

VU Research Portal

The role of ethnicity in access to care and treatment of outpatients with depression and/or anxiety disorders in specialised care in Amsterdam, the Netherlands

van Loon, A.

2015

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

van Loon, A. (2015). *The role of ethnicity in access to care and treatment of outpatients with depression and/or anxiety disorders in specialised care in Amsterdam, the Netherlands.*

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

SAMENVATTING (DUTCH SUMMARY)

De rol van etniciteit in toegang tot zorg en behandeling van poliklinische patiënten met depressie en/of angststoornissen in de gespecialiseerde zorg in Amsterdam, Nederland

Doel van de dissertatie

De prevalentie van veelvoorkomende psychiatrische stoornissen bij migranten is hoog, en er zijn ernstige zorgen over verschillen in de toegang tot gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, behandelingstrouw en behandelingsuitkomst, die zijn terug te voeren tot etniciteit.

In deze dissertatie is de hypothese opgenomen dat er inderdaad verschillen bestaan in de toegang tot geestelijke gezondheidszorg en dat die verschillen zijn terug te voeren tot etniciteit. Een volgende hypothese in deze dissertatie is dat etnische verschillen in symptoomprofielen en gezondheidsovertuiging bestaan en dat acculturatie de effectiviteit van de behandeling van depressie en/of angststoornissen beïnvloedt. Door deze etnische verschillen in ogenschouw te nemen, is de uiteindelijke hypothese dat een cultureel aangepaste behandeling, die is gebaseerd op een behandelrichtlijn, de verschillen in behandelingstrouw en behandelingsuitkomst van poliklinische migrantenpatiënten mogelijk kan verminderen.

Vergelijkbaar onderzoek over deze onderwerpen is tot nu toe voornamelijk in de Verenigde Staten uitgevoerd, weinig is tot nu over deze onderwerpen bekend in Europa en Nederland. Om deze reden hebben wij de volgende onderzoeksvragen geformuleerd, gericht op Turkse en Marokkaanse migranten die in behandeling zijn van in depressie en angststoornissen gespecialiseerde poliklinieken in Amsterdam.

- A. Bestaan er etnische verschillen tussen migranten en van oorsprong Nederlandse patiënten voor wat betreft de toegang tot zorgbehandeling, symptoomprofielen en het vertrouwen in de zorgbehandeling ?
- B. Verbetert een cultureel aangepaste depressie- en angstbehandeling de effectiviteit van de behandeling en behandeltrouw?

In dit laatste hoofdstuk vatten wij de belangrijkste resultaten samen van de onderzoeken (**hoofdstukken 2-6**) en bespreken wij deze resultaten. In aanvulling daarop zullen

beperkingen en sterke punten van methodologie worden beschouwd. Tot slot zullen onze bevindingen worden geïntegreerd en implicaties van de resultaten en toekomstige aanwijzingen voor onderzoek en behandelingsbeleid worden besproken.

Belangrijkste bevindingen

Etnische verschillen in gespecialiseerde depressie- en angstbehandeling

Deel A van de dissertatie richt zich op de etnische verschillen in het ondergaan van gespecialiseerde depressie- en/of angstbehandeling. Eerst hebben wij etnische verschillen in de toegang tot de angst- en/of depressiebehandeling van een Amsterdamse polikliniek onderzocht (**hoofdstuk 2**). Ten tweede hebben wij etnische verschillen in symptoomprofielen en gezondheidsovertuiging van poliklinische patiënten met depressie en/of angststoornissen onderzocht (**hoofdstuk 3**). Ten derde hebben wij verschillen in acculturele status (vaardigheden, sociale integratie, tradities, normen en waarden en gevoelens van verlies) van Marokkaanse, Turkse en Surinaamse migranten in gespecialiseerde poliklinische geestelijke gezondheidszorg alsook de effecten van die verschillen op de behandeluitkomst geanalyseerd (**hoofdstuk 4**).

In **hoofdstuk 2** zijn de etnische verschillen in toegang tot een polikliniek voor depressie- en angstbehandeling onderzocht door de aan- en afwezigheid van de patiënt bij de eerste afspraak te analyseren. Op grond van de literatuur was de veronderstelling dat op het patiëntniveau naast etniciteit ook leeftijd, geslacht, huwelijks staat, het hebben van kinderen, de wachttijd na doorverwijzing en taalproblemen, mogelijke risicofactoren voor het missen van een eerste afspraak zijn. Medische dossiers van 110 poliklinische patiënten van Marokkaanse of Turkse afkomst en van 110 gepaarde dossiers van autochtone patiënten werden geselecteerd uit een lijst van verwijzingen. In totaal misten 44 patiënten (20%) de eerste afspraak. Van dit aantal waren 34 (31%) migranten patiënten tegen 10 (9%) autochtone patiënten. Etniciteit bleek de enige significante factor. Na herhaalde uitnodigingen voor een eerste afspraak werden de percentages gereduceerd tot 13% voor de migrantenpatiënten en 3% voor de autochtone patiënten. De door ons gevonden aantallen en percentages van gemiste eerste afspraken bleken bescheiden vergeleken met de in andere, internationale, studies gevonden aantallen en percentages van afwezigheid. In Nederland hebben Korrelboom en collega's (Korrelboom et al., 2007) vergelijkbare aantallen gemiste afspraken gevonden als in ons onderzoek, met etniciteit als determinant. In ons onderzoek bleken herhaalde uitnodigingen een

effectieve remedie, al bleef een etnisch verschil bestaan. Ons onderzoek bevestigde dat er terecht zorgen bestaan over etnische verschillen met betrekking tot de toegang tot gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en dat dit een aandachtspunt moet zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg voor migranten.

In **hoofdstuk 3** onderzochten wij etnische verschillen in symptoomprofielen en gezondheidsovertuiging. Poliklinische patiënten van Turkse of Marokkaanse achtergrond (N=54) werden naar leeftijd en geslacht gepaard aan van oorsprong Nederlandse poliklinische patiënten (N=108). Poliklinische patiënten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond hadden een lagere score op de ernst van depressie, maar de scores naar de ernst van de angststoornis waren hoger dan die bij autochtone poliklinische patiënten. Scores op pijnintensiteit en onvermogen door pijn waren significant hoger in de migrantengroep. Verder bleek in de migrantengroep functioneel onvermogen voor wat betreft communicatie, mobiliteit, zelfzorg en participatie significant meer uitgesproken te zijn, terwijl het vertrouwen in therapeuten en de zorg door vrienden significant lager was. Deze uitkomsten wijzen er mogelijk op dat de gewone behandeling van veelvoorkomende psychiatrische stoornissen expliciet meer gericht moet zijn op angstklachten, ernst van en onvermogen door pijn en functioneel onvermogen in deze migrantengroepen. Ook dient voor en na doorverwijzing meer aandacht te worden gegeven aan de mening van de patiënt over de gespecialiseerde zorg en aan hun vertrouwen in de aangeboden zorg.

In **hoofdstuk 4** zijn aspecten van acculturele status (vaardigheden, sociale integratie, tradities, normen en waarden en gevoelens van verlies) onderzocht in een longitudinaal cohortonderzoek, waarin gegevens zijn benut afkomstig uit Routine Outcome Monitoring (ROM) gegevens van Marokkaanse, Turkse en Surinaamse migranten die werden behandeld in poliklinieken van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Ook werd de relatie tussen acculturatiestatus en niveaus van symptomen, kwaliteit van leven, zorgbehoefte en behandel-effectiviteit geanalyseerd. De status van acculturatie verschilde tussen de drie etnische groepen. Turkse migranten lieten het meeste culturele behoud zien (tradities, normen en waarden). Surinaamse migranten toonden het hoogste niveau van integratie (vaardigheden, sociale integratie), terwijl Marokkaanse migranten zich tussen deze twee groepen bevonden. Het hogere niveau van culturele aanpassing was gerelateerd aan een minder grote zorgbehoefte, lagere symptoomniveaus en een hogere kwaliteit van leven. Participatie voorspelde op significante wijze een lagere score op symptomen en een hogere score voor kwaliteit van leven, zes maanden na de start

van de behandeling. Het onderzoek bevestigt dat acculturatiestatus invloed heeft op symptoomniveaus, kwaliteit van leven en waargenomen zorgbehoefte van migranten. Bovendien leek participatie een positieve invloed op het behandelingsresultaat te hebben.

Samengevat zijn de voornaamste bevindingen in sectie A:

- Turkse en Marokkaanse patiënten misten significant vaker de eerste afspraak in een polikliniek voor gespecialiseerde depressie- en angstbehandeling, vergeleken met autochtone patiënten.
- Migrantepatiënten vertoonden ernstiger angststoornissen, minder ernstige depressie, meer functionele beperkingen, hogere mate van pijnintensiteit en onvermogen door pijn en minder vertrouwen in therapeutische zorg vergeleken met autochtone patiënten.
- Acculturatieniveau beïnvloedt symptoomniveaus, kwaliteit van leven en waargenomen zorgbehoefte van migranten. Participatie in de Nederlandse samenleving lijkt een positieve factor voor het behandelingsresultaat.

Effectiviteit van cultureel aangepaste zorg van voorkomende geestelijke stoornissen

In het tweede deel (B) van de dissertatie is de effectiviteit van culturele aanpassingen die zijn toegevoegd aan behandelingsrichtlijnen voor depressie en/of angststoornis in gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg onderzocht. Ten eerste is in **hoofdstuk 5** de literatuur over effectiviteit van cultureel aangepaste behandelingen van depressie en angststoornissen onderzocht. Ten tweede hebben wij in **hoofdstuk 6** de opzet van een gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) met controlegroep beschreven waarin wij het effect wilden onderzoeken van een culturele competentie-module voor therapeuten op behandelingsuitval in twee Amsterdamse poliklinieken. Deze module voor therapeuten was toegevoegd aan de behandelingsrichtlijn voor depressie en angststoornissen. Ten derde hebben wij de resultaten van dit gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoek in **hoofdstuk 7** geanalyseerd.

In **hoofdstuk 5** is de empirische literatuur over de effectiviteit van cultureel aangepaste en op richtlijnen gebaseerde behandelingen voor depressie en angststoornissen systematisch geëvalueerd. Er zijn negen gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken

geïdentificeerd die in aanmerking kwamen. Deze onderzoeken zijn allen in de Verenigde Staten (VS) uitgevoerd. In alle onderzoeken was een focus op culturele waarden en overtuigingen te identificeren als een belangrijke factor van culturele aanpassing. Het gepoolde effect op de klinische uitkomsten was significant 1.06 (95% CI 0.51-1.62, $p < .00$). Twee van deze onderzoeken lieten een significant gepoold effect zien van culturele aanpassing per se (95% CI 0.22-1.14, $p < .00$) omdat deze onderzoeken een cultureel aangepaste en op richtlijnen gebaseerde behandeling vergeleken met niet aangepaste op richtlijnen gebaseerde behandeling. De andere zeven onderzoeken vergeleken cultureel aangepaste en op richtlijnen gebaseerde poliklinische depressie en/of angstbehandeling als geheel met controlecondities zoals wachtlijsten of andere behandelingen, zoals spierontspanningsoefeningen. Of het gevonden effect in deze zeven onderzoeken was te herleiden tot de culturele aanpassing per se bleef onbevestigd. Dat betekent dat er enig bewijs is dat in het voordeel spreekt van het effect op het klinische resultaat door de culturele aanpassing. Hoewel de culturele aanpassingen zoals toegepast in de geëvalueerde onderzoeken niet allemaal relevant zijn voor de Nederlandse onderzoekspopulatie en de etnische achtergronden van de onderzoekspopulaties uit de VS-studies verschillen van de Nederlandse migrantenonderzoeksgroepen, zijn veel onderwerpen meer algemeen toepasbaar. Het resultaat bemoedigt en benadrukt de noodzaak voor vergelijkbare trials buiten de VS.

In **hoofdstuk 6** beschreven wij het ontwerp van de RCT waarin wij wilden testen of een culturele competentie-module voor therapeuten, toegevoegd aan de behandelingsrichtlijn voor depressie en angststoornissen, effectief bleek in het verminderen van de uitval van behandeling van migranten. In **hoofdstuk 7** beschreven wij de resultaten van de aangepaste RCT. De reden voor de aanpassingen was met name de lage respons voor deelname aan een interview. Om deze reden is ervoor gekozen om een behandeldossier-analyse uit te voeren. 220 volwassen Turkse en Marokkaanse poliklinische patiënten die waren verwezen naar deze poliklinieken voor angst- en/of depressiestoornissen namen deel aan dit onderzoek. Zij werden gerandomiseerd toegewezen aan therapeuten van de genoemde poliklinieken die in een culturele module waren getraind en aan therapeuten die niet waren getraind in deze culturele module.

Meerdere mogelijke determinanten voor het resultaat werden zes maanden na de eerste intakesessies onderzocht. Er werden geen significante verschillen in behandeluitval tussen de interventiegroep en de controlegroep aangetroffen (21% tegen 12%, χ^2 -kwadraat 3.27, $p = .07$), ook niet voor het niet verschijnen of een gemiste afspraak. De

uitval was verrassend genoeg hoger in de interventiegroep dan in de controlegroep. Dat betekent dat wij niet hebben kunnen aantonen dat de culturele competentietraining voor de therapeuten de kans op behandeluitval en het niet verschijnen op de afspraak vermindert. In het algemeen leek de behandeluitval in beide groepen gematigd vergeleken met andere onderzoeken, waaronder ook onderzoeken met een breder perspectief, waarin niet specifiek naar migranten werd gekeken (Arnow et al., 2007; Tarricone et al., 2010). Desalniettemin viel een aanzienlijk deel van de onderzochte populatie uit. Verrassend genoeg voorspelden taalproblemen een lagere uitval in beide groepen. Andere bevindingen waren: een lange wachttijd na intake tot de start van de behandelingen (psychotherapie en/of medicatiebehandeling), gemiddeld genomen 10-14 weken wachttijd, een lage frequentie therapiecontacten (gemiddeld genomen 4 tot 5 sessies psychotherapie of medicatiebehandeling over een periode van zes maanden), en dat patiënten vaak slechts één stap van het medicatieprotocol werd aangeboden. De vraag blijft in welke mate deze bevindingen zijn toe te schrijven aan organisatorische problemen in de klinieken of aan patiëntgebonden factoren.

Samengevat zijn de bevindingen in onderdeel B dat:

- cultureel aangepaste en richtlijngebaseerde angst- en/of depressiebehandelingen een positieve invloed hadden op de klinische resultaten voor migranten in de VS (**hoofdstuk 6**).
- een positief bijkomend effect van de culturele aanpassing van behandelingsrichtlijnen voor depressie en/of angst niet kon worden aangetoond. Er werd geen significant verschil van behandeluitval gevonden tussen de interventiegroep en de controlegroep (**hoofdstuk 7**)

Beschouwing

De bevindingen in deze dissertatie kunnen bijdragen aan het verkrijgen van enkele inzichten in het behandelproces en de symptoomprofielen van Marokkaanse en Turkse poliklinische patiënten die zijn verwezen naar gespecialiseerde depressie- en/of angstbehandeling. Voor zover wij weten werd voor de eerste keer de effectiviteit van cultureel aangepaste depressie- en angstbehandeling onderzocht in een Europese situatie. Deze dissertatie toont ook aan hoe moeilijk het is een onderzoek van hoge kwaliteit uit te voeren in een niet-academische behandelsetting met deze onderzoekspopulatie. Alle

resultaten van deze dissertatie bij elkaar genomen, en in ogenschouw nemend dat samen met de kennis dat de groep Marokkaanse en Turkse inwoners met depressie en angstklachten toeneemt, doet ons ervoor pleiten dat meer onderzoek nodig is op het gebied van depressie- en angstbehandeling. Dit onderzoek zal met name gericht moeten zijn op de meest kwetsbare patiënten met een laag acculturatieniveau met als doel de behandeltrouw en behandeluitkomst te verbeteren en zo chronische problematiek en beperkingen te voorkomen.

Onze studie heeft duidelijk gemaakt dat gespecialiseerde zorg voor migranten wel beschikbaar is, maar dat extra inspanningen nodig zijn om de toegang tot deze zorg en het behandelproces te verbeteren. Een mogelijke eerste stap is extra aandacht te besteden aan het vertrouwen in de geestelijke gezondheidszorg en de aanmeld- en intakeprocedure te verbeteren. Daarnaast is een goede samenwerking met de eerstelijnszorg, zoals de huisarts en de sociale wijkteams, van belang indien er sprake is van complexe problematiek. Ook lijkt het zinvol meer intensieve richtlijnbehandeling te bieden in de gespecialiseerde zorg. Met betrekking tot onderzoek is het aan te bevelen andere methoden dan een gerandomiseerde gecontroleerde studie en interviewmethodes te verkennen om waardevolle klinische informatie over deze migrantengroepen te kunnen verzamelen. In lijn met het hedendaagse beleid zouden instellingen voor geestelijke gezondheidszorg manieren moeten vinden om migrantengroepen meer te laten participeren en te betrekken binnen de organisatie met als doel beter aansluitende zorg voor deze groepen te ontwikkelen.

REFERENCES

GGD Amsterdam; municipal health monitor 2012. In: 2012.

GGZ Nederland Sector rapport 2010. In: 2010.

Arnow BA, Blasey C, Manber R, Constantino MJ, Markowitz JC, Klein DN, Thase ME, Kocsis JH, Rush AJ. Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *J.Affect.Disord.* 2007; 97:197-202.

Campinha-Bacote J. Cultural desire. *J.Christ.Nurs.* 2003a; 20:20-22.

Campinha-Bacote J. Cultural desire: the key to unlocking cultural competence. *J.Nurs.Educ.* 2003b; 42:239-240.

Campinha-Bacote J. Cultural desire: 'caught' or 'taught'? *Contemp.Nurse* 2008; 28:141-148.

De Wit MAS, Tuinebreijer WC, Dekker J, Beekman AJ, Gorissen WHM, Schrier AC, Penninx BWJH, Komproe IH, Verhoeff AP. Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups: a population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Soc.Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2008; 43:905-912.

Dorgelo A, Pos S, Kosec H. Handreiking Patiëntenparticipatie van migranten in Onderzoek, Kwaliteit en Beleid. In: CBO and Pharos, 2013.

Fassaert T, De Wit MAS, Tuinebreijer WC, Wouters H, Verhoeff AP, Beekman ATF, Dekker J. Psychometric properties of an interviewer-administered version of the Kessler Psychological Distress scale (K10) among Dutch, Moroccan and Turkish respondents. *Int.J.Methods Psychiatr.Res.* 2009; 18:159-168.

Flores G. Language barriers to healthcare in the United States. *N.Engl.J.Med.* 2006; 355:229-231.

Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of healthcare : a systematic review. *Med. Care Res.Rev.* 2005; 62:255-299.

Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community: The pathway to psychiatric care.* Londen: Travstitch, 1980.

Korrelboom CW, Huijbrechts IPAM, Zirar D, Hoffman TO. Wie zijn de no-shows en waarom komen ze niet? [Who are the 'no-shows' and why don't they turn up?]. *Tijdschr.Psychiatr.* 2007; 49:623-628.

Stevens GWJM, Kamperman AM, de Jong JTVM, Crijnen AAM. Aanbevelingen voor de werving van allochtone respondenten voor onderzoek. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 2005;200-204.

Tarricone I, Atti A, Braca M, Pompei G, Morri M, Poggi F, Melega S, Stivanello E, Tonti L, Nolet M, Berardi D. Migrants referring to the Bologna Transcultural Psychiatric Team: Reasons for drop-out. *Int.J.Soc.Psychiatry* 2010.

Van der Vijver F., Tanzer N.K. Bias and equivalence in cross-cultural assessment: an overview. *Revue européenne de psychologie appliqué* 2004;119-135.

Van der Vliet R, Ooijevaar Jeroen, Van der Bie Ronald. Jaarrapport Integratie 2012. In: Van der Vliet R, Ooijevaar Jeroen, Van der Bie Ronald, editors. CBS, 2012.

Van Ommeren M, Bhogendra Sharma, Suraj Thapa, Ramesh Makaju, Dinesh Prasain, Rabindra Bhattarai, De Jong JTVM. Preparing Instruments for Transcultural Research: Use of the Translation Monitoring Form with Nepali-Speaking Bhutanese Refugees. *Transcultural Psychiatry* 1999; 36:285-301.

