwording en kennis ook beter binnen de organisatie kan worden geborgd.

8.6.3 Toegankelijkheid van zorg

De toegankelijkheid van zorg voor mensen met een migratieachtergrond is minder. Dit werkt ook door in het hele behandelproces. Vanuit verschillende culturele achtergronden kan de uiting van klachten zich verschillend manifesteren, waardoor klachten verkeerd kunnen worden geïnterpreteerd.

Landelijke afspraken en lokale oplossingen

Door bewustwording en kennisdeling kan een aantal zaken worden opgelost, maar voor enkele punten is toch extra aandacht nodig:

- Aandacht voor diversiteit bij primaire verwijzers: zorg dat mensen met klachten die een psychiatrische grondslag hebben maar waarbij klachten zich anders manifesteren, niet terecht komen in het sociale domein, bij de fysiotherapeut of bij bijvoorbeeld een medisch specialist.
- De taalbarrière wegnemen: gebruik eenvoudige taal bij het verstrekken van informatie aan patiënten, waar mogelijk kan de noodzakelijke informatie in de eigen taal worden aangeboden of kan gebruik gemaakt worden van tolken.
- Herkenbaarheid en veiligheid vergroten: zorg voor een cultureel divers samengesteld team en een cultuur sensitieve (behandel)omgeving.
- In de diagnosestelling rekening houden met de 'culture-related diagnostic issues' uit de DSM-5. Een tool die hierbij gebruikt kan worden is het CFI (Cultural Formulation Interview) uit de DSM-5.
- De toegankelijkheid van zorg is voor een aantal groepen extra moeilijk. Specifieke aandacht is hierbij nodig voor asielzoekers, vluchtelingen en mensen die ongedocumenteerd (en daardoor onverzekerd) zijn. Ook de hogere no-show bij deze doelgroep is een punt van aandacht.

8.6.4 Samenwerking

Mensen met een migratieachtergrond vinden niet altijd eenvoudig hun weg in de zorg. Goede samenwerking op diverse niveaus kan dit verhelpen:

- Goede samenwerking tussen informele groepen, maatschappelijk organisaties en formele zorgaanbieders verlaagt de drempel tot zorg.
- Daarnaast is ook goede samenwerking binnen een instelling of tussen zorgaanbieders van belang. Mensen die gespecialiseerd zijn in cultuursensitieve behandeling of mensen die door een andere culturele bril kijken, kunnen collega's gevraagd en ongevraagd van advies voorzien.
- En tot slot de samenwerking tussen hulpverlener, patiënt en het systeem rondom de patiënt (de naasten, familieleden en gemeenschap). Bij de evaluatie van de behandeling is het aan te raden ook

de therapeutische samenwerking te evalueren.

Landelijke afspraken

De landelijke afspraken zoals vermeld in het algemene deel van het implementatieplan bieden voldoende antwoord op dit implementatievraagstuk.

Lokale oplossingen

Er is niet bekend wat er binnen regio's, instellingen of tussen zorgaanbieders gebeurt om door samenwerking de benodigde cultuur sensitieve zaken op orde te krijgen. Een inventarisatie van deze lokale oplossingen zou kunnen helpen om hier inzicht in te krijgen. Waar is dit reeds goed geborgd en waar is er extra aandacht nodig.

8.6.5 Capaciteit

Er is mogelijk sprake van een (capaciteits)vraagstuk daar waar het gaat over de diversiteit in het personeelsbestand in verhouding tot de diversiteit binnen de verschillende patiëntengroepen. Er is echter onvoldoende informatie beschikbaar om deze verhouding te concretiseren. Er kan geïnventariseerd worden hoe men zich inzet voor diversiteit binnen het personeelsbestand.

Lokale oplossingen

Een zorgaanbieder zal zich bewust moeten zijn van het eigen personeelsbestand en van de eigen patiëntenpopulatie. Wanneer er deze veel verschillen, dan zal gekeken moeten worden hoe dit bij de zorgaanbieder kan worden overbrugd. Bijvoorbeeld door consultatie van collega's of extra training.

8.6.6 Behandelaanbod

Om als professional te werken volgens de module, is het van belang om kennis te hebben van interculturele psychodiagnostiek. Afhankelijk van iemands migratieachtergrond, zal gekeken worden welke interventie het beste past bij deze patiënt en zijn/haar unieke situatie. Pas als er rekening gehouden is met de culturele diversiteit, met zo nodig de culturele aanpassingen aan de interventies, kan de professional samen te werken met de patiënt aan herstel.

8.6.7 Financiering

Voor implementatie van de module is een aantal zaken een randvoorwaarde:

- Het opbouwen van een behandelrelatie met iemand met een migratieachtergrond kan meer tijd kosten dan met iemand zonder (of met dezelfde) migratieachtergrond. Met name huisartsen en professionals in de generalistische basis ggz hebben hier te weinig tijd voor.
- De kosten voor het inzetten van een professionele tolk worden sinds 2012 niet meer vergoed door de overheid. Er is een 'kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg' ontwikkeld; hierin is een beoordelingsschema opgenomen om in te schatten of het inzetten van een professionele tolk noodzakelijk is.

Lokale oplossingen

Voor huisartsenzorg kan voor de kosten van de inzet van tolken in diverse regio's een beroep worden gedaan op een van de regionale Achterstandsfonds voor de ondersteuning van [huisartsenzorg in achterstandswijk](#). Informatie hierover is te verkrijgen bij het regionale Achterstandsfonds. Voor alle overige sectoren in de zorg is er op dit moment geen mogelijkheid om tolkkosten te declareren.

Bij de zorginkoop (Zvw en JW) kan de (mogelijke) inzet van extra tijd en van tolken worden besproken. Zorgaanbieders maken financiële afwegingen, waarbij de inzet van tolken veelvuldig wordt wegbezuinigd, of er voor goedkopere inbel-mogelijkheid wordt gekozen. Een fysiek aanwezige tolk kan echter veel meer vertalen dan enkel de woorden.

8.6.8 Monitoring en evaluatie

Het registreren of iemand een migratieachtergrond heeft is wettelijk gezien alleen toegestaan voor de behandeling en niet voor andere doeleinden, tenzij de patiënt hier uitdrukkelijke toestemming voor geeft. Hierdoor zal het lastig worden om de impact van deze module in de praktijk te volgen.

Wel kan er onderzoek gedaan worden bij zorgaanbieders naar mensen die vroegtijdig hun behandeling staken (drop-outs) met daarbij extra aandacht voor personen met een migratieachtergrond. Bij de drop-outs zitten vaker mensen met een migratieachtergrond, zij kunnen aangeven waarom de behandeling voor hen niet werkte. Als dat te maken heeft met deze migratieachtergrond en het feit dat de behandeling daar niet voldoende op aansloot, dan kan een verbeterproces worden ingezet.

9. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 27-09-2018 Beoordelingsdatum 27-09-2018

9.1 Literatuurverantwoording

Voor deze generieke module is op verschillende manieren naar literatuur gezocht. Er is gestart met literatuur die de auteurs en werkgroepleden zelf aandroegen als relevant. Dit konden Nederlandse of internationale bronnen zijn; er is geen strenge meetlat langs gelegd wat betreft wetenschappelijke waarde. Het betrof – naast in internationale tijdschriften gepubliceerde artikelen – bijvoorbeeld ook methodiekbeschrijvingen of -onderbouwingen en onderzoeken waarover in rapporten is gepubliceerd ('grijze literatuur'). Tevens is aangesloten bij de interculturele addenda bij de multidisciplinaire richtlijnen angststoornissen, schizofrenie en depressie (Trimbos 2015; Mikado, 2008, 2010). Hierin staan aandachtspunten beschreven bij behandeling van migranten en vluchtelingen op basis van evidentie in de onderzoeksliteratuur. Er zijn voorts stoornisspecifieke richtlijnen en richtlijnen van beroepsverenigingen gezien op aanwijzingen over werkzaamheid of benodigde aanpassingen voor bereik en behandeling van patiënten uit de doelgroep.

Vervolgens is – om te toetsten op volledigheid en brede acceptatie van inzichten – een wetenschappelijke search uitgevoerd met strengere eisen (om de belangrijkste inzichten te vinden). Deze bijlage schetst de criteria voor, en de gevolgde systematiek tijdens het includeren van deze wetenschappelijke literatuur (onderverdeeld in niveaus van evidence) en best practices (zie [Goede voorbeelden](#)).

Wetenschappelijke literatuur

Een systematische literatuurstudie is verricht (door medewerkers van de Arq bibliotheek) naar wat er bekend is over werking van methoden of behandelwijzen bij etnisch diverse populaties, waarna in eerste instantie de relevante internationale systematic reviews en meta-analyses, alsook onderzoeken specifiek gericht op de Nederlandse context, zijn geselecteerd. De volgende bronnen zijn benut (geselecteerd door de Arq bibliotheek i.o.m. de onderzoekers):

- Ovid Medline
- PsycInfo (Ovid)
- Ovid Evidence Based Medicine Reviews, bevat:
- ACP Journal Club
- Cochrane Central Register of Controlled Trials
- Cochrane Database of Systematic Reviews
- Cochrane Methodology Register
- Database of Abstracts of Reviews of Effects
- Health Technology Assessment
- National Health Service Economic Evaluation
- Embase (Ovid)
- PILOTS: Published International Literature On Traumatic Stress

De volgende zoektermen zijn daarbij gehanteerd:

- Vluchtelingen, asielzoekers, migranten, etnische groepen, etnische minoriteiten, migrants, refugees, ethnic minorities, cultural diversity;
- Psychotherapie, mental health care, mental health interventions, psychotherapy;
- Richtlijnen, systematic reviews, meta-analyses, clinical trial, RCT, efficacy, effectiveness;
- Cultural competence, culture sensitive interventions.

Qua zoekstrategie is gebruik gemaakt van zogenaamde thesaurustermen. Een thesaurus kent een boomstructuur. Wanneer je zoekt op een hoger liggende term en je 'explodeert' deze term, dan worden onderliggende termen ook meegenomen in de zoekactie. Wanneer je zoekt op 'vervoersmiddelen' en deze wordt 'geëxplodeerd', dan zoek je ook op 'auto's', 'fietsen' e.d. De zoektermen onder de eerste bullet zijn steeds gecombineerd met zoektermen uit de volgende drie bullets.

De records zijn in Endnote ontdebeld volgens de methode in Bramer, W. M., Giustini, D., de Jonge, G. B., Holland, L., & Bekhuis, T. (2016). De-duplication of database search results for systematic reviews in EndNote. Journal of the Medical Library Association: JMLA, 104(3), 240.

Deze resultaten zijn gerealiseerd:

Database	hits	dubbelen in Endnote	aanwezig in Endnote
Ovid Medline	30		
PsycInfo	48		
All EBM Reviews	5		
Embase	75		
PILOTS	5		
Totaal	163	58	105

Het volledige logboek van de search (25 pagina's) kan worden opgevraagd via de samenstellers van de generieke module.

Deels waren de gevonden studies al door de auteurs van de module of de werkgroepleden aangedragen. Uit de search is een selectie gemaakt door de samenvattingen te lezen. Artikelen waarvan bleek dat ze niet over cultuursensitief werken gingen, of over de toepasbaarheid van methoden in de GGZ voor specifieke groepen, of waarvan bleek dat ze heel specifiek gingen over het optreden van specifieke stoornissen bij specifieke groepen, vaak niet in Nederland, zijn uitgesloten van opname in de module. Van de overgebleven referenties zijn de artikelen opgevraagd en bekeken; daarbij bleken er opnieuw een aantal uit te vallen omdat ze toch niet gingen over het onderwerp van de module (of te specifiek waren). Uiteindelijk is een twintigtal referenties uit de lijst relevant bevonden en opgenomen in het rapport. Daarbij is gelet op de wetenschappelijke waarde of de bewijskracht; meta studies die relevant waren zijn altijd opgenomen; afzonderlijke studies over 1 onderzoek vaak ook; dan is wel gelet op het niveau van de bewijskracht (was er een controlegroep, een voor- en nameting, etc). In de module is uiteindelijk – doordat ook veel bronnen zijn benut die

van de auteurs en werkgroep afkomstig zijn – niet een strenge selectie aangehouden als het gaat om het niveau van bewijskracht.

Best practices

Voor deze module is ook gezocht naar ‘best practices’; ofwel methodieken of werkwijzen die goede voorbeelden vormen van cultureel sensitief werken in de GGz waarvan we weten dat ze werken voor migranten (theoretisch goed onderbouwd of evidentie van werkzaamheid in de praktijk). Dit vanwege de behoefte van beroepskrachten (uit onze peiling, zie onder) aan praktische handvatten. Grotendeels betreft het methodieken of werkwijzen die specifiek zijn ontwikkeld voor vluchtelingen of andere migrantengroepen, deels zijn ze preventief van aard. Ze zijn gevonden in databanken met werkzame methoden, via werkgroepleden en via de peiling (online enquête en telefonische interviews). Uiteindelijk is een selectie gemaakt van beschreven en tot op zekere hoogte onderzochte of theoretisch onderbouwde werkwijzen. In bijlage II staan de werkwijzen beschreven.

Peiling

Via een online enquête is aan het begin van de ontwikkeling van de module geïnventariseerd welke oorzaken er zijn voor het beperkte gebruik van bestaande cultuursensitieve interventies, om de praktische toepasbaarheid van de generiek module te waarborgen. Daarbij is ook gevraagd naar goede voorbeelden. Er is vervolgens een tiental verdiepende interviews gehouden met personen van wie uit de enquête bleek dat zij interessante methodieken of werkwijzen kenden. Daarin is nog eens specifiek doorgevraagd naar goede voorbeelden van werkwijzen en methodieken. De werkwijze en resultaten van de enquête zijn terug te vinden in Mak, Distelbrink & Wachter (2016).

Bron: Mak, J., Distelbrink, M., & Wachter, G. (2016). Inventarisatie diversiteit in de GGz. Verslag van een enquête onder GGz-professionals. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

De bevindingen uit de interviews zijn waar mogelijk verwerkt in de moduletekst.

9.2 Goede voorbeelden

Zoals vermeld in de [literatuurverantwoording](#) is voor deze module gezocht naar goede voorbeelden van methodieken die ofwel specifiek zijn ontwikkeld voor migrantengroepen; ofwel blijkens onderzoek werkzaam zijn bij migrantengroepen; ofwel helpen beter aan te sluiten bij een diverse populatie. Om de methodieken te vinden is gezocht in enkele databanken (RIVM; NJI, databank effectieve jeugdinterventies); en ook zijn methodieken aangedragen door werkgroepleden en door ondervraagden in de peiling (zie ook [samenstelling werkgroep](#)).

We beginnen deze bijlage met het beschrijven van enkele methodieken die specifiek zijn ontwikkeld voor migrantengroepen (en in werkwijze daar goed op aansluiten). Het betreft (hoewel hier niet specifiek naar is gezocht) grotendeels groepsaanpakken die zijn bedoeld voor mensen met (lichte) depressieve klachten. Deels betreft het meer preventie dan behandeling. De hier geselecteerde methodieken zijn goed beschreven en onderzocht. Het meer toepassen van deze methodieken kan

zorgen voor vermindering van klachten en daarmee van instroom in de specialistische GGz als problemen groter zijn geworden.

Algemene methodieken of instrumenten waarvan uit onderzoek blijkt dat ze werken voor mensen met een migratie achtergrond zijn niet hier beschreven maar waar relevant in de lopende tekst van de module opgenomen.

We beschrijven aan het eind van deze bijlage enkele werkwijzen voor de GGz of tools om beter te communiceren met cliënten met andere taal- of culturele achtergronden: Beschermjassen, Een taal erbij en de Yucel methode. Al deze methoden worden ingezet in de GGz, volgens bronnen die wij raadpleegden; maar ze zijn nog niet onderzocht of opgenomen in een databank als theoretisch onderbouwd.

Enkele groepsaanpakken, specifiek ontwikkeld voor migranten met depressieve klachten (onderzocht of onderbouwd).

Lichte dagen donkere dagen

De cursus 'lichte dagen donkere dagen' is bedoeld voor mensen van Marokkaanse of Turkse afkomst met (lichte) depressieve klachten (RIVM, 2016). Het doel van de cursus is de negatieve spiraal van depressiviteit te doorbreken en daardoor klachten te verminderen en terugval te voorkomen (Noordenbos, 2007). Gedurende 13 weken vinden er bijeenkomsten plaats met maximaal 10 deelnemers. De deelnemers krijgen informatie over depressiviteit, spanning, assertiviteit en de manier waarop gedachten de stemming kunnen beïnvloeden (RIVM, 2016). Daarnaast wordt er aandacht besteed aan de relatie tussen lichamelijke en psychische klachten en aan mogelijke (migratie gebonden) oorzaken van depressiviteit (Noordenbos, 2007). Naast het opdoen van kennis maken de deelnemers zich ook praktische vaardigheden eigen. Dit doen ze door het doorwerken van een cursusmap, het maken van huiswerk en het doen van oefeningen. Het is de bedoeling dat de deelnemers deze aangeleerde vaardigheden vervolgens kunnen inzetten bij het overwinnen van hun depressieve gevoelens (RIVM, 2016).

Door middel van een voor- en na meting wordt gekeken of de cursus heeft geleid tot afname van depressieve klachten bij de deelnemers. Er vindt een eindgesprek plaats met elke deelnemer waarin de resultaten worden besproken en waarna eventuele vervolgstappen worden genomen in het kader van stepped care (Welfing & Laban, 2011).

De cursus 'lichte dagen, donkere dagen' is een cultuur-specifieke variant van de evidence based depressie-preventie cursus 'In de put, uit de put', ontwikkeld door het Trimbos Instituut (Can & Verdouw, 2003). Deze cursus is op zijn beurt weer voortgekomen uit de cursus Omgaan met Depressie, ontwikkeld in de Verenigde Staten (Lewinsohn e.a. 1984 in Welfing & Laban, 2011; Cuijpers, 1994).

De effectiviteit van de oorspronkelijke cursus is getest aan de hand van meerdere onderzoeken. Uit twee meta-analyses komen positieve effecten naar voren (Cuijpers, 1998; Cuijpers, Muñoz, Clarke, Lewinsohn (2009) .

Er zijn ook twee Nederlandse effectstudies uitgevoerd naar de effecten van de volwassenen variant. Een onderzoek van Allart-van Dam, Hosman, Hoogduin en Schaap (2003) naar de korte termijn

effecten van 'Omgaan met depressie' onder Nederlandse participanten laat zien dat de cursus op de korte termijn effectief is in het verminderen van depressieve symptomen. In hun follow-up onderzoek bleek dat de cursus tevens effectief is in het verminderen van depressieve symptomen op de lange termijn (6 en 12 maanden later) (Allart-van Dam, Hosman, Hoogduin & Schaap, 2007).

Uit onderzoek naar de 55+ versie van 'in de put, uit de put' blijkt dat er bij mensen die meededen aan de cursus gemiddeld een grote verbetering zichtbaar was in de depressieve klachten in vergelijking met de wachtlijstgroep (Haringsma et al, 2001 in Voordouw, Kramer & Cuijpers, 2002). Het gaat hier om resultaten op korte termijn. Er is ook onderzoek gedaan naar de resultaten van deze versie op de lange termijn. De interventie blijkt een significant effect op de afname van depressieve klachten te hebben (Haringsma, Engels, Cuijpers & Spinhoven, 2006). Het RIVM heeft de cursus 'in de put, uit de put, de status 'sterke aanwijzing voor effectiviteit' gegeven (RIVM, 2016). De cultuur-specifieke versie 'lichte dagen, donkere dagen' is echter nog niet uitgebreid onderzocht.

Gebruikte bronnen

- Databank RIVM
- RIVM (2016) In de put, uit de put bij volwassenen: zelf depressiviteit overwinnen. Verkregen op 13 januari 2016 via: <https://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/1400698>
- RIVM (2016) Lichte dagen, donkere dagen. Verkregen op 13 januari 2016 via: <https://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/l/1400779/>
- Onderzoek naar 'omgaan met depressie' en 'in de put, uit de put'
- Allart-Van Dam, E. & Hosman, C.M.H. (2002). De invloed van sociaal-economische status en sekse op het effect van de 'Omgaan met depressie' cursus. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen (TSG), 80 (4), 262-268.
- Allart-van Dam, E., Hosman, C. M., Hoogduin, C. A., & Schaap, C. P. (2003). The coping with depression course: Short-term outcomes and mediating effects of a randomized controlled trial in the treatment of subclinical depression. Behavior Therapy, 34(3), 381-396.
- Allart-van Dam, E., Hosman, C. M. H., Hoogduin, C. A. L., & Schaap, C. P. D. R. (2007). Prevention of depression in subclinically depressed adults: follow-up effects on the 'Coping with Depression'course. Journal of Affective Disorders, 97(1), 219-228.
- Cuijpers, P. (1998a). A psychoeducational approach to the treatment of depression: A meta analysis of Lewinsohn's 'Coping With Depression'Course. Behavior Therapy, 29, 521-533.
- Cuijpers, P., Muñoz, R. F., Clarke, G. N., & Lewinsohn, P. M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: the 'Coping with Depression' course thirty years later. Clinical Psychology Review, 29(5), 449-458.
- Haringsma, R., Engels, G.I. & Spinhoven, P. (2001). Efficacy of program 'Coping with depression for elderly', preliminary results. Presentatie op AABT congres 2001 te Vancouver, Canada.
- Haringsma, Engels, Cuijpers & Spinhoven, 2006 in Vilans. Interventie: In de put, uit de put. Verkregen via <http://www.vilans.nl/dei/Publicatie-beschrijving-site-in-de-put-uit-de-put.pdf>
- Voordouw, I., Kramer, J., & Cuijpers, P. (2002). In de put, uit de put. Zelf depressiviteit overwinnen. Een handreiking voor coördinatoren en begeleiders van de cursus voor volwassenen en 55+. Utrecht: Trimbos-Instituut

Handleiding

- Can, M, Verdouw, I. (2003). Draaiboek Lichte dagen, donkere dagen, Utrecht: Trimbos Instituut

- Lewinsohn P.M., Antonucci D.O., Breckenridge J.S., Teri. L. (1984) The Coping With Depression Course Eugene: Castalia Publishing Company .

Overig

- Cuijpers P. (1994) 'Omgaan met depressie.' Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting.
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J.L., Dalgard, O.S., Page, H., Lehtinen, V., Casey, P., Wilkinson, C., Vazquez-Barquero, J.L., Wilkinson, G. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. British Medical Journal, 321, 1-6 .
- Noordenbos. (2007). Aandacht voor Sekse- en cultuurspecifieke aspecten in de behandeling van depressie. Een aanvulling op de Multidisciplinaire richtlijn depressie. Utrecht: TransAct.
- Welfing, M. & Laban, C. J. (2011). Toekomstgericht en intercultureel werken aan preventieve ggz. Aanbevelingen voor onderzoek en uitvoering van preventieve ggz voor migrantenjeugd, subgroepen allochtone volwassenen en asielzoekers en vluchtelingen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Mind-Spring

Mind-Spring is een preventief interventieprogramma voor volwassen asielzoekers en vluchtelingen in de eigen taal en cultuur. Het is een programma waarin vluchtelingen en asielzoekers getraind worden om psycho-educatie en psychosociale hulp te bieden aan andere vluchtelingen en asielzoekers (Uitterhaegen, 2005). Het doel is dat asielzoekers en vluchtelingen hun eigen problemen leren herkennen en zelf leren hoe ze hiermee om moeten gaan om zo erger te voorkomen.

De psycho-educatie cursus wordt gegeven in de eigen taal en er wordt rekening gehouden met de cultuur en gewoontes van de deelnemers (Sterk, 2010). De getrainde vluchteling of asielzoeker werkt samen met en wordt begeleid door een GGz medewerker. Beiden volgen een opleidingstraject om de methodiek te leren en werken met een handboek. De getrainde vluchteling of asielzoeker is ervaringsdeskundige die de eigen taal en cultuur van de deelnemers beheerst. De GGz medewerker bewaakt de kwaliteit van de cursus en heeft kennis van psychosociale processen. Deze persoon kan daardoor psychische problemen signaleren en wanneer nodig deelnemers doorverwijzen naar geschikte hulp (Verschoor, Visser en Visser, 2010). De mogelijkheid voor deelnemers om zich tijdens de cursus uit te kunnen drukken in hun eigen taal heeft een positieve invloed op het overbrengen van emoties, discussies voeren, leren omgaan met problemen en empowerment. Daarnaast biedt de werkwijze de mogelijkheid om problemen in de context van de cultuur van de deelnemer te zien en tot cultuurspecifieke oplossingen te komen (www.mind-spring.org). Doordat deelnemers zich realiseren dat hun problemen een normale reactie zijn op hun verleden wordt de drempel naar de GGz verlaagd (Mijnheer, 2004).

De methodiek Mind-Spring is ontwikkeld door het Nederlands Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Dijk en Duin in samenwerking met enkele asielzoekers en de Medische Opvang Asielzoekers (Mijnheer, 2004). De eerste cursus werd in 2002 op AZC's gegeven. Volgens onderzoek van enkele jaren terug voerden op dat moment twintig GGz instellingen Mind-Spring cursussen uit in hun werkgebied (Sterk, 2010). Vanwege het succes wordt het programma ook in België, Denemarken, Sierra Leone en Burundi uitgevoerd. Momenteel wordt er daarnaast ook gewerkt aan een versie van de Mind-Spring methodiek die aansluit bij kinderen en jongeren (www.mind-spring.org/junior).

In 2011 werd Mind-spring door de RIVM erkend op het niveau van theoretisch goed onderbouwd (van den Berg & van Dijk, 2011). Tot dusver zijn er geen effectiviteit onderzoeken uitgevoerd. In 2010 is er door de HVU wel een haalbaarheidsonderzoek uitgevoerd aangaande de samenwerking met Vluchtelingen Werk Nederland. Een deel van dit onderzoek richtte zich op de vraag: 'wat kan er gezegd worden over de effectiviteit van Mind-Spring'? (Verschoor, Visser en Visser, 2010). Deze vraag is beantwoord aan de hand van interviews met deelnemers aan en aanbieders van de cursus en door middel van observaties tijdens groepsbijeenkomsten. Hoewel de auteurs aangeven dat de effectiviteit moeilijk te meten is, concluderen ze dat de effectiviteit waarneembaar is aan de hand van een aantal punten (p. 43, 44):

- De methodiek van Mind-Spring is te vergelijken met ervaringen en reeds bestaande methodieken uit de hulpverlening gericht op dezelfde doelgroep.
- De ervaringen met Mind-Spring van verschillende gemeenten zijn erg positief. Deze ervaringen zijn mee te nemen in de waarneembare effecten van Mind-Spring. De ervaringen betreffen vooral betere resultaten op de inburgeringscursus en het aanpassingsvermogen van de deelnemers.
- Het concept 'voor en door vluchtelingen' is effectief.
- De geïnterviewde deelnemers zijn enthousiast over Mind-Spring. Ze geven allen aan dat Mind-Spring erg goed werkt. Ze vinden het fijn dat hun problemen erkend worden en dat ze dit kunnen delen binnen de groep.
- De trainers van Mind-Spring merken aan het gedrag van de deelnemers dat de bijeenkomsten effect hebben

Geraadpleegde bronnen

- Databank RIVM
- www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/1402587
- Berg, G. van den. & Dijk, S. van. (2011). Werkblad beschrijving interventie. Mind-Spring psycho educatie voor en door vluchtelingen en asielzoekers. NJI en RIVM.

Haalbaarheidsonderzoek

- Verschoor, B., Visser, M., en Visser, S. (2010). Samenvatting Onderzoeksrapport Mind-Spring. Utrecht: Hogeschool van Utrecht

Websites

- www.mind-spring.org
- www.mind-spring.org/junior

Overig

- Mijnheer, E. (2004). 'Het leven weer leefbaar maken. Educatieve cursussen voor en door asielzoekers en vluchtelingen'. Zorg en Welzijn
- Sterk, P. (2010). FACTSHEET voor samenwerkingspartners Mind-Spring. Verkregen op 7 januari 2016 via: <http://www.mind-spring.org/?page=FAQ>
- Uitterhaegen, B. (2005). Psycho-education and psychosocial support in the Netherlands; a program by and for refugees. *Intervention*, 3(2), 141-147.

Liever bewegen dan moe

Liever bewegen dan moe is een cursus voor vrouwen met een migrantenachtergrond. Het doel is om depressieve klachten te verminderen door vrouwen aan te zetten tot een gezondere leefstijl. Er wordt voorlichting gegeven over wat een gezonde leefstijl inhoudt en de deelnemers worden letterlijk en figuurlijk in beweging gebracht. De doelgroep bestaat uit vrouwen uit migrantengroepen van 18 tot 65 jaar oud met milde depressieve klachten of een verhoogd risico op depressiviteit. In de praktijk wordt de cursus vaak gegeven aan Turks- en Marokkaans- Nederlandse vrouwen. Er wordt veel gebruik gemaakt van beeldend materiaal in de cursus en de vragenlijsten die gebruikt worden zijn vertaald naar het Turks en Arabisch (van den Berg & van Dijk, 2016).

Liever bewegen dan moe is ontwikkeld door Parnassia-Bavo groep, afdeling preventie Haaglanden en Context (Welfing & Laban, 2011). De cursus bestaat uit acht bijeenkomsten waarin eerst een gezondheidsvoorlichting van een half uur wordt gegeven door een preventiemedewerker van Context. Daarna volgt een beweegonderdeel van een uur die gegeven wordt door een professionele sporttrainer. Ten slotte is er elke bijeenkomst een afsluiting van een kwartier. Er komen tijdens de cursus een aantal thema's aan bod waarover de deelnemers na de bijeenkomsten informatie mee naar huis krijgen. Hieronder staan de thema's die aan bod komen op een rij (van den Berg & van Dijk, 2016).

- Stemming en bewegen
- Spanning en ontspanning
- Piekeren
- Actiever worden
- Gezonde voeding
- Beter slapen
- Actief blijven

Overzier en Wansink (2012) hebben tussen 2008 en 2011 een pilot studie uitgevoerd in Rotterdam. 309 deelnemers hebben bij aanvang van de cursus en na afloop vragenlijsten ingevuld over depressieve klachten, ervaren gezondheid, zorgconsumptie en tevredenheid over de cursus. Depressieve klachten werden gemeten met de MHI-5, ervaren gezondheid met de VAS-schaal van de EQ-5D en zorgconsumptie met huisartsbezoeken in de laatste vier maanden. De tevredenheid over de cursus werd gemeten met vier waarderingsschalen met smileys over de voorlichting, de oefeningen en de begeleiding. Door middel van een t-test is het verschil tussen de scores bij aanvang en na afloop getoetst. De gemiddelde score van de deelnemers op de MHI-5 was significant gestegen van 60,9 tot 64,7. Daarnaast verbeterde de stemming van de respondenten significant, nam het aantal bezoeken aan de huisarts af en nam de ervaren gezondheid significant toe. Ten slotte gaven de deelnemers aan positief te zijn over de cursus, maar liefst 96% gaf aan dat Liever bewegen dan moe een leerzame cursus is. Liever bewegen dan moe is opgenomen in de interventie database van de RIVM en beoordeeld als 'goed onderbouwd' (RIVM, 2016). De erkenningscommissie waardeert met name de brede aanpak van de interventie.

Gebruikte bronnen

- Database RIVM
- Berg, G. van., & Dijk, S. van. (2016). Werkblad beschrijving interventie. Liever bewegen dan moe. NJI en RIVM
- www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/I/1400971/

Pilotstudie

- Overzier, P. M., & Wansink, H. J. (2012). Preventieve training voor allochtone vrouwen: een pilot studie. *Psychopraktijk*, 4(3), 19-21.

Overig

- Welfing, M. & Laban, C. J. (2011). Toekomstgericht en intercultureel werken aan preventieve ggz. Aanbevelingen voor onderzoek en uitvoering van preventieve ggz voor migrantenjeugd, subgroepen allochtone volwassenen en asielzoekers en vluchtelingen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

My Identity

My Identity is een interactieve en cultuur sensitieve groepscursus voor meisjes tussen de 13 en 18 jaar met een niet-Westerse achtergrond die beginnende psychische problemen hebben. De cursus dient ter voorkoming van verergering van deze problemen door deelnemers beter te leren omgaan met het 'leven binnen twee culturen' (Welfing & Laban, 2011). De My Identity cursus bestaat uit acht wekelijkse groepsbijeenkomsten met groepen bestaande uit 8 tot 12 meisjes. De bijeenkomsten worden begeleid door twee cursusleiders en duren ongeveer anderhalf uur. Naast een welkomsten terugkombijeenkomst zijn er verschillende thema's die aan bod komen tijdens de cursus namelijk: identiteit, liefde, veerkracht en positief denken. De cursus geeft de deelnemers inzicht in het ontstaan en de aard van psychosociale problemen en de (formele en informele) sociale kaart. Daarnaast ontwikkelen ze vaardigheden om beter om te gaan met problemen zoals het onder woorden brengen van waar ze mee zitten, regels en grenzen met de familie bespreekbaar maken. Verder leren de deelnemers ontspanningsoefeningen te doen (Goudriaan, 2014).

De cursus is ontwikkeld door Maartje Goudriaans van de preventieafdeling van Prezens, een onderdeel van GGZingeest (Goudriaan, 2009). Er is nog geen onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van de cursus. Wel heeft er een procesevaluatie plaatsgevonden tussen 2008 en 2013 (Ahmadouch, 2013 (interne publicatie) in Goudriaan, 2014). Binnen deze periode hebben 230 meisjes deelgenomen aan de cursus en deze gemiddeld beoordeeld met een 8.4. Hieruit valt af te lezen dat de ervaringen positief zijn. De deelnemers hebben de volgende succesfactoren van de cursus benoemd:

- De locatie van de cursus (middelbare scholen, werk/opleidingstraject voor tienermoeders, buurthuizen en zelforganisaties voor en door allochtone vrouwen).
- De thema's .
- De diversiteit in bijbehorende werkvormen.

De cursus 'My identity' is opgenomen in de interventie database van de RIVM en beoordeeld als 'goed onderbouwd' (RIVM, 2015). De erkenningscommissie waardeert met name de brede aanpak van de interventie. Ook het Nederlands Jeugdinstituut beoordeelt de cursus als 'goed onderbouwd' en heeft deze opgenomen in de databank effectieve jeugdinterventies (Goudriaan, 2014). My Identity wordt genoemd in een overzichtsstudie over interventies voor migrantenjeugd (Ince & Berg, van den, 2009).

Gebruikte bronnen

- Databanken
- RIVM (2015). My Identity!! Een cursus voor multiculturele meiden op zoek naar het beste van twee werelden. Verkregen op 18 januari 2015 via:
<https://www.loketgezondleven.nl/interventies/idatabase/1400449>
- Goudriaan, M. (2014). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'My Identity'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies

Procesevaluatie

- Ahmadouch, K. (2013). Procesevaluatie van de interventie My Identity. Interne publicatie. Amsterdam: Prezens.

Handleiding

- Goudriaan, M. (2009). My Identity, de kracht van het leven in twee culturen. Amsterdam: GGZ InGeest

Overig

- Ince, D., & Berg, G. van den (red.) (2009). Overzichtsstudie interventies voor migrantenjeugd. Ontwikkelingsstimulering, preventie en vroeghulp. Utrecht, Nederlands Jeugdinstituut.
- Welfing, M. & Laban, C. J. (2011). Toekomstgericht en intercultureel werken aan preventieve ggz. Aanbevelingen voor onderzoek en uitvoering van preventieve ggz voor migrantenjeugd, subgroepen allochtone volwassenen en asielzoekers en vluchtelingen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

De kracht van je leven

De preventieve cursus 'De kracht van je leven' is ontwikkeld door het Trimbos Instituut, Altrecht Preventie en GGZ Buitenamstel (Mikadonet, 2006; Boland, Smits, de Vries & Van Erp, 2007). Doelen van deze cursus zijn het voorkomen en/of verminderen van depressieve klachten, het vergroten van de kwaliteit van leven en het verbeteren van het toekomstbeeld bij Turkse en Marokkaanse Nederlanders van (ongeveer) vijftig jaar en ouder met depressieve klachten. De cursus vindt plaats in groepsverband, waarbij de volgende thema's worden besproken: Opgroeien in Turkije/Marokko, Vertrek uit het geboorteland, In Nederland, Ouder worden in Nederland, Alles van waarde, Uw verleden als een verhaal, Uw leven als een verhaal: het toekomsthoofdstuk. Er wordt gewerkt in kleine groepen (4-5 ouderen), zodat iedere deelnemer voldoende aan bod komt. De cursus wordt in de eigen taal aangeboden en vindt gescheiden voor mannen en vrouwen plaats (Loket Gezondleven, 2015).

Er is geen effectonderzoek uitgevoerd naar de interventie (Psychiatrie Nederland, 2015). Het programma Ouderen van het Trimbos-Instituut, Altrecht Preventie en GGZ Buitenamstel hebben gezamenlijk een uitgebreide handleiding voor de cursus geschreven (Smits, Boland, De Vries, & Van Erp, 2006). De kracht van je leven' maakt gebruik van een narratieve- en reminiscentiebenadering met cognitief-gedragstherapeutische elementen. De onderzoekers stellen dat 'reminiscentie, het proces van ophalen, evalueren en integreren van herinneringen, goed aan lijkt te sluiten bij de verhalende cultuur van veel ouderen met een migrantenachtergrond' [p.17]. Voor deze doelgroep is het volgens de onderzoekers belangrijk dat het land van herkomst en de migratie een plek krijgen in

hun levensverhaal; reminiscentie kan hieraan bijdragen. Tevens wordt in de handleiding gesteld dat het werken in groepsverband goed aansluit bij ouderen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond, vooral bij de vrouwengroepen. De narratieve methode houdt in dat onder begeleiding een negatief, probleem-verzadigd verhaal wordt herschreven tot een positievere variant. Deze methode achten de onderzoekers erg geschikt voor het werken met ouderen, omdat zij kunnen putten uit veel levenservaring. Wel moet rekening worden gehouden met het gegeven dat Marokkaans- en Turks-Nederlandse ouderen minder geneigd zijn om problemen aan zichzelf toe te schrijven, vergeleken met mensen die zijn opgegroeid in een westerse, individualistische samenleving, op basis waarvan de narratieve methode is ontwikkeld. Aldus de auteurs van de handleiding.

Het Trimbos Instituut voerde in 2006 een procesevaluatie uit naar de methodiek (De Vries, Smits, Boland, & Van Erp, 2006). Hierin wordt geconstateerd dat 'De kracht van je leven' geschikt is voor en aansluit bij de doelgroep. Cursisten bleken positief of enthousiast over de cursus en zouden deze aanraden aan anderen met vergelijkbare problemen. Ook melden De Vries en collega's dat 'het verloop van de cursus laat zien dat deze aansluit bij de cursisten: aan de start was een aantal mannelijke deelnemers wat onzeker, onwennig en afwachtend. Naarmate de cursus vorderde verbeterde hun vertrouwen en de inzet [23]'. Deelnemers gaven aan een aantal dingen te hebben geleerd door hun deelname: in een groep praten en luisteren; het eigen leven in een ander perspectief plaatsen door het delen van problemen en visies. Echter, vermindering van depressieve klachten werd weinig genoemd door deelnemers en cursusleiders, ook hebben deelnemers weinig vertrouwen in verbetering van hun klachten.

De werving van mannen bleek lastiger dan van vrouwen; dit wordt in verband gebracht met 'een grotere gêne voor het bespreken van psychische klachten en andere problemen bij mannen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond' (Smits et al., 2006, p.36). Vooral voor de werving van deze mannen moet genoeg tijd worden genomen. De auteurs raden aan om via moskeeverenigingen en contactpersonen te werven. Voorts constateren Smits en collega's dat de opkomst van de cursus voldoende was en dat de uitval beperkt bleef. De onderzoekers merken ten slotte op dat betrokkenheid van een GGZ-organisatie bij De Kracht van je leven van groot belang is, gezien de beschikbare expertise en omdat dit doorverwijzing naar andere cursussen en GGZ-behandelingen vergemakkelijkt.

Gebruikte bronnen

- Boland, G., Smits, C., de Vries, W. & Van Erp, R. (2007). 'De kracht van je leven'. De narratieve methode in de GGZ-preventie bij Turkse en Marokkaanse ouderen met depressieve klachten. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 62(6), 487-499.
- Smits, C., Boland, G., De Vries, W. & Van Erp, R. (2006). De kracht van je leven. depressieve klachten handleiding en draaiboek. Utrecht: Trimbos Instituut.
- De Vries, W., Smits, C., Boland, G. & van Erp, R. (2006). De kracht van je leven. Een cursus rond het levensverhaal voor Turkse en Marokkaanse ouderen met depressieve klachten. Procesevaluatie. Utrecht: Trimbos Instituut.
- <http://www.pigmentzorg.be/toolbox/fiche/de-kracht-van-je-leven-nl>
- Psychiatrie Nederland, (2015). Interventie: De kracht van je leven: een cursus rond het levensverhaal voor Turkse en Marokkaanse ouderen met depressieve klachten. Geraadpleegd op 25 januari 2016, via <http://psychiatrie-nederland.nl/kennisbank/interventies/de-kracht-van-je-leven-een-cursus-rond-het-levensverhaal-voor-turkse-en-marokkaanse-ouderen-met-depressieve-klachten/>

- Loket Gezond Leven, (2015). De kracht van je leven: een cursus rond het levensverhaal voor Turkse en Marokkaanse ouderen met depressieve klachten. Geraadpleegd op 25 januari 2016, via: <https://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/1401180>
- Mikadonet, (2006). Depressieve allochtone ouderen terug naar de kracht van hun leven. Geraadpleegd op 25 januari 2016, via http://www.mikadonet.nl/artikel.php?artikel_id=577

Enkele methoden om beter aan te sluiten bij patiënten met een migratie achtergrond (nog niet onderzocht of onderbouwd)

Beschermjassen (Yoka)

Het werkmodel Beschermjassen is geen aparte interventie, maar een manier van werken die aan elke bestaande interventie toegevoegd kan worden. Het model is ontwikkeld door Kitlyn Tjin A Djie, transcultureel familietherapeut. De doelgroep betreft cliënten met een migratie-achtergrond die hulp vragen of onderwijs ontvangen van een Nederlandse instelling voor (jeugd)zorg, onderwijs en welzijn (Roosma & Buist-Bouwman, 2010, p8). Beschermjassen biedt professionals kennis, inzicht en vaardigheden waarmee zij het reguliere aanbod, werkwijze en interventies beter kunnen laten aansluiten bij cliënten met een migratie-achtergrond (Huisman, Elzinga, Buist-Bouwman & Mijnlieff, 2012, p6). 'Beschermjassen' is zowel een werkwoord als een zelfstandig naamwoord. Het zijn de tradities van vroeger, die vertrouwd zijn voor cliënten met een migrantenachtergrond.

Beschermjassen als werkwoord betekent bescherming bieden door mensen of groepen 'te omhullen in het oude vertrouwde' als zij zich in een moeilijke levensfase bevinden. Dit creëert veiligheid en verbinding en voorkomt uitsluiting (Bureau Beschermjassen, 2016). In de toepassing van Beschermjassen is er veel aandacht voor het vertellen van het verhaal, van zowel de cliënt, hulpverlener als de organisatie. Veelgebruikte elementen zijn het maken van een genogram, afname van het cultureel interview, het stellen van contextgerelateerde vragen, levenslijnen van cliënten bevragen, (groot)ouders en andere sleutelfiguren betrekken bij de behandeling, verdieping in achtergrond van gezinnen en bewustwording van de eigen heilige huisjes door de professional (Huisman et al., p14-34). De training Beschermjassen wordt gegeven bij verschillende instellingen in Nederland, waaronder jeugdzorg, schoolmaatschappelijk werk en bij de begeleiding van alleenstaande minderjarige asielzoekers. De cursus Beschermjassen is geaccrediteerd door onder andere Jeugdzorgpedagogen- psychologen, NVO, NVRG, NIP en register GGZ-agogen.

Doelstellingen

Doelstellingen van Beschermjassen op instellingsniveau zijn de volgende: toegankelijke (zorg)instelling voor cliënten met een migrantenachtergrond, interventies sluiten aan bij deze doelgroep, voortijdige uitval wordt voorkomen, effectiviteit interventies en tevredenheid cliënten neemt toe. Doelstellingen op cliëntniveau zijn als volgt: de cliënt is verbonden met hulp- en steunbronnen binnen eigen familie, cultuur en sociaal netwerk, kan deze effectief gebruiken, vergroten en versterken, integratie in Nederlandse sociale en culturele context (Huisman et al., 2012).

Onderzoek

Tot op heden zijn er geen onderzoeken naar de effectiviteit van beschermjassen uitgevoerd. In 2012 is een implementatie-experiment uitgevoerd door PIONN en STAMM (Huisman et al., 2012). Beschermjassen werd bij vijf Utrechtse (jeugd)zorg, onderwijs en welzijnsinstellingen

geïmplementeerd (n=60), waarvan het percentage cliënten met een migrantenachtergrond varieert van 26-66% (p11). Zowel trainers als opvoed-professionals ontvingen een Beschermjassentraining. Het onderzoek bestond uit een implementatiefase (6 maanden, waarin 3 meetmomenten) en een follow-upfase (6 maanden na afronden implementatie, 1 meetmoment na 12m). Per meetmoment werd een inhoudelijke checklist afgenomen en een feedbackgesprek met professionals gevoerd dat resulteerde in verbeterpunten die werden meegenomen tot het volgende meetmoment. Uit de analyse bleek dat de implementatie van Beschermjassen bij 5 instellingen significant steeg op bijna alle punten (diversiteitsaspecten, interculturele communicatie en –competenties, bereik van doelen beschermjassen en integratie in reguliere werkwijze). Er vond geen stijging plaats wat betreft 'doeltreffende werkalliantie' (o.a. het aansluiten bij krachten en perspectieven van alle cliënten); deze schaal werd echter als ruim voldoende beoordeeld aan de start van het onderzoek en dit bleef onveranderd. Belangrijk is om op te merken dat het hier gaat om de perceptie van professional, de checklist is niet gestandaardiseerd of gevalideerd. Dit onderzoek toont aan dat implementatie van Beschermjassen kan worden ondersteund door vragenlijsten en feedbackgesprekken, maar kan geen uitspraken doen over de effectiviteit van het werkmodel. Uit evaluatie onder professionals bleek dat de training Beschermjassen zeer goed werd ontvangen, men vond de training leerzaam en inspirerend, de inzichten verrijkend, de concepten innovatief en goed bruikbaar, de professionals gaven aan zich verrijkt te voelen met het perspectief en beter toegerust te zijn in de interculturele competenties (Huisman et al., 2012). Bij één instelling ontstond meer samenwerking tussen professionals met en zonder migrantenachtergrond. Een keerzijde was dat het veel tijd kost Beschermjassen in te bedden (p36). In de evaluatie zijn geen cliënten bevroegd.

Gebruikte bronnen

- Bureau Beschermjassen (2016). Over het Model Beschermjassen. Geraadpleegd januari 2016, via <http://www.beschermjassen.nl/over-ons/over-model-beschermjassen/>
- Huisman, E., Elzinga, P., Buist-Bouwman, M., & Mijnlieff, M. (2012). Eindrapport Beschermjassen. Implementatie experiment en onderzoek bij vijf Utrechtse Jeugdzorginstellingen. Assen: PIONN.
- NVO (2015) Training Beschermjassen.
- <https://www.pe-online.org/public/index.aspx?toCourseID=110718&pid=121>
- Roosma, D., & Buist-Bouwman, M. (2010). Beschermjassen, werkmodel voor professionals in (jeugd)zorg, onderwijs en welzijn die werken met migranten(families). Papenvoort, PIONN, in opdracht van Enova, onderdeel STAMM CMO.

Een taal erbij

De methodiek 'een taal erbij' is ontwikkeld door de Nederlandse therapeute Marleen Diekmann vanuit de behoefte om sneller contact te kunnen leggen met cliënten uit andere landen en culturen (Diekmann, 2005a). Het theoretische gedachtegoed van Ivan Boszormeny-Nagy dat zich richt op een contextuele benadering ligt ten grondslag aan deze methodiek (Boszormeny-Nagy, I. & Krashner, B.R, 1994). De kern van deze benadering is dat problemen in een mensenleven bepaald worden door de geschiedenis van voorgaande generaties. Banden en loyaliteiten die door generaties heen onze relaties met anderen en onszelf bepalen vormen volgens deze benadering de basis voor persoonlijke pijn en vreugde.

Het onder woorden brengen van gebeurtenissen of emoties in een taal die je niet goed spreekt kan moeilijk zijn. Hierdoor is het vaak niet makkelijk om over gevoelige dingen te praten in een andere

taal dan je moedertaal. Door middel van duplo poppetjes in allerlei maten, generaties en met verschillende kleuren kunnen cliënten zich uitdrukken in een 'andere taal'. De poppetjes kunnen de familie, vrienden en verdere omgeving van de cliënt weergeven en gebeurtenissen uit het verleden uitbeelden. Door de geschiedenis en problemen van de cliënt visueel weer te geven speelt de gesproken taal een minder belangrijke rol. Het visualiseren van gebeurtenissen en persoonlijke relaties kan daarnaast zowel de behandelaar als de cliënt helpen een nauwkeurig overzicht te krijgen van de situatie (Diekmann Schoemaker & van der Veer, 2003). Redenen waarom de methodiek volgens de bedenker goed werkt zijn (Diekmann, 2005b: p. 17 t/m 20):

- Het is intrapsychisch en interrelationeel.
- Er is ruimte voor andermans belevingen.
- De ruimte die het beeld biedt naast het woord.
- Het hart naast het hoofd (...) De poppetjestaal geeft de cliënt de kans afstand te nemen van zijn situatie, waardoor hij meer kan voelen zonder dat hij de controle verliest.
- De gelijkwaardige relatie tussen de cliënt en therapeut.
- Verheldering en verbeelding van (tegen-) overdracht.
- Loyaliteit wordt zichtbaar.
- Alles blijft op tafel (...) Dit geeft [de cliënt] de zekerheid dat ze niet vergeten wat ze net gezegd hebben en dat ze niets of niemand over het hoofd zien.

Hoewel de methodiek in eerste instantie ontwikkeld is om taalbarrières te overbruggen kan de methodiek voor veel verschillende soorten therapieën ingezet worden en ook bij cliënten zonder een migrantenachtergrond (van Rijen, 2007). Er is tot op heden geen wetenschappelijke onderbouwing voor de methodiek (van Doornik en Ydo, 2013). Ook zijn er geen effectiviteit studies uitgevoerd.

Hoewel er geen onderzoek is gedaan naar het effect van deze methodiek wordt het werken met duplopoppetjes vaak ingezet. Volgens van Doornik en Ydo (2013) werken meer dan duizend hulpverleners in Nederland al met "een taal erbij". Het moet opgemerkt worden dat het niet duidelijk is in welke mate de methodiek wordt ingezet bij cliënten met een migranten achtergrond. Een indicatie voor het inzetten van 'een taal erbij' bij cliënten met een migrantenachtergrond is dat de methodiek terug te vinden is in de interactieve databank Cultuur Sensitieve Materialen voor en door Gedragswetenschappers op de website www.intercultureelvakmanschap.nl. Psychologen en pedagogen kunnen in deze databank zelf informatie over cultuur sensitieve materialen aandragen die zich in de praktijk bewezen hebben. Ook wordt de methodiek beschreven in het rapport "inspiraties in het werken met mensen met een precair verblijfsstatuut" (van Geyt et al., 2013). Dit rapport van het Belgische Steunpunt Algemeen Welzijnswerk beschrijft enkele methodieken die geschikt zijn in het werken met onder andere vluchtelingen, uitgeprocedeerde, asielzoekers en illegalen. Ook in "Interculturele diagnostiek bij kinderen en jongeren" wordt de methodiek beschreven (Te poel, Geraci, Van Driel en Termaat, 2012). Ten slotte heeft één van de respondenten in een inventarisatie onder GGZ-professionals naar diversiteit in de GGZ aangegeven tijdens de behandeling van cliënten met een migrantenachtergrond gebruik te maken van duplopoppetjes, wat wijst op het gebruik van 'een taal erbij' (Mak, Distelbrink & Wachter, 2016).

Gebruikte bronnen

- Boszormeny-Nagy, I. & Krashner, B.R. (1994). Tussen geven en nemen. Over contextuele therapie. De Toorts. Haarlem

- Diekmann-Schoemaker, M., & van der Veer, G. (2003). An extra language in counselling and training. *Intervention*, 1(2), 36-39.
- Diekmann (2005a) Een taal erbij. Verkregen op 13 januari 2016 via: <http://dekontekst.nl/publicaties-2/>
- Diekmann (2005b) Scheiden en verbinden met een taal erbij. Verkregen op 13 januari 2016 via: <http://dekontekst.nl/publicaties-2/>
- Doornik, A. van., & Ydo, E. (2013) Visualisatie maakt tongen los. *Vakblad Vroeg*. Nr.2-2013.
- Geyt, M. van. (red). (2013) Inspiraties in het werken met mensen met een precair verblijfsstatuut. Antwerpen, België: Steunpunt Algemeen Welzijnswerk.
- Mak, J., Distelbrink, M., & Wachter, G. (2015). Inventarisatie diversiteit in de GGz. Verslag van een enquête onder GGz-professionals. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut
- Rijen, M. van. (2007). 'Een taal erbij' in ouderbegeleiding. Verkregen op 13 januari 2016 via: <http://dekontekst.nl/publicaties-2/>
- Poel, Y. te., Geraci, D., Driel, J.van. & Termaat, P. (red) (2012). Interculturele diagnostiek bij kinderen en jongeren. ZonMw, NIP en NVO

Yucel methode

De Yucel methode is ontwikkeld door transcultureel systeemtherapeut Mehmet Yucel. Vervolgens heeft hij de methode verder uitgewerkt in samenwerking met Jos Dröes en samen met Stichting Rehabilitatie '92 op de markt gebracht (www.yucelmethode.nl/team).

De Yucel methode houdt in dat cliënten met behulp van gekleurde blokken zelf een voorstelling van hun levelssituatie bouwen. Verschillende factoren in het leven van de cliënt worden weergegeven door verschillende vormen blokken. Factoren die een last zijn voor de cliënt worden weergegeven door middel van rechthoekige blokken, steunende factoren door T-vormige blokken en de cliënt zelf wordt weergegeven met een balk. De kleur en de grootte van de blokken wordt bepaald door de cliënt zelf. Hij of zij kiest blokken die het beste passen bij specifieke lasten of problemen. Het gesprek dat tijdens het bouwen ontstaat geeft de cliënt meer inzicht in de eigen problematiek, draagt bij om tot (meer) acceptatie en rouw te komen en zorgt ervoor dat cliënt weer in verbinding komt met de eigen context (Yucel, 2013).

De methode wordt door veel verschillende hulpverleners gebruikt, waaronder systeemtherapeuten, psychotherapeuten, psychologen en psychiaters. Ook is de methode geschikt voor veel verschillende doelgroepen, waaronder migranten, jeugdige GGz cliënten en niet talige mensen (Yucel, 2013).

Er is geen effect onderzoek uitgevoerd naar de Yucel methode. Er zijn wel intenties om dit in een latere fase te doen (www.yucelmethode.nl/onderzoek). Tot dusver is er alleen een kleinschalig tevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Zes hulpverleners die werken met de Yucel methode hebben in 2015 reflectieformulieren ingevuld. Deze respondenten hebben de methode toegepast bij achttien cliënten. Alle respondenten zijn enthousiast over het werken met de methode (www.yucelmethode.nl/onderzoek). Positieve ervaringen van de hulpverleners met de methode zijn:

- Het levert cliënten duidelijkheid, inzicht en overzicht op.
- Het helpt cliënten processen en causale verbanden te zien en erover te praten.
- Het is prettig in gebruik door visuele, niet talige karakter.
- Het is effectief door de eenvoud en eigen activiteit van cliënten.

Dat de Yucel voor sommige behandelaars goed lijkt te werken bij cliënten met een migranten achtergrond kan (voorzichtig) worden afgeleid uit het feit dat één van de respondenten in een inventarisatie onder GGz-professionals naar diversiteit in de GGz heeft aangegeven gebruik te maken van de Yucel methode bij de behandeling van deze doelgroep (Mak, Distelbrink, & Wachter, 2015).

Gebruikte bronnen

- Yucel, M. (2013). Yucelmethode 'bouwen aan herstel'. Visueel en krachtgericht werken aan problemen van individuen en systemen. Verkregen op 18 januari 2016 via: www.yucelmethode.nl
- Mak, J., Distelbrink, M., & Wachter, G. (2015). Inventarisatie diversiteit in de GGz. Verslag van een enquête onder GGz-professionals. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut

Websites

- www.yucelmethode.nl/onderzoek
- www.yucelmethode.nl/team

9.3 Cultural Formulation Interview (CFI)

Inleiding voor de betrokkene

Ik zou de problemen die u hier brengen graag willen begrijpen, zodat ik u beter kan helpen. Ik wil graag weten wat uw ervaringen en ideeën zijn. Daarom ga ik u een paar vragen stellen over wat er aan de hand is en hoe u daarmee omgaat. En vergeet u vooral niet: er zijn geen goede of foute antwoorden.

Culturele definitie van het probleem

1. Wat is de reden van uw komst hier vandaag? Als de betrokkene weinig details geeft of alleen symptomen of een medische diagnose noemt, vraag dan door: Mensen begrijpen hun problemen vaak op hun eigen manier. Die kan overeen komen met of verschillen van hoe een arts het probleem beschrijft. Hoe zou u uw probleem beschrijven?
2. Soms hebben mensen verschillende manieren om hun problemen te beschrijven aan hun familie, vrienden of anderen in hun omgeving. Hoe zou u uw [probleem] aan hen beschrijven?
3. Waar maakt u zich het meest zorgen om als het om uw [probleem] gaat?

Oorzaken

4. Waarom denkt u dat dit u overkomt? Wat is volgens u de oorzaak of wat zijn de oorzaken van uw [probleem]? Vraag zo nodig door: Sommige mensen leggen hun probleem uit als het gevolg van slechte dingen die in hun leven zijn gebeurd, van problemen met anderen, van een lichamelijke ziekte, van geesten of van allerlei andere oorzaken.
5. Wat is volgens anderen in uw familie, uw vrienden of anderen in uw omgeving de oorzaak van uw [probleem]?

Stressoren en steunbronnen

6. Is er in uw omgeving enige vorm van steun die helpt bij uw [probleem], zoals steun van familie, vrienden of anderen?

7. Zijn er dingen die uw [probleem] erger maken, zoals problemen met geld, of problemen in de familie?

De rol van culturele identiteit

Soms kan iemands achtergrond of identiteit zijn [probleem] verminderen of erger maken. Met achtergrond of identiteit bedoel ik bijvoorbeeld de groep waartoe u behoort, de talen die u spreekt, waar u of uw familie vandaan komen, uw etnische achtergrond, uw uiterlijk, het feit dat u man of vrouw bent, uw seksuele geaardheid, of uw geloof.

8. Wat is voor u het belangrijkste van uw achtergrond of identiteit?

9. Is er iets in uw achtergrond of identiteit wat van invloed is op uw [probleem]?

10. Is er iets in uw achtergrond of in wie u bent wat nog voor andere moeilijkheden of problemen zorgt?

Coping

11. Soms hebben mensen verschillende manieren om met hun problemen, zoals uw [probleem], om te gaan. Wat heeft u zelf gedaan om met uw [probleem] om te gaan?

Eerder hulpzoekgedrag

12. Vaak zoeken mensen hulp op verscheidene plaatsen, zoals bij verschillende soorten artsen, mantelzorgers of genezers. Wat voor soort behandeling, hulp, adviezen of genezing heeft u tot nu toe gezocht voor uw [probleem]? Als het nut van de ontvangen hulp niet wordt genoemd, vraag dan: Wat voor soort hulp vond u het nuttigst? En welke hulp was niet bruikbaar?

Barrières

13. Is er iets wat het u moeilijk maakt de hulp te krijgen die u nodig heeft? Vraag zo nodig: Bijvoorbeeld geld, werk of familieverplichtingen, stigmatisering of discriminatie? Of dat er geen instanties waren die uw taal of achtergrond begrijpen?

Voorkeuren

Laten we nu nog wat verder praten over de hulp die u nodig heeft.

14. Wat voor soort hulp denkt u dat u nu het meest zou helpen bij uw [probleem]?

15. Zijn er andere soorten hulp die uw familie, vrienden of anderen hebben voor- gesteld die u nu zouden kunnen helpen?

Arts-patiënt relatie

Soms begrijpen artsen en patiënten elkaar verkeerd omdat ze een verschillende achtergrond

hebben, of verschillende verwachtingen.

16. Heeft u zich hier wel eens zorgen over gemaakt en is er iets wat wij kunnen doen om u de hulp te kunnen geven die u nodig heeft?

9.4 Samenstelling werkgroep

De stuurgroep en projectgroep bestonden uit de volgende personen:

Projectgroep:

- Jeroen Knipscheer, Centrum '45/ Arq Psychotrauma Expert Groep
- Marjolijn Distelbrink, Verwey-Jonker Instituut
- Florian Bootsman, Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie
- Jan Gerrit van Norel (projectleider) Centrum '45/ Arq Psychotrauma Expert Groep
- Anna van Spanje – Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie
- Iris van der Mark – (projectleider) Centrum 45 / Arq Psychotrauma Expert Groep

Stuurgroep:

- Prof Rolf Kleber, voorzitter
- Eddy Sas, Centrum '45/ Arq Psychotrauma Expert Groep
- Ilse Tamrouti, Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie

De volgende personen hadden zitting in de werkgroep

werkgroep: Op het moment van publicatie is deze zorgstandaard nog niet geautoriseerd door de LVVP.

InEen en NVKG hebben afgezien van autorisatie.

De prioriteit van Ineen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genoodzaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

van deskundigen:

Evert Bloemen (Pharos), voorzitter
Lucie van der Avoird en Paulien Dudok van Heel-Sakkers (namens Zorgverzekeraars Nederland)
Marrie Bekker (Tilburg University)
Mario Braakman (namens Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie)
Rob van Dijk (namens GGZ Nederland)
Jan van Driel (de Bascule)
Boris Droždek (Reinier van Arkel Groep/ Psychotraumacentrum Zuid-Nederland)
Samrad Ghane (i-psy en Equator)
Aram Hasan (Centrum '45)
Nüveyt Isitman (i-psy De Jutters)
Kees Laban (GGZ Drenthe)
Agnes Moyene-Jansen (Reinier van Arkel groep)
Ronald van Noort (namens klankbordgroep)
Maaïke Riemersma (namens Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland)
Maaïke de van der Schueren (De Jutters)
Mirjam Smid (Jonx)
Richard Starmans (namens NHG/LHV/InEen)
Martijn Stöfseel (namens Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie)
Cristina Vellinga (namens Nederlands Instituut van Psychologen)

De belangrijkste taken van de werkgroep waren het geven van input voor de ontwikkeling van de module en feedback geven op de module in wording. Dit deden zij rondom 6 bijeenkomsten georganiseerd door de projectgroep.

Om uitwisseling te bevorderen was de voorzitter van de klankbordgroep lid van de werkgroep en nam een lid van de projectgroep deel aan de bijeenkomsten van de klankbordgroep.

Raadpleging van de klankbordgroep vond plaats in elke fase van het project. De klankbordgroep kwam gedurende het project vijf keer bijeen, steeds voorafgaand aan de bijeenkomsten van de werkgroep. Op deze manier kon de klankbordgroep van begin tot eind actief bijdragen aan de ontwikkeling van de module. De voorzitter van de klankbordgroep stelde de agenda voor elke bijeenkomst op in overleg met de projectgroep.

De volgende personen namen deel aan de klankbordgroep:

Ronald van Noort, voorzitter

- Voorzitter cliëntenraad i-psy

Hanna Asolma

- Directeur Stichting Kaabassi
- Ervaringsdeskundige

Bart ten Broek

- Voorzitter Interreligieus Beraad Segbroek

Sevda Çolakoglu

- Vertrouwenspersoon Stichting Dialooghuis
- Ervaringsdeskundige en ervaringsdeskundige moeder

Rita Poetoe

- Stichting Toelsidas
- Ervaringsdeskundige

Mehmet Uygun

- Algemeen coördinator Stichting Gezondheid Allochtonen Nederland (SGAN)

Inge van Vooren

- Kwartiermaker Stichting Ingekleurd
- Ervaringsdeskundige en ervaringsdeskundige moeder

9.5 Borging en implementatie

Om de kruising tussen de generieke module Diversiteit en de zorgstandaarden adequaat en effectief vorm te geven, benoemen we onderstaand 10 criteria (gebaseerd op het werk van Rob van Dijk) en aanbevelingen om borging en implementatie van culturele diversiteit in andere zorgstandaarden zo optimaal mogelijk te realiseren.

1. Benoem op basis van beschikbare literatuur en aanwezige klinische ervaring de factoren die voor specifieke etnische en culturele patiëntengroepen de toegankelijkheid, kwaliteit en effectiviteit van de stoornisspecifieke zorg positief en negatief beïnvloeden; geef of een dergelijk onderzoek ten grondslag ligt aan de zorgstandaard en op welke wijze deze informatie verdisconteerd is in de zorgstandaard.
2. Maak gebruik van het Cultural Formulation Interview zo nodig aangevuld met een migratie- of vluchtanamnese, in de intake van elke patiënt en integreer de zo ingewonnen informatie in diagnostiek en behandeling; draag zorg voor het vastleggen van deze informatie in het patiëntendossier.
3. Stel vast op basis van beschikbare literatuur en aanwezige klinische ervaring of er sprake is van etnische verschillen in prevalentie en incidentie van de stoornis, in de beleving, betekenisgeving en presentatie van symptomen en klachten en van hulpzoekgedrag; geef de relevantie van die informatie aan voor de zorgstandaard en de Nederlandse context.
4. Stel vast op basis van literatuuronderzoek of met behulp van de fairness-matrijs (COTAN) of de instrumenten die in de diagnostische fase ingezet worden, gevalideerd zijn voor de verschillende etnische en culturele patiëntengroepen in de Nederlandse context; geef de voorkeur aan gevalideerde diagnostische instrumenten, mochten die niet beschikbaar zijn handel conform de vuistregels en het model Cultuurbewuste diagnostiek als regulatief.

5. Stel vast of de (beoogde) behandelmethoden gevalideerd zijn voor de verschillende etnische en culturele patiëntengroepen in de Nederlandse context; geef de voorkeur aan gevalideerde behandelmethoden, mochten die niet beschikbaar zijn pas de behandelmethode aan om de culturele sensitiviteit te vergroten.
6. Benoem voor welke specifieke etnische en culturele patiëntengroepen de zorgstandaard c.q. het zorgprogramma bewezen effectief is.
7. Verdisconteer de informatie over specifieke etnische en culturele groepen in het te ontwikkelen zorgprogramma voor de betreffende stoornis.
8. Benoem de (algemene en stoornisspecifieke) culturele competenties (kennis, vaardigheden, houding) die gewenst c.q. vereist zijn om het zorgprogramma adequaat en effectief uit te voeren voor een cultureel diverse patiëntengroep; maak hierbij gebruik van beschikbare culturele competentieprofielen.
9. Onderbouw het belang van het inzetten van een professionele tolk in geval van communicatieproblemen en verwijst naar de Kwaliteitsnorm Inzet tolken in de gezondheidszorg aan anderstaligen.
10. Monitor het zorgprogramma voor de specifieke stoornis op (de ontwikkeling van) kwaliteit en effectiviteit voor de verschillende etnisch en culturele patiëntengroepen die er een beroep op doen aan de hand van een periodieke ROM; benoem de daarvoor relevante uitkomstmaten en valide instrumenten.

Een zorgstandaard moet in de optiek van de generieke module Diversiteit enerzijds informatie geven over de (bewezen) kwaliteit en effectiviteit van de zorgstandaard voor de verschillende etnische en culturele patiëntengroepen die relevant zijn in de Nederlandse context, en anderzijds concrete aanbevelingen doen om zorgstandaard toe te passen in de klinische praktijk.

9.6 Referenties

- Adriaanse, M., Veling, W., Doreleijers, T., & Domburgh, L. van. (2014). The link between ethnicity, social disadvantage and mental health problems in a school-based multiethnic sample of children in the Netherlands. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 1103-1113.
- Adriaanse, M., van Domburgh, L., Zwirs, B., Doreleijers, T., & Veling, W. (2015). School-based screening for psychiatric disorders in Moroccan-Dutch youth. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 9, 1-13. doi: 10.1186/s13034-015-0045-8
- Adriaanse, M., Doreleijers, T., van Domburgh, L., & Veling, W. (2016). Factors associated with psychiatric symptoms and psychiatric disorders in ethnic minority youth. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 1067-1079. doi:10.1007/s00787-016-0829-2
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC.
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Gaete, J., Rojas, M., Simon, G., & Peters, T.J. (2003). Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet*, 361, 995-1000.
- Arredondo, P., Toporek, R., Brown, S.P., Jones, J., Locke, D.C., Sanchez, J., & Stadler, H. (1996). Operationalization of the multicultural counseling competencies. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24, 42-78.
- Barnhoorn, J., Broeren, S., Distelbrink, M., de Greef, M., van Grieken, A., Pels, T., Pijpenburg, H., & Raat, H. (2013). Cliënt-, professional- en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor

jeugd. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

- Bean, T., Eurelings-Bontekoe, E., Mooijaart, A., & Spinhoven, P. (2006). Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 342-355.
- Beecham, J. (2014). Annual research review: Child and adolescent mental health interventions: A review of progress in economic studies across different disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 714-732.
- Bekker, M. H., & Schepman, R. (2009). Somatization and psychological awareness of ethnic minority clients in Western-European mental health care: A pilot study. *The European Journal of Psychiatry*, 23, 135-139.
- Bekkum van, D., Tjin A Djie, K., Helberg, G., & Zwaan, I. Rituelen en beschermjassen. In: De Jong, J.T.V.M., & Colijn, S. (Red.) (2010). *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Bellaart, H. (2016). *I-psy: Maatwerk in een interculturele context*. Den Haag: I-psy.
- Bellaart, H., Van Dongen, S., & Wróblewska, A. (2017). Emotionele problematiek bij Turks-Nederlandse meiden. Utrecht: Kennisplatform Integratie & Samenleving.
- Benish, S., Quitana, S. & Wampold, B. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth. *Journal of Counseling* 58, 279-289.
- Bergen, D.D. van, Eikeleboom, M., Smit, J. H., Van de Looij-Janssen, P. M., & Saharso, S. (2010). Suicidal Behavior and Ethnicity of Young Females in Rotterdam, the Netherlands. *Ethnicity and Health* 15, 5, 515-530.
- Bergen, D.D. van, Smit, J.H., Balkom, A.J.L.M. van, Ameijden, E. van, & Saharso, S. (2008). Suicidal Ideation among Ethnic Minority Adolescents Compared to Dutch Majority Youngsters in Utrecht, the Netherlands: An Exploration. *Crisis, Journal of Crisis Intervention & Suicide Prevention*, 29, 202-208. doi: <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910.29.4.202>
- Bevaart, F., Mieloo, C.L., Donker, M.C.H., Jansen, W., Raat, H., Verhulst, F.C., & Oort van, F.V.A. (2014). Ethnic differences in problem perception and perceived need as determinants of referral in young children with problem behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 273-281.
- Blom, M. B. J., Hoek, H. W., Spinhoven, P., Hoencamp, E., Judith Haffmans, P.M., & van Dyck, R. (2010). Treatment of Depression in Patients from Ethnic Minority Groups in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 47, 473-490.
- Bolton, P., Bass, J., Neugebauer, R., Verdelli, H., Clougherty, K.F., Wickramaratne, P., Speelman, L., Ndogoni, L., & Weismann, M. (2003). Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: A randomized controlled trial. *Journal American Medical Association*, 289, 3117-3124.
- Boon, A. E., de Haan, A. M., & de Boer, S. B. (2010). Verschillen in etnische achtergrond van forensische en reguliere jeugd-ggz-cliënten. *Kind en adolescent*, 31, 16-28.
- Boon, A., de Haan, A., de Boer, S., & Isitman, N. (2012). Het bereik van de Jeugd-GGZ voor jongeren van niet-Nederlandse herkomst: de toegevoegde waarde van een instelling voor interculturele psychiatrie voor jeugd en gezin. *Epidemiologisch Bulletin*, 47, 20-26.
- Borra, R. van Dijk, R., & Rohlof, H. (2002). *Cultuur, classificatie en diagnose*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Borra, R., van Dijk, R., & Verboom, R. (Red.) (2016). *Cultuur en psychodiagnostiek: professioneel werken met psychodiagnostische instrumenten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bot, J. (2013). *Taalbarrières in de zorg, over tolkenbeleid en tolken met beleid*. Assen: Van Gorcum.
- Cabral, R.C., & Smith, T.B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health

services: a meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology* 58, 537-554.

- Crumlish, N., & O'Rourke, K. (2010). A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 237-251.
- De Haan, A.M. (2014). Ethnic minority youth in youth mental health care: utilization and dropout. Proefschrift Universiteit Leiden.
- De Haan, A.M., Boon, A.E., de Jong, J.T.V.M., Hoeve, M., & Vermeiren, R.R.J.M. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical Psychology Review*, 33, 698–711
- De Haan, A. M., Boon, A.E., Vermeiren, R.R., & de Jong, J.T. (2014). Ethnic differences in DSM-classifications in youth mental health care practice. *International Journal of Culture and Mental Health*, 7, 284-296.
- De Jong, J.T.V.M. (2010). Zorgfilters. In J.T.V.M. de Jong & S. Colijn (Red.) (2010), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 179-203). Utrecht: De Tijdstroom.
- Dijk, R. van, & Ghane, S. (2013). Culturele competentie en i-psy: naar een plaatsbepaling. Den Haag: I-Psy.
- Drogendijk, A.N., & Kleber, R.J. (2010). *Kleurrijke opvang: Het is normaler dan je denkt*. Diemen: IVP.
- Fassaert, T., de Wit, M.A., Verhoeff, A.P., Tuinebreijer, W.C., Gorissen, W.H., Beekman, A.T., & Dekker, J. (2009). Uptake of health services for common mental disorders by first-generation Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *BMC Public Health*, 9, 1-9. doi:10.1186/1471-2458-9-307
- Fassaert, T., Peen, J., van Straten, A., de Wit, M., Schrier, A., Heijnen, H., Cuijpers, P., Verhoeff, A., Beekman, A., & Dekker, J. (2010). Ethnic differences and similarities in outpatient treatment for depression in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 61, 690-697.
- Gezondheidsraad (2012). *Psychische gezondheid en zorggebruik van migrantenjeugd*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Ghane, S. (2011). *Illness attributions among ethnic minorities: Assessment and clinical relevance*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Ghane, S., Visser, J., & de Jong, J. (2013). Behandeling van etnische minderheden. In: P.M.G. Emmelkamp & K. Hoogduin (eds.). *Van Mislukking naar Succes in de Psychotherapie* (pp. 113-137). Amsterdam: Boom.
- Gilsing, R., Pels, T., Bellaart, H., & Tierolf, B. (2015). *Grote verschillen in gebruik jeugdzorg naar herkomst. Analyse CBS-cijfers 2011-2013*. Utrecht: Kennisplatform Integratie & Samenleving
- Green, R. (2002). Is pedophilia a mental disorder? *Archives of Sexual Behaviour*, 31, 467-471.
- Griner, D., & Smith, T.B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 43, 531-548.
- Groen, S. (2009). Recognizing cultural identity in mental health care: Rethinking the cultural formulation of a Somali patient. *Transcultural psychiatry*, 46, 451-462.
- Heide, F.J.J. ter (2015). *An eye for complexity: EMDR versus stabilisation in traumatised refugees*. Amsterdam: Boom.
- Heide, F.J.J., ter, Mooren, T.M., & Kleber, R.J. (2014). Complex trauma en complexe PTSS. Wat is het en wie heeft het? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 40, 347-359.
- Heide, F.J.J. ter, Mooren, T.M., Schoot, R. van de, Jongh, A. de, & Kleber, R.J. (2016). Eye movement desensitisation and reprocessing therapy v. stabilisation as usual with refugees:

randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 208, 1–8. doi:10.1192/bjp.bp.115.167775

- Heide, F.J.J. ter, & Smid, G.E. (2015). Difficult to treat? A comparison of the effectiveness of treatment as usual in refugees and non-refugees. *BJPsych Bulletin*, 39, 182-186. doi: 10.1192/pb.bp.114.047928.
- Henrich, J., Heine, S.J. & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? *Behavioral and Brain Sciences* 33, 61-135.
- Hermanns, J., Öry, F., Schrijvers, G. (2005). Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Utrecht: Inventagroep.
- Hinton, D.E., Rivera, E.I., Hofmann, S.G., Barlow, D.H., & Otto, M.W. (2012). Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: Examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). *Transcultural Psychiatry* 49, 340-365.
- Huey, S.J., Tilley, J.L., Jones, E.O., & Smith, C.A. (2014). The contribution of cultural competence to evidence-based care for ethnically diverse populations. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 305-338.
- Ikram, U. & Stronks, K. (2016). Preserving and Improving the Mental Health of Refugees and Asylum Seekers. A Literature Review for the Health Council of the Netherlands. Amsterdam: AMC.
- Jong de, J.T.V.M. (1992), Het universalisme-debat aan de hand van twee cultuurgebonden syndromen. Naar een nieuw paradigma in de vergelijkende psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 10, 684-699.
- Jong de, J. & Colijn, S., (2010). Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie. Utrecht: Uitgeverij de Tijdstroom
- Jong, J.T.V.M. de (2010). Zorgfilters. In J.T.V.M. de Jong & S. Colijn (Red.) (2010), Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie (pp. 179-203). Utrecht: De Tijdstroom.
- Jong, K. de, Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2014). The efficacy of psychosocial interventions for adults in contexts of ongoing man-made violence – A systematic review. *Health* 6, 504-516.
- Kirmayer, L. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49, 149-164.
- Klaufus, L. H., Fassaert, T. J., & de Wit, M. A. (2014). Equity of access to mental health care for anxiety and depression among different ethnic groups in four large cities in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1139-1149.
- Kleber, R.J., & Velden, P.G. van der (2009). Acute stress at work. In: J. Quick, M.J. Schabracq & C.L. Cooper (Eds.), *Work and Health Psychology Handbook* (pp. 269 – 292). Chichester: John Wiley.
- Kopelowicz, A., Zarate, N., Wallace, C.J., Liberman, R.P., Lopez, S.R., & Mintz, J. (2012). The ability of multifamily groups to improve treatment adherence in Mexican Americans with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 69, 265-273.
- Kortmann, F.A.M. (2016). Culturele competenties in psychiatrie en psychologie: Theorie en praktijk. Assen: Van Gorcum.
- Knipscheer, J.W., Drogendijk, A., & Braakman, M. (2012). Cultuur en psychotrauma – PTSS in intercultureel perspectief. In: E. Vermetten, R.J. Kleber, & O. Van der Hart (redactie), *Handboek posttraumatische stressstoornissen* (pp. 287-302). Utrecht: De Tijdstroom.
- Knipscheer, J.W., Drogendijk, A. & Ghane, S. (2017). Op weg naar een effectieve cultuursensitieve psychotherapie. In: J.W. Knipscheer & R.J. Kleber (redactie), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (pp. 241-258). Amsterdam: Boom.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2004a). A need for ethnic similarity in the therapist-patient interaction? Mediterranean migrants in Dutch mental health care. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 543-554.

- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2004b). The importance of ethnic similarity in the therapist-patient dyad among Surinamese migrants in Dutch mental health care. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 273-278.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2004c). Een interculturele entree in Altrecht. Inhoud en resultaat van een interculturele werkwijze bij kortdurende behandeling. Utrecht: Altrecht.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2005). Psychotherapie met allochtonen — écht anders? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 717-724.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2007). Interculturele psychotherapie — een zekere deceptie of verrijkende uitdaging? *Nederlands Tijdschrift voor Behavioral Medicine*, 18, 15-19.
- Knipscheer, J.W., May, R., Schouten, E., & Kleber, R.J. (2005). Intercultureel werken in de GGz — hoe werkt dat bij kortdurende behandeling? *Cultuur, Migratie, Gezondheid*, 2, 2-13.
- Knipscheer, J.W., Mooren, G.T.M. & Kurt, A. (2017). Klinische psychologie in cultureel perspectief. In: J.W. Knipscheer & R.J. Kleber (redactie), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (pp. 217-239). Amsterdam: Boom.
- Lakes, K., López, S.R., & Garro, L.C. (2006). Cultural competence and psychotherapy: Applying anthropologically informed conceptions of culture. *Psychotherapy: Theory, Research, practice, Training*, 43, 380–396.
- Lambert, J.E., & Alhassoon, O.M. (2015). Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology*, 62, 28-37
- Le, H. H., Hodgkins, P., Postma, M. J., Kahle, J., Sikirica, V., Setyawan, J., ... Doshi, J. A. (2014). Economic impact of childhood/adolescent ADHD in a European setting: the Netherlands as a reference case. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 587-598.
- Leijten, P., Raaijmakers, M. A., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2016). Ethnic differences in problem perception: Immigrant mothers in a parenting intervention to reduce disruptive child behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86, 323-331. doi: <http://dx.doi.org.proxy.library.uu.nl/10.1037/ort0000142>
- Lewis-Fernández, R., Aggarwal N.K., Bäärnhielm, S., Rohlf, H., Kirmayer, L.J., Weiss, M.G., Jadhav, S., Hinton, L., Alarcón, R.D., Bhugra, D., Groen, S., van Dijk, R., Qureshi, A., Collazos, F., Rousseau, C., Caballero, L., Ramos, M., & Lu, F. (2014). Culture and psychiatric evaluation: Operationalizing cultural formulation for DSM-5. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 77, 130-154. doi:10.1521/psyc.2014.77.2.130
- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N.K., Hinton, L., Hinton, D.E. & Kirmayer, L.J. (Eds.) (2016). *DSM-5® Handbook on the Cultural Formulation Interview*. American Psychiatric Association.
- Limburg-Okken, A., & Sidali, S. (2010). Een anamneseprotocol. In J.T.V.M. de Jong & S. Colijn (Red.) (2010), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp.351-366). Utrecht: De Tijdstroom.
- Lindert, J., Ehrenstein, O.S. von, Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 69, 246-257.
- Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A., & Priebe, S. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*, 23, 14-20.
- Liu, C. H., Meeuwesen, L., van Wesel, F., & Ingleby, D. (2015). Why do ethnic chinese in the Netherlands underutilize mental health care services? Evidence from a qualitative study. *Transcultural psychiatry*, 52, 331-352.
- Mak, J., Distelbrink, M., Wachter, G. (2016). Inventarisatie diversiteit in de GGz: Verslag van een

enquête onder GGZ-professionals. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

- Miranda, J., Chung, J.Y., Green, B.L., Krupnick, J., Siddique, J., Revicki, D.A. & Belin, T. (2003). Treating depression in predominantly low-income young minority women. A randomized controlled trial. *Journal American Medical Association*, 290, 57-65.
- Missine, S., & Bracke, P. (2012). Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: A population based study in 23 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 97-109. doi: 10.1007/s00127-010-0321-0
- Naeem, F., Waheed, W., Gobbi, M., Ayub, M., & Kingdon, D. (2011). Preliminary Evaluation of Culturally sensitive CBT for depression in Pakistan: Findings from developing culturally-sensitive CBT project (DCCP). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 165–173.
- Nickerson, A., Bryant, R.A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review*, 31, 399-417.
- Otto, M.W., Hinton, D., Korbly, N.B., Chea, A., Ba, P., Gershuny, B.S., & Pollack, M.H. (2003). Treatment of pharmacotherapy-refractory posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees: a pilot study of combination treatment with cognitive-behaviour therapy vs sertraline alone. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1271-1276. doi: [https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1016/S0005-7967\(03\)00032-9](https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1016/S0005-7967(03)00032-9)
- Palic, S., & Elklit, A. (2011). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder in adult refugees: A systematic review of prospective treatment outcome studies and a critique. *Journal of Affective Disorders*, 131, 8-23.
- Pannekeet, C. (2004). *Handreiking Interculturele Zorgprogrammering*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Pels, T., De Gruijter, M., & Los, V. (2013). *Bouwstenen voor gemeentelijk beleid: Vroegsignalering en hulp bij internaliserend probleemgedrag van adolescenten uit migrantengezinnen*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Pels, T., Distelbrink, M., & Tan, S. (2009). *Meetladder diversiteit interventies: Verhoging van bereik en effectiviteit van interventies voor (etnische) doelgroepen*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Ponterotto, J.G., Casas, J.M., Suzuki, L.A., Alexander, C.M. (2009). *Handbook of multicultural counseling*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review. *Clinical psychology review*, 30, 1030-1039.
- Rohlof, H., & Beijers, H. (2012). Het culturele interview en de toepassing daarvan bij kinderen en jeugdigen In: Te Poel et al. (2012). *Interculturele diagnostiek bij kinderen en jongeren* (pp 211- 242). Utrecht: VO, ZonMW & Nip.
- Rooijen-Mutsaers, K., & Ince, M.D. (2013). *Wat werkt bij migrantenjeugd en hun ouders?* Utrecht: NJI.
- Schraufnagel, T.J., Wagner, A.W., Miranda, J., & Roy-Byrne, P.P. (2006). Treating minority patients with depression and anxiety: What does the evidence tell us? *General hospital psychiatry*, 28, 27-36.
- Schrier, A.C., Theunissen, J.R., Kempe, P.T., Beekman, A.M.T.F. (2005). Migranten in de ambulante ggz maken een inhaalslag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 771-777.
- Slobodin, O., & de Jong, J.T. (2015). Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy? *International Journal of Social Psychiatry*, 61, 17-26.
- Smith T.B., Domenech Rodríguez, M., & Bernal, G. (2011). Culture. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 166-175. doi: 10.1002/jclp.20757.
- Sue, D.W., Bernier, J.E., Durran, A., Feinberg, L., Pedersen, P., Smith, E.J., & Vasquez-Nuttall, E. (1982). Position paper: Cross-cultural counseling competencies. *The counseling psychologist*, 10, 45-

52.

- Sue, S., Zane, N., Nagayama Hall, G.C., & Berger, L.K. (2009). The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology*, 60, 525-548.
- Tiemeier, H., de Vries, W.J., van het Loo, M., Kahan, J.P., Klazinga, N., Grol, R., & Rigter, H. (2002). Guideline adherence rates and interprofessional variation in a vignette study of depression. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 214-218. doi:10.1136/qhc.11.3.300
- Unlu, B., Riper, H., van t Hof, E., & Cuijpers, P. (2014). The Effects of Psychotherapy on Depression Among Racial-Ethnic Minority Groups: A Metaregression Analysis. *Psychiatric Services*, 65(5), 612-617. DOI: 10.1176/appi.ps.201300165
- Van Els, H., & Knipscheer, J.W. (2015). Cognitieve gedragstherapie bij allochtonen: een cultuursensitieve benadering. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 48, 2-29.
- Verhulp, E. E. (2014). Mental health service use for adolescents' internalizing problems: A comparison between four ethnic groups in the Netherlands. Utrecht: University Publishers.
- Vijver, F. van de (2017). Diagnostiek en testgebruik met allochtonen. In: J.W. Knipscheer & R.J. Kleber (redactie), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (pp. 192-214). Amsterdam: Boom.
- Vijver, F. van de (2016). Interculturele psychodiagnostiek: zes vuistregels. In: *Cultuur en psychodiagnostiek: Professioneel werken met psychodiagnostische instrumenten*. Bohn, Stafleu en Van Loghem, p. 3-15.
- Wit, M.A.S de, Tuinebreijer W.C., Dekker J., Beekman A.J., Gorissen, W.H.M., & Schrier A.C. (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups: A population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 43, 905-912.
- Wittkamp, L.C., Smeets, H.M., Knol, M.J., Geerlings, M.I., Braam, A.W., & De Wit, N.J. (2010). Differences in psychotropic drug prescriptions among ethnic groups in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45, 819-826.
- Yeo, S. (2004). Language barriers and access to care. *Annual Review of Nursing Research*, 22, 59-73.
- Zayfert, C. (2008). Culturally competent treatment of posttraumatic stress disorder in clinical practice: An ideographic, transcultural approach. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 68-73.