UNIVERSITY OF AMSTERDAM

UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Zware bagage: psychosociale problemen en verstandelijke beperkingen bij Amsterdamse jeugd: een inventariserend onderzoek

Teeuwen, M.L.E.M.; Verhoeff, A.P.

Publication date
2009

Document Version
Final published version

Link to publication

Citation for published version (APA):
Teeuwen, M. L. E. M., & Verhoeff, A. P. (2009). *Zware bagage: psychosociale problemen en verstandelijke beperkingen bij Amsterdamse jeugd: een inventariserend onderzoek*. (EDG-reeks; No. 2009/2). Universiteit van Amsterdam. http://www.gezond.amsterdam.nl/GetDocument.ashx?DocumentID=9219&name=Zware-bagage&rnd=634076193569233720

General rights
It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations
If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: https://uba.uva.nl/en/contact, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, P.O. Box 19185, 1000 GD Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (https://dare.uva.nl)

Download date:11 Nov 2026

GGD Amsterdam

Zware bagage

Psychosociale problemen en verstandelijke beperkingen bij Amsterdamse jeugd

Een inventariserend onderzoek

ZWARE BAGAGE

Psychosociale problemen en verstandelijke beperkingen bij Amsterdamse jeugd

een inventariserend onderzoek

GGD Amsterdam / UvA

Auteurs:
M.L.E.M. Teeuwen
A.P. Verhoeff

GGD Amsterdam

Colofon

Auteurs

Marigo L.E.M. Teeuwen
Universiteit van Amsterdam, afdeling Sociologie en Antropologie

Arnoud P. Verhoeff
GGD Amsterdam, cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheids-bevordering
Universiteit van Amsterdam, afdeling Sociologie en Antropologie

ISBN 978-90-5348-160-8
EDG-reeks 2009/2

GGD Amsterdam / Universiteit van Amsterdam, juni 2009

Inhoud

Pagina

Voorwoord 6

Rapport in het kort 8

1. Inleiding 12

2. Literatuuronderzoek 17
2.1 Inleiding 17
2.2 Achtergrond 17
2.2.1 Omvang Amsterdamse jongeren en verdeling naar etniciteit 17
2.2.2 Jeugdbeleid in Nederland 19
2.2.3 Welzijn etnische jongeren onderbelicht 20
2.3 Epidemiologie psychosociale problematiek en etnische jongeren 22
2.3.1 Inleiding 22
2.3.2 Amsterdam: rapportage 23
2.3.3 Nederland: rapportage 29
2.3.4 Consensus en discussiepunten in het voorkomen van psychosociale problematiek bij etnische jongeren 36
2.3.5 Langetermijnonderzoek 43
2.4 Epidemiologie verstandelijk gehandicapten 44
2.4.1 Amsterdam: rapportage lvg en psycho-sociale problematiek 49
2.4.2 Nederland: rapportage lvg en psycho-sociale problematiek 50
2.4.3 Consensus en discussiepunten in het voorkomen van psychosociale problematiek bij verstandelijk beperkte (etnische) jongeren 53
2.5 Toegang tot en kwaliteit van de psychosociale zorg 56
2.5.1 Inleiding 56
2.5.2 Amsterdam 56
2.5.3 Nederland 59

Pagina

2.5.4 Knelpunten en barrières bij de toegang tot en de kwaliteit van de zorg 65
2.5.5 Toegang tot en kwaliteit van de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte (etnische) jongeren met psychosociale problematiek 69
2.6 Analyse: theorie, empirie en beleid 77
2.6.1 Inleiding 77
2.6.2 Stresskwetsbaarheidsmodel 78
2.6.3 Empirie, de onderzoeksresultaten 80
2.6.4 Van veilige hechting tot hechtingsstoornis 89
2.6.5 Samenvatting 91
2.7 Aanbevelingen vanuit de bestudeerde literatuur 91
2.7.1 Inleiding 91
2.7.2 Het belang van preventie 92
2.7.3 Aanbevelingen 93

3. Analyse van beschikbare epidemiologische gegevens en zorgregistraties 100
3.1 Inleiding 100
3.2 Analyse van beschikbare gegevens van GGD Amsterdam 100
3.3 Analyse van beschikbare gegevens van zorginstellingen in Amsterdam 106

4. Interviews met sleutelfiguren 113
4.1 Inleiding 113
4.2 Resultaten 114

Pagina

5. Beschouwing en aanbevelingen 122
5.1 Inleiding 122
5.2 Aard en omvang psychosociale problematiek en/of lvg Amsterdamse jeugd naar etniciteit 123
5.3 Zorggebruik door en voor Amsterdamse jeugdigen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen, naar etniciteit 124
5.4 Mogelijke oorzaken voor verschillen in voorkomen van en zorggebruik voor Amsterdamse jeugdigen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen naar etniciteit 125
5.5 Wat is bekend over mogelijke gevolgen van een gebrek aan (kwalitatief goede) zorg voor Amsterdamse jeugdigen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen naar etnische achtergrond 126
5.6 Lacunes in kennis 126

6. Samenvatting 127

Dankwoord 133

Geraadpleegde literatuur 134

Bijlagen 148

Voorwoord

Hoe vaak heeft de Amsterdamse jeugd te maken met psychosociale problemen en lichte verstandelijke beperkingen? Een jaar terug klopte het College van B&W met deze vraag aan bij de GGD.
We waren vooral geïnteresseerd in mogelijke gezondheidsverschillen naar etnische achtergrond van de jeugdigen.
Want uit het maatschappelijk veld kwamen geluiden dat de problematiek vooral bij niet-westerse migranten onvoldoende herkend en erkend wordt.
Inmiddels heeft de GGD in samenwerking met de UvA een inventarisatie gemaakt. De uitkomsten liggen voor u en stemmen mij – en u waarschijnlijk ook – tot nadenken.

Want wat blijkt? Psychosociale problematiek komt veel voor onder de Amsterdamse jeugd. Volgens de jeugdgezondheidszorg heeft maar liefst 40 procent van de leerlingen van de tweede klas van het voortgezet onderwijs (lichte) psychosociale problemen.

Ook een belangrijke uitkomst: twee groepen Amsterdamse jeugdigen lopen veel meer risico om psychosociale problemen te ontwikkelen.
Het gaat om jongeren met een niet-westerse migratie en jeugdigen met een verstandelijke beperking. De risicofactoren hebben niet direct te maken met hun etnische achtergrond, maar met de migratie en een lage sociaal economische positie en alle stress van dien.

Het onderzoek laat zien welke witte vlekken er zijn. Naar schatting zijn er 31.000 Amsterdamse jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking, maar precies weten we het niet. We weten ook niet precies wat het zorggebruik is van de Amsterdamse jeugd met psychosociale problemen en/of een lichte verstandelijke beperking, laat staan het zorggebruik naar etnische achtergrond. We hebben dus dringend meer en goede gegevens nodig.

Wat gaat het College doen met deze uitkomsten? In twee stadsdelen gaan we een pilot uitvoeren met een leerlingvolgsysteem over de psychosociale ontwikkeling van kinderen op de basisschool.
Zo krijgen we eerder zicht op mogelijke problemen en kunnen kinderen en hun ouders gericht worden ondersteund bij het vinden van de juiste zorg.

Verder maken we afspraken met zorginstellingen over het verbeteren van de registraties en over het delen van gegevens over het zorggebruik.

In sommige culturen wordt nog moeilijk gesproken over psychosociale problematiek en lichte verstandelijke beperkingen. Daarom gaan we ook in de voorlichting hier samen met de zelforganisaties meer aandacht aan besteden om het taboe te doorbreken.
Ik wil een beter beeld van de aard en omvang van de Amsterdamse jeugd met psychosociale problemen en lichte verstandelijke beperkingen en van hun zorggebruik. Dit onderzoek maakt de problematiek duidelijk en geeft resultaten waarmee we het (preventieve) jeugdgezondheidsbeleid meteen kunnen aanscherpen, om de Amsterdamse jeugd een betere (maatschappelijke) toekomst te geven.

Marijke Vos
Wethouder Zorg

Rapport in het kort

Hoe vaak heeft de Amsterdamse jeugd psychosociale problemen en lichte verstandelijke beperkingen? Maken zij gebruik van de zorg? Hoe toegankelijk is de zorg? En zijn er relevante verschillen te zien naar etnische achtergrond?

Deze vragen zijn onderzocht in het rapport dat voor u ligt. De GGD Amsterdam heeft dit inventariserend onderzoek in samenwerking met de UvA uitgevoerd in opdracht van het College van B&W van Amsterdam. Aanleiding waren geluiden uit het maatschappelijk veld dat de problematiek vooral bij niet-westerse migranten onvoldoende herkend en erkend wordt.
Het onderzoek richtte zich op Amsterdamse jongeren tot 24 jaar met psychosociale problemen en lichte verstandelijke beperkingen. De uitkomsten zijn gebaseerd op literatuur, epidemiologische gegevens, cases, zorgregistraties en interviews met sleutelfiguren uit de zorg en uit zelforganisaties van migranten.

Hebben etnische jeugdigen vaker psychosociale problemen of een verstandelijke beperking?

Geen eenduidig beeld
Er is geen eenduidig beeld over de relatie tussen etniciteit en het voorkomen van psychosociale problematiek onder de Amsterdamse jeugd. Sommige onderzoeken laten zien dat psychosociale problemen vaker voorkomen bij jongeren met een niet-westerse etniciteit. Andere onderzoekers zien geen verband met etniciteit maar juist wel met sekse en opleiding: meer psychosociale problematiek bij jeugdigen met een lager opleidingsniveau en bij meisjes.

Veel Amsterdamse jeugd met psychosociale problemen
Dit is wel duidelijk: psychosociale problemen komen veelvuldig voor onder de Amsterdamse jeugd. De problemen nemen bovendien toe met de leeftijd. Dat blijkt uit registraties van de jeugdgezondheidszorg.
Volgens de jeugdgezondheidszorg komt (lichte) psychosociale problematiek in Amsterdam voor bij:

- 18 procent van de vijfjarigen: circa 1.500 kinderen
- 30 procent van de tienjarigen: circa 2.000 kinderen
- 40 procent van de leerlingen van de tweede klas van het voortgezet onderwijs: circa 5.500 kinderen.

31.000 kinderen met een verstandelijke beperking
Naar schatting hebben 31.000 jeugdigen in Amsterdam een lichte verstandelijke beperking (IQ tussen de 50 en 85). Het exacte aantal is niet bekend: de schatting is gebaseerd op landelijke schattingen. Er zijn evenmin cijfers beschikbaar over het voorkomen van verstandelijke beperkingen naar etniciteit. Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse Amsterdamse kinderen blijken oververtegenwoordigd in het speciaal basisonderwijs, maar niet in het speciaal voortgezet onderwijs. De meeste leerlingen van het speciaal basisonderwijs stromen namelijk door naar het leerwegondersteunend en praktijkonderwijs. Marokkaanse kinderen zijn hierin ook oververtegenwoordigd.

Voorstel 1
Er is nader onderzoek nodig om beter zicht te krijgen op de omvang en aard van psychosociale problemen en verstandelijke beperkingen bij de Amsterdamse jeugd. Een 'leerlingvolgsysteem psychosociale ontwikkeling' voor leerlingen van het basisonderwijs in Amsterdam kan hier een belangrijke bijdrage aan leveren.

Welke jongeren maken vaker gebruik van zorg?

Beperkt inzicht
Autochtone jongeren met een lichte verstandelijke beperking lijken vaker gebruik te maken van de zorg. Kijken we naar Amsterdamse jeugdigen met een combinatie van lichte verstandelijke beperkingen en psychosociale problematiek, dan lijken Marokkaanse en Surinaamse jongeren meer van zorg gebruik te maken. De onderzoekers hebben op dit punt echter beperkt inzicht gekregen. Over het zorggebruik van jeugdigen met alleen psychosociale problemen naar etniciteit kan helemaal geen uitspraak worden gedaan.

Vertekend beeld
De gegevens geven een vertekend beeld van het werkelijke zorggebruik. Dat komt doordat de onderzoekers gebruik hebben gemaakt van beperkte registraties van een aantal zorginstellingen. Hun gegevens omvatten slechts een deel van de gebruikte zorg. Instellingen blijken vaak niet in staat om gegevens te leveren, zeker niet over de etnische achtergrond van

de zorggebruikers.

Migratie geeft stress
Literatuuronderzoek laat zien dat jongeren met een niet-westerse migratie en jeugdigen met een verstandelijke beperking meer risico lopen om psychosociale problemen te krijgen. De risicofactoren zijn niet verbonden met etniciteit maar met de migratie en met een lage sociaaleconomische positie. Het migratieproces geeft vooral voor laagopgeleiden (en hun kinderen) veel stress. Dit kan leiden tot psychosociale problematiek.

Voorstel 2
Er zijn betrouwbare gegevens nodig over de zorg aan Amsterdamse kinderen met psychosociale problemen en/of een lichte verstandelijke beperking. Zorginstellingen zijn bereid om die gegevens te leveren.
We gaan met hen hierover afspraken maken: hoe en op welke termijn geven de registraties een betrouwbaar beeld van het zorggebruik en in hoeverre sluiten aanbod en vraag op elkaar aan? Ook zullen we het gebruik van het speciaal onderwijs door verschillende etnische groepen hierbij betrekken.

Voorstel 3
Er is extra hulp nodig voor etnische jongeren uit gezinnen met een lage welstand. Zij bevinden zich in een zeer kwetsbare positie. Het is van belang hun problematiek zo vroeg mogelijk te signaleren om de kans op versterking van de problemen te verkleinen. Het leerlingvolgsysteem (voorstel 1) in combinatie met de juiste toeleiding naar zorg biedt hierbij goede mogelijkheden.

Wat zijn de gevolgen van een gebrek aan zorg?

Hulp komt laat
Verhoudingsgewijs komen veel etnische jongeren terecht in de jeugdbescherming en justitiële inrichtingen en minder in de vrijwillige hulpverlening. Mogelijk wordt er te laat een beroep gedaan op de lichtere vormen van zorg. Het is ook mogelijk dat de aangeboden zorg onvoldoende aansluit bij de zorgvraag. Het tijdig aanbieden van goede zorg is van belang om problemen later in het leven te voorkomen.

Voorstel 4
In de voorlichting zal, in samenwerking met de zelforganisaties, meer aan-dacht worden besteed aan het doorbreken van het taboe rondom de problematiek, zodat ook makkelijker de noodzakelijke zorg kan worden gegeven. Bij de opvoedingsondersteuningstrajecten kan ook expliciet aandacht aan dit thema worden gegeven.

1. Inleiding

Aanleiding

Uit de samenleving komen de afgelopen tijd signalen dat psychische problemen en verstandelijke beperkingen bij jongeren met een etnische achtergrond meer voor lijken te komen dan gemiddeld in de bevolking. Uit onderzoek in Amsterdam blijkt dat 59 procent van de leerlingen in het Amsterdamse speciaal onderwijs een etnische achtergrond heeft, vooral van Turkse en Marokkaanse afkomst (O+S 2006). Dit aandeel is hoger dan op grond van het percentage van Turkse en Marokkaanse kinderen in de Amsterdamse populatie verwacht kan worden.

Daarnaast zijn er recentelijk verontrustende berichten dat de zorg deze kinderen onvoldoende bereikt en dat dit leidt tot escalatie van problematiek:

- Naar aanleiding van de rellen na de dood van Bilal B. in het najaar van 2007 zei stadsdeelvoorzitter Marcouch dat de helft van deze 'reljongeren' met psychische problemen kampt.
- Bij de aanpak van Amsterdamse harde kernjongeren blijkt dat er bij deze jongeren geregeld sprake is van tot dan toe niet gediagnosticeerde en/of onbehandelde psychiatrische problematiek.
- Allochtone cliënten in de GGZ en hun familieleden ervaren problemen bij de hulpverlening: met de toegankelijkheid van voorzieningen, indicatiestelling en behandeling, begrip en bejegening. Hierdoor blijven zij verstoken van goede zorg en ondersteuning volgens het Amsterdams Patiënten Consumenten Platform (APCP), Agis Zorgverzekeringen en de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam.
- De LVG monitorgroep van de Stadsregio Amsterdam constateert dat het aantal licht verstandelijk gehandicapte (lvg) jeugdigen in de regio groter is dan het aantal lvg-jeugdigen dat in zorg zit. Deze discrepantie lijkt wat groter te zijn bij kinderenvan allochtone afkomst dan bij kinderen van autochtone afkomst.
- Op 29 september 2007 stelt mevrouw Aysel Disbudak (directeur van Unal Zorg BV) in een interview met de Volkskrant dat Marokkaanse en Turkse gezinnen in Amsterdam met één of meer verstandelijk gehandicapten niet de specialistische hulp krijgen die zij behoeven. Veel blijft achter de voordeur verborgen. Zij stelt dat problemen hierdoor escaleren, waardoor gevolgen voor de omgeving groter en heftiger zijn dan nodig.

Het ontbreekt op dit moment aan een systematisch en betrouwbaar overzicht van de beschikbare gegevens over het voorkomen van psychische problemen en verstandelijke beperkingen bij de Amsterdamse jeugd en het zorggebruik van deze groep, vooral van kinderen met een allochtone achtergrond.
Om de signalen te kunnen beoordelen heeft het College van Burgemeester & Wethouders van Amsterdam inzicht nodig in:
Ten eerste: het voorkomen van psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen bij de Amsterdamse jeugd, met speciale aandacht voor mogelijke verschillen naar etnische achtergrond.
Ten tweede: het gebruik van zorg door en voor Amsterdamse kinderen met psychische problemen en/of een verstandelijke handicap, waarbij ook mogelijke verschillen naar etnische achtergrond relevant zijn.

Het College van Burgemeester & Wethouders heeft daarom in december 2007 de GGD Amsterdam opdracht gegeven om een inventariserend onderzoek uit te voeren naar het voorkomen van psychische problemen en lichte verstandelijke handicaps bij de Amsterdamse jeugd en naar mogelijke knelpunten in de zorg voor kinderen met psychische problematiek, met speciale aandacht voor mogelijke etnische verschillen.

Vraagstellingen

Het inventariserend onderzoek beoogt antwoord te geven op de volgende vragen:

1. Wat is de aard en omvang van psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen bij de Amsterdamse jeugd, met speciale aandacht voor mogelijke verschillen naar etnische achtergrond?
2. Wat is het zorggebruik door en voor (ouders/verzorgers van) Amsterdamse jeugdigen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen, met speciale aandacht voor mogelijke verschillen naar etnische achtergrond?
3. Wat is bekend over potentiële oorzaken voor mogelijke verschillen in voorkomen van en zorggebruik voor Amsterdamse jeugdigen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen naar etnische achtergrond?
4. Wat is bekend over potentiële gevolgen van gebrek aan (kwalitatief goede) zorg voor Amsterdamse jeugdigen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen naar etnische achtergrond?
5. Welke lacunes in kennis bestaan er ten aanzien van voorgaande vragen?

Om de signalen te kunnen beoordelen is ten eerste inzicht nodig in het voorkomen van psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen bij de Amsterdamse jeugd, met speciale aandacht voor mogelijke verschillen naar etnische achtergrond (vraagstelling 1). Ten tweede is inzicht nodig in het gebruik van zorg door en voor Amsterdamse kinderen met psychische problemen en/of een verstandelijke handicap, waarbij ook mogelijke verschillen naar etnische achtergrond relevant zijn (vraagstelling 2). Kennis over de oorzaken van mogelijke verschillen in voorkomen en zorggebruik is nodig om in te schatten waar interventie(s) mogelijk effectief zouden kunnen zijn (vraagstelling 3).

Deze vraagstelling richt zich bijvoorbeeld op vermoedens van een mismatch tussen zorgaanbod en zorgbehoefte, op eventuele problemen met de toegankelijkheid van de zorg, op veronderstelde ontkenningsproblematiek en op het mogelijk niet (tijdig) herkennen van psychische en/of verstandelijke handicaps door opvoeders en hulpverleners.
Het antwoord op vraagstelling 4 geeft informatie over het effect van het gebrek aan zorg. Met gebrek aan zorg wordt bedoeld dat de kinderen – om welke reden ook – geen passende zorg krijgen, bijvoorbeeld door ontoegankelijkheid van zorg, door een mismatch tussen zorgbehoefte en de ontvangen zorg of door wachtlijsten.
Tenslotte ontbreekt op dit moment een systematisch en betrouwbaar overzicht. Het is daarom goed mogelijk dat er lacunes bestaan in kennis. Mogelijk kunnen deze blinde vlekken van belang zijn voor effectieve beleidsinterventie (vraagstelling 5).

Onderzoekspopulatie

Het onderzoek richt zich op de Amsterdamse jeugd tot 24 jaar.
Deze leeftijdgrens is gekozen omdat het onderwijs- en jeugdbeleidsplan Jong Amsterdam van de gemeente Amsterdam en partners (schoolbesturen in het primair, voortgezet, speciaal, middelbaar en hoger beroepsonderwijs, instellingen op het terrein van welzijn, jeugdzorg en jeugdhulpverlening en politie en justitie) is gericht op jeugd tot en met 23 jaar.

Methoden

Om de vraagstellingen zo goed mogelijk te beantwoorden is de volgende aanpak gekozen.

1. Literatuuronderzoek naar beschikbare onderzoeksgegevens over het voorkomen van en de zorg voor kinderen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen, gericht op mogelijke verschillen naar etnische achtergrond.

2. Inventarisatie en analyse van beschikbare epidemiologische gegevens met als doel inzicht te verkrijgen in het voorkomen van psychische problemen en verstandelijke beperkingen bij de Amsterdamse jeugd naar etnische achtergrond.

3. Inventarisatie en analyse van cases gezien bij de GGD (Jeugdgezondheidszorg, Vangnet Jeugd, Vangnet en Advies).

4. Inventarisatie en analyse van beschikbare zorgregistraties om inzicht te verkrijgen in het gebruik van zorg voor en door de Amsterdamse jeugd met psychische problemen en verstandelijke beperkingen.

5. Kwalitatief onderzoek onder sleutelfiguren in de zorg voor de Amsterdamse jeugd en in zelforganisaties van migranten.

In de literatuur is overigens niet altijd eenduidigheid in het gebruik van de begrippen psychosociale, psychische en psychiatrische problematiek. Voor de begrippenlijst verwijzen wij naar bijlage 1.

Opbouw rapportage

De rapportage bestaat uit vier onderdelen: de rapportage in het kort (voorafgaand aan deze inleiding), de resultaten van het literatuuronderzoek (hoofdstuk 2), de resultaten van de analyse van beschikbare epidemiologische gegevens en zorgregistraties (hoofdstuk 3), de resultaten van de interviews met sleutelfiguren (hoofdstuk 4), en een algemene beschouwing en aanbevelingen (hoofdstuk 5). Tenslotte vindt u nog een uitgebreidere samenvatting van het onderzoek.

2. Literatuuronderzoek

2.1 Inleiding

Het literatuuronderzoek omvat: enige achtergrondinformatie over de jeugd in Amsterdam, jeugdbeleid in Nederland, literatuurgegevens over het voorkomen van psychosociale problematiek en lvg bij jongeren naar etniciteit, mogelijke verklaringen voor eventuele gevonden verschillen en literatuurgegevens over de toegang tot en de kwaliteit van de zorg voor jeugdigen met psychosociale problematiek en/of lvg.
De volgende databases dienden hiervoor als uitgangspunt: Ovid Medline, ERIC, AMC/UVA, Psycinfo, NCC/PICA (Nederlandse Centrale Catalogus), catalogus van het Documentatie- en Informatie Centrum van de GGD Amsterdam en de websites van nationale kennis- en belangenorganisaties. Belangrijke informatiebronnen vormden tevens de internetzoekmachines Google en Google Wetenschap.
Via de sneeuwbalmethode werd verder gezocht naar literatuur specifiek voor dit onderzoek. Vervolgens is op basis van de onderzoeksvragen een selectie gemaakt uit het beschikbare materiaal. Selectie betekent uiteraard ook beperking; onderwerpen als illegalen, vluchtelingen, asielzoekers, kindermishandeling, taal- en spraakstoornissen maken daarom niet apart onderdeel uit van deze literatuurstudie.

2.2. Achtergrond

2.2.1 Omvang Amsterdamse jongeren en verdeling naar etniciteit

Hoeveel jeugdigen zijn er in Amsterdam, hoe is de samenstelling van deze groep naar etniciteit, gezinssamenstelling, leefomgeving en/of thuissituatie?
Hieronder volgen de belangrijkste kerncijfers van de Amsterdamse jongeren op het gebied van etniciteit, achtergrond van de ouders en de sociaaleconomische status.

Etniciteit
In Amsterdam wonen in 2007 bijna 210.000 jeugdigen tussen 0 en 24 jaar, ongeveer een derde (28 procent) van de totale Amsterdamse bevolking (O+S 2007). Het aantal jongeren met een niet-westerse etnische achtergrond is volgens O+S in 2007 51 procent en 39 procent jongeren met een oorspronkelijk Nederlandse achtergrond. De verdeling naar etnische achtergrond is in aflopend percentage van voorkomen als volgt: Marokkaans 15,8 procent, Surinaams 12,0 procent, Turks 8,2 procent en Antilliaans 2,0 procent. Tot slot nemen westerse allochtone jongeren 10,4 procent voor hun rekening. Tabel 1 geeft deze cijfers weer.

Tabel 1: *Jongeren (tot 24 jaar) in Amsterdam naar etnische herkomst op 1 januari 2007 (Bron: O+S).*

Etnische herkomst	Percentages	Aantallen
Surinamers	12,0	25.113
Antillianen	2,0	4134
Turken	8,2	17.305
Marokkanen	15,8	33.115
overige niet-westerse allochtonen	13,1	27.464
totaal niet-westerse allochtonen	51,0	107.131
westerse allochtonen	10,4	21.837
autochtonen	38,6	81.140
Totaal	**100,0**	**210.108**

Achtergrond ouders en sociaaleconomische status
Van alle Amsterdamse jongeren leeft 31 procent in een eenoudergezin, tegenover ongeveer 22 procent bij de totale populatie Nederlandse jongeren. De armoedemonitor van 2006 laat zien dat van de 140.000 jongeren onder de 18 jaar die in Amsterdam leven ongeveer 40.000 van hen opgroeien in een gezin met een minimuminkomen.
Dit is 28,4 procent van alle jongeren onder de 18 jaar die in de stad wonen. Ruim de helft van deze minimajongeren groeit op in een eenoudergezin. De meeste minimajongeren in Amsterdam (84 procent) hebben een etnische achtergrond. Kinderen van Marokkaanse afkomst leven het meest in armoede, rond 11.000 kinderen, 27 procent van het totale aantal minimajongeren in Amsterdam.
Het aantal langdurige minimajongeren neemt toe. Langdurig wil hier zeggen langer dan drie jaar.

Bijna 65 procent van de minimajongeren leefde in 2003 langer dan drie jaar in een minimahuishouden.
Oorzaken van armoede zijn meestal werkloosheid en een slechte inkomenspositie. Per 1 januari 2005 is het aantal niet-werkende werkzoekende volwassen Amsterdammers tussen 25 en 65 jaar 51.000. Van deze groep heeft ongeveer 23.000 een etnische achtergrond. In januari 2007 zoeken ongeveer 2700 niet- werkende jongeren tot 24 jaar naar werk.
Het aantal jongeren dat in die zelfde periode een uitkering heeft is eveneens 2700.

2.2.2 Jeugdbeleid in Nederland

In de jaren tachtig kiest de rijksoverheid aanvankelijk voor een ruim geformuleerd jeugdbeleid, met als doel het creëren van voorwaarden voor een optimale ontplooiing van de jeugd. In het midden van de jaren tachtig wordt de taakstelling wat bescheidener. Het jeugdbeleid moet dan bijdragen aan de groei van de jeugd naar zelfstandigheid. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt niet in de eerste plaats bij de overheid, maar bij gezin, school en verenigingsleven. De overheid schept voorwaarden en voert specifiek beleid daar waar problemen zich opstapelen en waar socialisatiekaders tekortschieten. Er is dan een toename te zien in het aandeel van lokale overheden ten aanzien van het jeugdbeleid. In de jaren zeventig en tachtig wordt de aandacht van het jeugdbeleid verlegd van alle jongeren naar specifieke risicogroepen en van algemeen beleid naar probleemgericht beleid (Lokaal Jeugdbeleid, R.Gilsing, SCP 1999).

Door de voortgeschreden decentralisatie (sinds eind jaren tachtig) hebben lokale overheden steeds meer bevoegdheden gekregen voor een eigen invulling van het te voeren jeugdbeleid. De gemeenten zijn zelf verantwoordelijk voor een samenhangend lokaal jeugdbeleid. Zij krijgen daarbij wel te maken met het rijk en de provincie; het rijksbeleid beperkt zich tot het opstellen van algemene richtlijnen die meer of minder bindend van aard kunnen zijn (Gilsing et al. 2000, aangehaald in Teeuwen 2005).
Bij de overheidsfinanciering van de gemeenten spelen ook de geboekte resultaten een rol.

Naast decentralisering van centraal naar lokaal jeugdbeleid krijgen gemeenten per 1 januari 2005 ook te maken met de invoering van de nieuwe Wet op de jeugdzorg. De primaire verantwoordelijkheid voor de opvoeding en verzorging ligt in deze wet bij de ouders. De overheid heeft tot taak de voorwaarden te scheppen om ouders in staat te stellen hun taak als opvoeders zo goed mogelijk te vervullen. De jeugdzorg vult de zorg van ouders aan. Jeugdigen en hun ouders kunnen volgens deze wet aanspraak maken op hulp, desnoods via de rechter. Het Bureau Jeugdzorg wordt in de nieuwe wet de toegangspoort tot de jeugdhulpverlening, waaronder: de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-GGZ), de zorg voor jeugdige verstandelijk gehandicapten en de civielrechtelijke plaatsingen in justitiële jeugdinrichtingen (jeugdbescherming). Ouders met opvoedingsproblemen en hun kinderen kunnen dus bij het Bureau Jeugdzorg terecht.

2.2.3 Welzijn etnische jongeren onderbelicht

Gemiste kansen: Culturele diversiteit en jeugdzorg was de titel van de oratie van sociaal psycholoog Wilma Vollebergh in 2002.
In deze oratie stelt Vollebergh dat in Nederland de meeste algemene studies naar jeugd en jeugdzorg tot dan toe vooral gericht zijn op de autochtone jeugd. Grootschalige en langlopende onderzoeken onder de Nederlandse jeugd werden vrijwel exclusief onder autochtone jeugd gehouden. En voor zover er wel wetenschappelijk onderzoek naar allochtone jongeren werd gedaan, had het merendeel van de studies betrekking op criminaliteit, marginalisering of schoolachterstanden. Met andere woorden: er was tot dan toe vooral selectieve aandacht voor (negatieve) aspecten rondom de etnische jongeren.

Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld Amerika waar onderzoek naar geestelijke gezondheid bij etnische minderheden al een lange historie kent. Selectieve aandacht voor onderzoek bij etnische jongeren is ook te zien bij de landelijke rapportages van bijvoorbeeld het Sociaal Cultureel Planbureau en de expertteams van de interdepartementale Commissie Jeugdonderzoek. Ook daar is de aandacht voor etnische jongeren voornamelijk gericht op het gegeven dat criminaliteit door minderheden gevoelens van onveiligheid oproept bij autochtonen (Vollebergh 2002).
Daarnaast was er in de jaren tachtig en negentig veel aandacht voor racisme en etnocentrisme onder jongeren en volwassenen. Maar bij dit type jeugdonderzoek naar interetnische relaties bleef het perspectief van allochtone groepen zelf lang buiten beeld.

Hoewel het Scholierenonderzoek van 1994 al liet zien dat jongeren met een etnische achtergrond een veel lagere mate van welbevinden rapporteerden, was er tot 2002 weinig aandacht voor onderzoek naar het perspectief van de allochtone adolescent. Gevolg van deze geringe aandacht is dat er weinig of geen precieze recente cijfers zijn over de mate van welbevinden van deze groep jeugdigen. Er is weliswaar een begin van uitvoeren van onderzoek, maar methodologisch zijn er nog de nodige tekortkomingen. Vergelijking met een nulmeting is ook niet mogelijk.

Er waren dus nauwelijks cijfers voorhanden over het welbevinden van de allochtone adolescent, maar de jeugdzorg werd en wordt de laatste decennia geconfronteerd met een steeds breder scala aan etniciteit onder hun cliënten. Zowel instellingen voor pleegzorg, de kinderbescherming en andere hulpverleningsinstellingen krijgen te maken met steeds groter wordende culturele diversiteit van hun cliëntenpopulatie en daarmee met een steeds moeilijker te hanteren problematiek (Vollebergh 2002, p. 5). Ook hier is een gebrek aan cijfers te constateren over de jeugdzorg, zowel wat betreft de toegang tot de zorg als het gebruik en de kwaliteit van de zorg.

Dit geldt niet alleen voor etnische groepen in Nederland, maar ook voor autochtone jongeren in de jeugdzorg. Volgens Vollebergh is te zien dat jeugdrapportages zoals van het CBS en het SCP veel feiten- en cijfermateriaal leveren over bijvoorbeeld invulling van vrije tijd en vele andere levensaspecten van de jeugd, maar er is geen aandacht noch informatie over ontwikkeling van probleemgedrag (inclusief psychische problemen) en de toegang tot de jeugdzorg.

Concluderend: er zijn tot nu toe weinig cijfers over de omvang van en inzicht in de problematiek bij jongeren, ongeacht etniciteit. De laatste tien jaar komen er wel cijfers van vooral jongeren met een Nederlandse achtergrond. Geleidelijk aan komt er bewustwording van het feit dat weinig bekend is over de ontwikkeling en prevalentie van problematiek bij jongeren met een etnische achtergrond. Ook is er gebrek aan cijfers over de toegang, gebruik en kwaliteit van zorg voor en door etnische groepen. Naar aanleiding van het geringe onderzoeksmateriaal dat in 2002 ter beschikking was, pleit Vollebergh dan ook voor onderzoek met aandacht voor de ontwikkeling en escalatie van probleemgedrag bij etnische jongeren en verbeterde kennis van de effectiviteit van de jeugdzorg.

De vraag is dan wat er nu in 2008 wel bekend is; welke kennisontwikkeling is er de laatste jaren tot stand gekomen en welke lacunes zijn er nog? In de hierna volgende paragrafen wordt hiervan een overzicht gegeven. Een omschrijving van de in dit literatuuronderzoek gebruikte begrippen en een overzicht van de gebruikte meetinstrumenten wordt gegeven in de bijlagen I en II.

2.3 Epidemiologie psychosociale problematiek en etnische jongeren

2.3.1 Inleiding

Zoals in paragraaf 2.2.3 is beschreven zijn in Nederland slechts summiere precieze cijfers beschikbaar over de prevalentie van psychosociale problemen bij etnische jongeren. Dit geldt nog meer als er sprake is van twee of meer syndromen of stoornissen bij een persoon, ook comorbiditeit genoemd.
Cijfers over prevalentie variëren al naar gelang de specifieke problemen die worden onderzocht, de begripsbepaling, de leeftijd van de adolescent, de meetinstrumenten en meetmethodes die worden gebruikt (Junger et al. 2003).
Vollebergh en Stevens wijzen in hun artikel *Mental health in migrant children* (2007) dan ook nadrukkelijk op de zeer geringe mogelijkheden om, op basis van de huidige onderzoeksresultaten, tot generalisaties te komen. Standaardisering naar onderzoeksontwerp, methodologie en definities is volgens hen in dit onderzoeksveld dan ook dringend noodzakelijk. De diversiteit aan gebruikte meetinstrumenten is ook terug te zien in de bestudeerde onderzoeksliteratuur. Voor een overzicht hiervan zie bijlage II.

Algemeen landelijk gegevens; adolescenten en jongeren
In 2002 publiceert het Trimbos Instituut (Ter Bogt, Van Dorsselaer en Vollebergh) de Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) en onder de titel *Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren*. Het rapport presenteert de eerste kerngegevens over de gezondheid van scholieren in Nederland. Volgens dit rapport heeft ongeveer een op de vijf scholieren aanzienlijk last van geïnternaliseerd en/of geëxternaliseerd probleemgedrag.
In de basisschoolfase lijken er nog relatief weinig verschillen te zijn tussen jongens en meisjes. Maar de epidemiologische verschillen die op volwassen leeftijd gevonden worden beginnen in de adolescentie. Behalve sekse en leeftijd blijkt opleidingsniveau eveneens een belangrijke voorspeller voor beide typen probleemgedrag te zijn.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) komt in 2003 met een uitbreiding van cijfers over psychische klachten. In *Jeugd 2003, cijfers en feiten* staat dat 17 procent van de 12- tot 17-jarigen in 2001 zei ooit last te hebben gehad van depressie en/of angstklachten. Bij de 18- tot 24-jarigen blijkt dit percentage toe te nemen tot 31 procent.

Er is een verschil tussen het voorkomen van klachten bij jongens en meisjes. Van de 12- tot 17-jarige meisjes heeft 23 procent psychische klachten en bij de jongens is dit 10 procent. In de leeftijdsgroep tussen 18 en 24 jaar is het percentage bij de vrouwen 35 procent tegen 27 procent bij de mannen. Opvallend hierbij is dat slechts 2 procent van de jongeren het RIAGG bezoekt en 3 procent voor hulp naar het ziekenhuis gaat (CBS 2003).

2.3.2 Amsterdam: rapportage

Inleiding
Volgens onderzoek van het CBS (gezondheidsenquête 1995-1998) hebben inwoners van de vier grote steden een minder goede gezondheid dan andere Nederlanders. Allochtonen voelen zich in het algemeen minder gezond dan autochtone Nederlanders. Volgens het RIVM-rapport *Gezondheid in de grote steden* (2001) zijn de gezondheidsverschillen in de grote steden ten opzichte van de rest van Nederland vooral het gevolg van de opeenstapeling van gezondheidsverschillen in de achterstandswijken. Het Signaleringsrapport *GGZ-problematiek grote steden* van College bouw ziekenhuisvoorzieningen (Cbz 2002) is van mening dat factoren als economische positie, aantal allochtonen, aantal alleenstaanden en de bevolkingsdichtheid een grotere indicatie kunnen zijn voor GGZ-pro-blematiek. De conclusie in dit rapport is dat, op basis van de jaarprevalentie stemmingsstoornissen en angststoornissen in Amsterdam, psychiatrische stoornissen significant meer voorkomen dan in de rest van Nederland. Amsterdam heeft tevens een hogere prevalentie dan Den Haag en Rotterdam.
Hierboven genoemde onderzoeken gaan over de totale Amsterdamse populatie.

Hieronder volgt een overzicht van deelstudies onder de Amsterdamse jongerenpopulatie.

Prevalentie bij 0- tot 5-jarigen

Uit een Quick Scan 0-5 jarigen door O+S (2001) blijkt dat bijna 98 procent van alle kinderen het consultatiebureau bezoekt.
Daarmee is het consultatiebureau (nu onderdeel van het Ouder en Kindcentrum) de primaire vindplaats voor vroege signalering van ontwikkelingsproblematiek. O+S schrijft dat in de eerste levensjaren psychosociale problematiek moeilijk vast te stellen is, waardoor registratie over het voorkomen wordt bemoeilijkt. Psychosociale problematiek gaat vooral op (zeer) jonge leeftijd nog verhuld in opvoedingsvragen ('moeilijk hanteerbaar', 'koppig') waardoor het er niet eenvoudiger op wordt om de problematiek te onderkennen.
De GG&GD Amsterdam (2002) signaleert dat ouders juist in de eerste jaren van opvoeden grote behoefte aan ondersteuning hebben. Ongeveer een op de vijf ouders rapporteert opvoedingsproblemen. Turkse, Marokkaanse en alleenstaande ouders melden vaker opvoedingsproblemen dan Nederlandse ouders en twee-oudergezinnen. Medewerkers van Jeugd Gezondheids Zorg (JGZ) constateerden bij gezinnen die onder de armoedegrens leven twee keer zo vaak opvoedproblemen als bij gezinnen boven de armoedegrens.
De JGZ heeft van de Amsterdamse kinderen tussen 0 en 4 jaar bij 5 procent psychosociale problematiek geconstateerd en geregistreerd. Dit percentage blijkt beduidend hoger te worden aan het begin van de basisschool.

Prevalentie bij schoolkinderen

In totaal zijn bij 18,2 procent van de Amsterdamse 5-jarige kinderen bij het Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO) door schoolverpleegkundigen psychosociale problemen geconstateerd. Dit neemt met het doorlopen van de basisschool nog verder toe tot 30,9 procent bij 10-jarigen (JGZ Amsterdam 2005).

In 2001 heeft de GG&GD Amsterdam onderzoek gedaan naar psychosociale gezondheid bij kinderen in groep 7 en 8 van de basisschool. 4.721 leerlingen van 104 basisscholen (totaal 199) deden aan dit onderzoek mee. Onderwerpen die in de anoniem afgenomen vragenlijst, naast de sociaaldemografische kenmerken, naar voren kwamen waren: pesten, depressie, suïcidale gedachten, zelfwaardering, kleine criminaliteit en hechting. Opvallende sociaaldemografische kenmerken zijn dat een op de twee kinderen van niet-Nederlandse afkomst is en dat bijna een op de drie kinderen alleen bij hun natuurlijke moeder woont.

De samenstelling van de steekproef naar geslacht en etniciteit is redelijk representatief voor Amsterdam.
Kinderen, en vooral meisjes, die opgroeien in eenoudergezinnen en stiefvadergezinnen hadden een grotere kans op emotionele problemen. De afwezigheid van de natuurlijke vader, die dikwijls leidt tot gebrek aan toezicht en een laag gezinsinkomen, vertoont een sterke samenhang met gedragsproblemen bij kinderen.

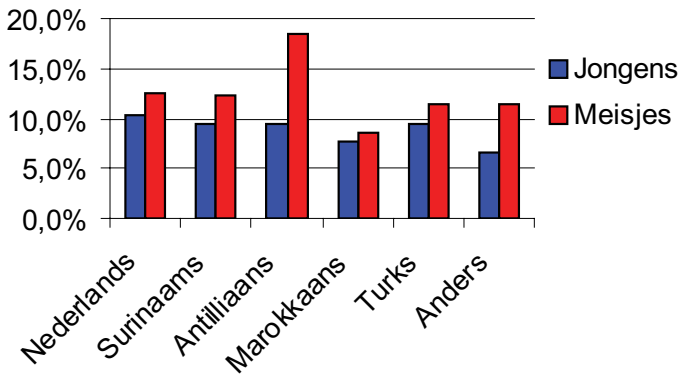
Concluderend blijkt uit deze studie dat verschillen in emotionele en gedragsproblemen zoals die bij adolescenten uit verschillende etnische groepen en verschillende gezinssituaties te zien zijn, al aanwezig zijn aan het eind van de basisschool. Het probleemgedrag op de basisschool is niet zo ernstig. Naast kenmerken als sekse, etnische afkomst en gezinssituatie lijkt pesten een grote invloed te hebben op het psychosociale welbevinden van kinderen. Pesten leidt vaak tot depressieve klachten en suïcidale gedachten. Tegelijkertijd zeggen pestkoppen zelf ook last te hebben van depressieve gevoelens en suïcidale gedachten. Pesten kwam vaker voor bij jongens van Surinaamse, Turkse en Marokkaanse afkomst (17 procent) in vergelijking met autochtone jongens (11,9 procent). Bij meisjes kwam pesten vaker voor bij Surinamers (9,5 procent) en Marokkanen (8,5 procent) in vergelijking met autochtone meisjes (5,5 procent). Veel slachtoffers van pesten praten hier thuis niet over en vertellen dit ook niet aan hun leerkracht.

Prevalentie bij adolescenten en jongeren

Veel schoolkinderen kampen met psychosociale problemen. In 2000 (GG&GD Amsterdam) hebben 5192 (van totaal 6949) leerlingen in de tweede klas van het voortgezet onderwijs een vragenlijst ingevuld over psychosociale problematiek met speciale aandacht voor pesten en de gevolgen daarvan. Hieruit blijkt dat Amsterdamse jongeren meer psychosociale problemen rapporteren dan de jongeren uit landelijke studies. Ongeveer 25 procent van de Amsterdamse jongeren kampte met lichte tot zware psychosociale problematiek. Meisjes, Turkse jongeren en jongeren die niet bij hun natuurlijke ouders wonen hebben vaker psychosociale problemen.
Er was bij dit onderzoek ook een vragenlijst over pestgedrag. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen direct pesten, fysieke en verbale agressie, en indirect pesten. Bij indirect pesten gaat het om allerlei vormen van buitensluiten en zwartmakerij.

De resultaten van deze vragenlijsten laten zien dat meer jongens en leerlingen met een lager opleidingsniveau wekelijks of vaker gepest worden dan respectievelijk meisjes en leerlingen met een hoger opleidingsniveau. Diverse literatuurstudies beschrijven dat pesten ernstige gevolgen kan hebben voor het welzijn van de leerling aangezien er een duidelijk verband is tussen pesten en een verhoogde kans op psychosociale problemen, vooral geïnternaliseerde problemen. Hierbij is het van belang om op te merken dat jongeren met geïnternaliseerde problemen minder opvallen in de klas, zeker in vergelijking met jongeren die geëxternaliseerde gedragsproblemen vertonen.
Uit verschillende studies blijkt dat slachtoffers zelfs vele jaren later nog last kunnen hebben van depressieve gevoelens; pestkoppen lopen een grote kans later een delict te plegen.
Sinds 2003 voert de Jeugdgezondheidszorg in het kader van de Wet Collectieve Preventie Gezondheidszorg (WCPV) jaarlijks een onderzoek (PGO) uit bij tweedeklassers van het voortgezet onderwijs. De jongeren vullen anoniem een vragenlijst over psychosociale problematiek in. Resultaten hiervan uit 2005 wijken niet veel af van de hierboven gerapporteerde gegevens uit 2000. De onderstaande twee figuren tonen de percentages van psychosociale problemen naar etniciteit, geslacht en woonsituatie.

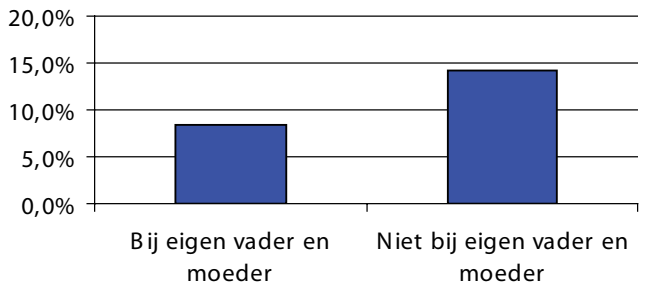
Figuur 1. Percentage psychosociale problematiek naar etniciteit en geslacht



(GGD Amsterdam Factsheet Monitor jeugdgezondheidszorg Amsterdam 2005)

Ook dit onderzoek laat zien dat Marokkaanse jongeren minder psychosociale problematiek rapporteren. Dit hangt vooral samen met factoren als gepest worden en leerproblemen en niet met hun etniciteit.

Figuur 2. *Percentage psychosociale problematiek naar woonsituatie*



(GGD Amsterdam Factsheet Monitor jeugdgezondheidszorg Amsterdam 2005)

Van de Turkse en Marokkaanse leerlingen woont 80 procent bij beide ouders. Van de Surinaamse en Antilliaanse leerlingen is dit minder dan 45 procent.

Dit rapport bevestigt de risicofactoren zoals die uit onderzoeksresultaten van de GGD in 2000 naar voren komen. Wel geeft dit rapport nog een aanvulling op risicofactoren die ook een rol spelen bij het ontwikkelen van psychosociale problematiek, dat zijn: ongewenste seksuele ervaring, ontevredenheid met het uiterlijk en het ervaren van een leerprobleem.

Bij vergelijking van cijfers over het voorkomen van psychosociale problematiek van de Factsheet Monitor jeugdgezondheidszorg Amsterdam 2005 met de registratie door de JGZ is een opvallend verschil te zien. Het PGO door de JGZ constateert en registreert bij 40,4 procent van de tweedeklassers psychosociale problematiek. Een verklaring hiervoor is dat hierbij een breder kader aan psychosociale problemen wordt gemeten. Tot hier toe waren vragenlijsten voor en door Amsterdamse jongeren meetinstrumenten voor de onderzoeksresultaten. Leerkrachten werden hierbij nog niet gehoord, maar zij komen in onderstaande paragraaf aan bod.

Signalen uit het veld

In Amsterdam is in 2004 de Adviesraad Diversiteit en Integratie ingesteld door het College van B&W. De taak van deze raad is B&W gevraagd en ongevraagd adviseren over maatschappelijke vraagstukken op het gebied van diversiteit en integratie. De raad heeft in 2006 gesprekken gevoerd op zogeheten zwarte scholen in achterstandswijken. Acht basisscholen en tien vmbo-scholen namen hieraan deel. Schooldirecties, leraren, onderwijzers en zorgcoördinatoren spraken over de aard van de door hen gesignaleerde problemen.

Kinderen komen volgens hen onopgevoed op de basisschool en hebben na groep acht onvoldoende sociale vaardigheden, de bureaucratie van hulpverlenende instellingen is verlammend, het effect van bezuinigingen op buurt- en welzijnswerk laat zich merken, het schoolleven raakt ten opzichte van straat- en thuissituatie steeds meer in een isolement en er is geen continuïteit in succesvolle projecten.

De volgende opmerkingen van leerkrachten zijn voor dit literatuuronderzoek nog relevant:

- Specifiek voor allochtone ouders is het ontbreken van vertrouwde sociale structuren. Turkse en Marokkaanse ouders missen vaak de steun van het familievangnet zoals in het land van herkomst. Hierdoor ontbreekt, indien nodig, een corrigerende of ondersteunende hand.
- Hoewel leerkrachten er in het onderwijs een opvoedende taak bij hebben gekregen, signaleren zij geen grote betrokkenheid van ouders bij het schoolleven van hun kind.
- De hoge verwachtingen van ouders ten aanzien van de leerprestaties van hun kroost legt zo'n druk op de kinderen dat velen interesse verliezen en hun schoolcarrière afbreken.

2.3.3 Nederland: rapportage

Inleiding

Migratie heeft een stevige impact op mensen en vereist van immigranten aanzienlijke aanpassingen. Niet alleen ervaren immigranten grote veranderingen in hun sociale en culturele omgeving, zij moeten zich ook aanpassen aan nieuwe waarden en normen en vaak een nieuwe taal leren (Pawliuk et al. 1996). Bovendien komen de meeste immigranten uit socio-economisch gedepriveerde landen. Door de toename van het aantal immigranten in de laatste decennia is het van belang om inzicht te verkrijgen in factoren die de emotionele ontwikkeling van migrantenjongeren beïnvloeden.

In 2002 pleit Vollebergh nog voor onderzoek naar prevalentie van problematiek bij jongeren met een etnische achtergrond.

Vollebergh lijkt op haar wenken te worden bediend, want in de daarop volgende jaren wordt zowel in Nederland als in het buitenland veel onderzoek gedaan over dit onderwerp. Een groot deel hiervan wordt verricht door vragenlijsten voor ouders, leerkrachten of de jongeren zelf.

Dat het onderwerp een prominentere plaats begint te krijgen in de onderzoekswereld moge blijken uit het feit dat de afgelopen jaren ook enkele proefschriften over geestelijke gezondheid en etnische jongeren zijn verschenen: *Geestelijke gezondheid bij Marokkaanse jongeren in Nederland* (Stevens 2004), *Emotionele problemen dragen bij aan maatschappelijke achterstand Turkse jongeren* (Van Oort 2006), *Externalising disorders among children of different ethnic origin in the Netherlands* (Zwirs 2006) en *Mental health problems and barriers to service use in Dutch young adults* (Vanheusden 2008).

Aan de hand van de gevonden onderzoeksresultaten, waarbij op basis van de onderzoeksvragen een selectie is gemaakt in zowel binnen- als buitenland, volgt hieronder een overzicht van de gepubliceerde onderzoeksresultaten.

De meeste onderzoeken zijn vergelijkend van aard. Een vergelijking van rapportages over het voorkomen van emotionele en/of gedragsproblemen: tussen ouders en leerkrachten, tussen Nederlandse jongeren en migrantenjongeren en tot slot tussen ouders, leerkrachten en jongeren.

De meeste onderzoeken zijn tot nu toe gedaan onder jongeren met een Marokkaanse en Turkse achtergrond. Bovendien betreft het allemaal dwarsdoorsnedenonderzoek. Dit betekent dat er wel verbanden kunnen worden gevonden, maar geen causale relaties.
De onderzoekers publiceren hun resultaten, maar melden daarbij dat de uitkomsten veelal een eerste aanzet tot inzicht zijn. Zij pleiten allen voor vervolgonderzoek om de mogelijke causale relaties van de gevonden resultaten te achterhalen.
De conclusies zijn dan ook nog zeker niet eenduidig. Veel uitkomsten zijn vooralsnog divers en/of nog aan discussie onderhevig. In de huidige literatuur benoemt men een breed scala aan risicofactoren. Aan de hand van de literatuur die voor dit onderzoek, gericht op etniciteit en probleemgedrag en/of psychische stoornissen, is bestudeerd worden de risicofactoren geclusterd in grofweg drie categorieën: A. sociaaleconomische factoren, B. sociale factoren, zoals mogelijk effecten van etnische verschillen in ouderlijke opvoedingsstijl en C. culturele factoren, zoals individualisme versus collectivisme, feminiene versus masculiene acculturatie en tot slot het belang van de context.

Rapporteren van psychosociale problematiek

Van migratie wordt vaak beweerd dat dit stressverhogend is en aanleiding geeft tot meer geestelijke gezondheidsproblemen voor zowel immigrantenkinderen als hun ouders. Toch zijn in Europa tot 2005 slechts enkele grote onderzoeken, met een steekproef groter dan tweehonderd, gedaan naar het psychosociale functioneren van immigrantenjongeren. Een daarvan betreft een onderzoek in Noorwegen en het andere is een onderzoek in ons land.
De onderzoeken gaan uit van de veronderstelling van een verhoogde prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen in deze groep.
In 1997 is een samenwerkingsverband begonnen tussen de Universiteit van Ankara en de Erasmus Universiteit, afdeling kinder- en adolescentenpsychiatrie in Rotterdam. De onderzoekers proberen gedragsproblemen en competenties bij jongeren (4- tot 18-jarigen uit Rotterdam en Den Haag) vanuit een cultureel perspectief te begrijpen. Voor dit onderzoek vergeleken zij de ingevulde Child Behavior Check List (CBCL)[1] van 2081 Nederlandse ouders met de vragenlijsten van 833 Turkse immigrant ouders en met 3127 Turkse ouders (Ankara). Voor de laatste groep gebruikte men de Turkse versie van de CBCL.

[1]De Child Behavior Check List (CBCL) is een meetinstrument om breed gedragsstoornissen bij kinderen tussen 4 en 18 jaar op te sporen. De CBCL is een (gedrags)vragenlijst die door ouders/verzorgers ingevuld dient te worden. De vragen hebben betrekking op de laatste zes maanden.

Immigrantenkinderen scoorden hoger dan Nederlandse kinderen op de totaal probleemscores, de geïnternaliseerde en geëxternaliseerde schalen en op zes van de acht syndroomschalen[2] , terwijl zij niet significant verschilden met de kinderen in Ankara. Het grootste verschil was op de angst/depressieschaal. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de Turkse cultuur gehoorzaamheid, afhankelijkheid, conformisme en respect van kinderen ten opzichte van volwassenen verwacht. Dreigen met straf en/of uitvoeren hiervan bij ongewenst gedrag kan gedrag zoals geregistreerd op CBCL veroorzaken: eenzaamheid, huilen, gevoel perfect te moeten zijn, onbemind voelen, nerveus, angstig, schuldig voelen, verlegen en achterdochtig. Verder zouden Turkse ouders, vooral met een lage sociaaleconomische status (SES)[3] , eerder geneigd zijn om fysiek te straffen en angst op te roepen door te dreigen vanuit religieus perspectief om op die manier het gedrag van hun kinderen te veranderen.
De relatie met de SES blijkt bij dit onderzoek voor alle schalen significant te zijn.
De onderzoekers merken wel op dat niet bekend is, maar waar wel rekening mee gehouden moet worden, of de gerapporteerde verschillen een daadwerkelijk verschil is in prevalentie van probleemgedrag of een uitkomst van cultureel verschil in perceptie, melding maken (*reporting*) en interpretatie is. Zowel bij ouders als bij leerkrachten kunnen cultuurverschillen als bepaalde verwachtingen ten aanzien van gedrag een rol spelen. Tevens kan de drempel om probleemgedrag te melden ook een rol spelen. Diverse data van dit onderzoek dienen als uitgangspunt voor meerdere vervolgonderzoeken.

Rapportage en signalering van prevalentie van psychosociale problematiek door leerkrachten, ouders en adolescenten

Leerkrachten

Crijnen et al. publiceerden in 2000 onderzoeksresultaten verkregen op basis van Teachers Report Forms (TRF). Doel van het onderzoek was inzicht te verkrijgen hoe immigrantenkinderen (4 tot 17 jaar) zich aanpassen aan een veranderende culturele omgeving.

[2]De acht syndroomschalen zijn: 1. teruggetrokken, 2. lichamelijke klachten, 3. angstig/depressief, 4. sociale problemen, 5. denkproblemen, 6. aandachtsproblemen, 7. grensoverschrijdend/delinquent gedrag, 8. agressief gedrag.
[3]SociaalEconomische Status (SES) is de plaats op de maatschappelijke ladder vanuit sociaal en economisch gezichtspunt (bepaald aan de hand van onder meer opleidingsniveau, beroep en/of inkomen).

Nederlandse onderwijzers en Turkse immigrantenonderwijzers als controlegroep vulden hiervoor de TRF-vragenlijsten in. 524 Turkse immigrantenkinderen werden ad random getrokken uit het bevolkingsregister van Rotterdam en Den Haag.

De gegevens over emotionele en gedragsproblemen vergeleek men met de TRF van 1625 kinderen uit de Nederlandse populatie, eveneens ad random geselecteerd.
De onderzoekers zagen geen significante culturele verschillen in gesignaleerd probleemgedrag tussen Nederlandse en Turkse immigrantenkinderen bij de Nederlandse onderwijzers.
Maar bij de Turkse immigrantenonderwijzers werden wel culturele verschillen gevonden. Turkse immigrantenonderwijzers signaleerden hogere niveaus op de angst/depressieschaal bij immigrantenkinderen die voor een groot deel niet opgemerkt werden door hun Nederlandse collega's. Immigrantenkinderen maken zich vooral zorgen of zij aan de gestelde verwachtingen voldoen en of zij zich aan de gestelde regels houden.
Ook Stevens et al. (2003) vergelijken verschillende rapportages over probleemgedrag. In dit onderzoek wordt een vergelijking gemaakt tussen Marokkaanse (N 819), Nederlandse (N227) en Turkse (N 833) immigrantenkinderen/adolescenten (4 tot 18 jaar). Zowel ouders, leerkrachten en adolescenten vulden vragenlijsten in over etniciteit en gedrag, waarbij het accent ligt op verschillen in de context zoals thuis en op school. Zowel dit onderzoek als een vervolgonderzoek van Stevens laat zien dat onderwijzers substantieel (twee keer zoveel) meer geëxternaliseerde problemen bij Marokkaanse leerlingen rapporteren in vergelijking met Nederlandse en Turkse leerlingen.
In onderzoek van Zwirs (2006) rapporteerden basisschoolleraren eveneens meer probleemgedrag voor Marokkaanse jongens. In ditzelfde onderzoek, onder 2185 kinderen uit groep drie tot en met vijf, rapporteerden de leraren minder probleemgedrag voor Turkse jongens en evenveel probleemgedrag voor Surinaamse jongens in vergelijking met Nederlandse jongens. Het probleemgedrag voor meisjes bleek niet te verschillen tussen de etnische groepen in dit onderzoek.

Tot slot beschrijven Vollebergh et al. op basis van TRAILS-onderzoek [4] in 2005 de hierna volgende onderzoeksresultaten vanuit leerkrachtrapportages. Onderwijzers rapporteren over de onderzoekspopulatie van 2230 11-jarigen – van wie 230 immigrantenkinderen – lagere niveaus van geïnternaliseerde problemen, sociale, denk- en piekerproblemen bij vooral jongens. Tegelijkertijd rapporteren leerkrachten hogere niveaus van geëxternaliseerde problemen voor zowel immigrantenjongens als -meisjes.
Op de interpretatie van de gevonden verschillen in leerkrachtrapportages wordt later in dit hoofdstuk teruggekomen.

Ouders

In bovengenoemd onderzoek van Stevens et al. (2003) rapporteren Marokkaanse ouders significant minder geïnternaliseerde en geëxternaliseerde problemen dan Turkse ouders en meer geïnternaliseerde problemen dan Nederlandse ouders. Het grootste verschil is gevonden op de angst/depressieschaal. Verder rapporteren Marokkaanse ouders minder verschil in aandachtsproblemen dan Nederlandse ouders. In het vervolgonderzoek van Stevens rapporteerden Marokkaanse ouders gemiddeld evenveel emotionele problemen en gedragsproblemen over hun kinderen als Nederlandse ouders. Turkse ouders rapporteerden meer emotionele problemen en gedragsproblemen dan Marokkaanse ouders.
Ook uit eerdere analyses van de Rotterdamse Jeugdmonitor (0 tot 18 jaar) (aangehaald in Looij-Jansen et al. 2003) bleek dat het (psychisch) welbevinden van Turkse jongeren veruit het ongunstigst scoort. Dit geldt voor zowel jongens als meisjes in vergelijking met andere etnische jongeren en in vergelijking met Nederlandse jongeren.
In het TRAILS-onderzoek van 2005 rapporteren ouders van niet-westerse immigrantenkinderen (230 11-jarigen) meer geïnternaliseerd probeemgedrag en sociale problemen bij hun dochters in vergelijking met niet-immigrantenouders. Maar dit geldt niet voor hun zonen.
Tot slot laat Zwirs (2006) in haar onderzoek onder basisschoolkinderen uit groep drie tot en met vijf zien dat allochtone ouders minder gedragsstoornissen bij hun kinderen signaleerden dan Nederlandse ouders.

[4] Tracking Adolescents Individual Lives Survey (TRAILS) is een grote longitudinale studie naar de ontwikkeling van adolescentengedrag in Nederland. Een bevolkingscohort (n=2230, gestart in 2001) en een klinisch cohort (gestart in 2004). Tweejaarlijkse metingen bij meerdere informanten: jongeren, hun ouders, leerkrachten en klasgenoten.

Zelfrapportages

Volgens het TRAILS-onderzoek bij 11-jarigen door Vollebergh et al. (2005) lijken kinderen van immigrantenfamilies niet meer problemen te ervaren dan leeftijdgenoten van niet-immigranten. Maar deze kinderen zijn nog jong, elf jaar. In het algemeen nemen geestelijkegezondheidsproblemen toe in de adolescentie.

Vergelijkend onderzoek bij zelfrapportages van 363 Turkse migrantenadolescenten en 1098 Nederlandse adolescenten door Murad et al. (2003) laten de volgende onderzoeksresultaten zien: Turkse meisjes scoren hoger op vier van de acht Youth Self-Report-schalen(YSR)[5] van geïnternaliseerde totaalprobleemschalen dan Nederlandse meisjes; Turkse jongens scoren op drie van de syndroomschalen hoger en op de geïnternaliseerde schaal, maar scoren lager op de delinquentschaal in vergelijking met Nederlandse jongeren. De etnische verschillen zijn voor beide seksen vooral gevonden op terugtrekgedrag en angst/depressieschalen.
Volgens Murad et al. (2004) laten Turkse meisjes naarmate zij ouder worden meer problemen zien als zij tot de tweede generatie behoren, terwijl het tegenovergestelde gold voor Turkse jongens. De zelfrapportage YSR werd afgenomen bij 187 Turkse migrantenjongens en 176 Turkse migrantenmeisjes tussen 11 en 18 jaar. De meisjes bleken twee tot drie keer meer risico te hebben op vijf van de elf schalen van de YSR.
In het onderzoek van Stevens (2004) rapporteerden Marokkaanse jongeren minder gedragsproblemen dan Nederlandse jongeren en minder emotionele en gedragsproblemen dan Turkse jongeren. Jongens vertoonden meer gedragsproblemen dan meisjes. Er werd een aanzienlijke comorbiditeit gevonden van emotionele problemen en gedragsproblemen.

Bij vergelijking van de gesignaleerde problemen door leerkrachten, ouders en adolescenten kan geconstateerd worden dat het niveau van de gerapporteerde problemen bij Marokkaanse jongeren sterk afhankelijk is van de informant. Nog meer onderzoek is nodig om discrepanties in gerapporteerd niveau van gedragsproblemen te kunnen verklaren.

[5]Youth Self-Report (YSR) is een zelfrapportage-vragenlijst voor 11-18 jarigen.
Deze bevat 103 items die zowel geïnternaliseerde (emotionele) als geëxternaliseerde (gedrags) problemen dekt gedurende de voorafgaande zes maanden.

Overig onderzoek

In Den Haag wordt onder leiding van de GGD sinds langere tijd epidemiologisch onderzoek gedaan naar suïcidaal gedrag bij etnische meisjes en jonge vrouwen. Volgens deze epidemiologische studies komt suïcide en pogingen hiertoe (parasuïcide) relatief vaker voor bij etnische meisjes. In 1998 laat Schudel et al. zien dat de verschillen, vooral in de leeftijd 15 tot 19 jaar, extreem zijn. Marokkaanse en Turkse meisjes doen ongeveer twee keer zo vaak een poging tot suïcide in vergelijking met autochtone jongeren op die leeftijd. Bij Surinaamse jongeren (vooral Hindoestaanse meisjes) is dit zelfs twee tot drie keer zo veel.
Ook vervolgonderzoek tussen 2000 en 2004 (Burger et al. 2005) laat zien dat er nog steeds sprake is van verhoogd voorkomen van pogingen tot zelfdoding onder 15- tot 19-jarige en 20- tot 24-jarige Surinaamse en Turkse vrouwen in Den Haag. Opvallend gegeven uit dit onderzoek is dat de cijfers bij de Turkse vrouwen nu hoger zijn (bijna drie keer zo hoog in vergelijking tot de jonge Nederlandse vrouwen) dan onder Surinaamse vrouwen (twee keer zo hoog).

Tot slot laten diverse studies zien dat niet-westerse migranten een verhoogd risico hebben op schizofrenie en andere psychotische stoornissen. Vanheusden (2008) meent op basis van haar onderzoek (16- tot 30-jarigen) dat niet-westerse migranten vaker hallucinatoire ervaringen hebben dan autochtonen. Veling (2008) concludeert dat immigranten met een Turkse, Marokkaanse of Surinaamse achtergrond twee tot vijf keer zo'n grote kans hebben op schizofrenie. Vooral bij de tweede generatie komt de ziekte het meest voor.

2.3.4 Consensus en discussiepunten over het voorkomen van psychosociale problemen bij etnische jongeren

Een verklaring van de mogelijke oorzaken voor de gevonden verschillen in prevalenties van sociaalemotionele problemen zijn onder te brengen in: A. sociaaleconomische factoren, B. sociale factoren en C. culturele factoren.

A. Sociaaleconomische factoren

De sociaaleconomische status (SES) van de ouders is in de onderzoeksliteratuur de meest gelezen verklaring voor etnische verschillen in sociaalemotionele problemen. De meeste onderzoeksresultaten noemen SES dan ook als belangrijkste factor voor de gerapporteerde verschillen. Sociaaleconomische deprivatie kan stressvolle levensomstandigheden veroorzaken die de geestelijke gezondheid kunnen aantasten.
Immigrantenkinderen, vooral Turkse en Marokkaanse, groeien vaker op in gezinnen met een lagere sociaaleconomische status. Andere etnische groepen, zoals met een Antilliaanse, Surinaamse en/of andere niet-westerse achtergrond, hebben een iets hogere sociaaleconomische status maar toch nog lager dan Nederlandse kinderen.
Migranten leven vaak in sociaal gedepriveerde omstandigheden, lijden onder werkloosheid of hebben laagbetaalde banen door gebrekkige taalbeheersing en weinig scholing. Tegelijkertijd blijven werkloze migranten veel langer werkloos doordat ze weinig contacten hebben met de werkende samenleving buiten hun eigen buurt. Daarom zijn de mogelijkheden om een hogere SES te bereiken beperkt.
De meeste onderzoeksresultaten in deze literatuurstudie laten significante samenhang zien met SES voor zowel geïnternaliseerde als geëxternaliseerde probleemscores.

B. Sociale factoren

Migrantenouders ervaren mogelijk meer stress door migratie dan hun kinderen omdat zij zich verantwoordelijk voelen voor het welzijn van hun familie en kinderen in het nieuwe gastland.

Een hoger niveau van ouderlijke stress kan wellicht leiden tot meer geïnternaliseerde problemen bij hun kinderen en dan vooral bij hun dochters, bij wie zij het gevoel hebben deze extra te moeten beschermen.
Ruzie en echtscheiding in het gezin en de familie, zoals die ook in Nederlandse gezinnen worden gevonden, kunnen ook hier oorzaak zijn van probleemgedrag.
Een laag opleidingsniveau, werkloosheid en hertrouwen van de ouders, langdurige en/of ernstige lichamelijke ziekte bij de ouders en ouderlijke psychopathologie kunnen leiden tot emotionele en gedragsproblemen bij hun kinderen. Daarnaast wordt ook het niet bij de ouders wonen als stressfactor genoemd.
Diverse onderzoekers laten zien dat ontwikkeling van problematiek veelal seksespecifiek is. Murad et al. (2004) stellen dat gezondheidsproblemen bij familieleden de grootste impact hebben op meisjes. Onderzoekers zien indicaties hiervoor bij ondervertegenwoordiging van immigranten bij geestelijke gezondheidszorg, waardoor meisjes bij problemen meer taken op zich nemen en/of krijgen met het risico op geïnternaliseerde problemen voor hen.
Stevens (2004) ziet eveneens seksespecifieke ontwikkelingen: een verschillend patroon voor jongens en meisjes ten aanzien van acculturatie. Uit haar onderzoek blijkt dat meisjes met een ambivalent acculturatiepatroon aanzienlijk meer emotionele en gedragsproblemen vertonen dan geïntegreerde of 'gesepareerde' (Berry 1994) meisjes. Voor jongens werd geen verband gevonden tussen acculturatie en probleemgedrag.
De hoeveelheid conflicten tussen ambivalent geacculturereerde meisjes en hun ouders ziet Stevens als gedeeltelijke verklaring voor het verschil in problematiek. Van Oort (2006) bevestigt de idee van ambivalente acculturatie als risicofactor voor emotionele problemen bij meisjes.

Voor het ontwikkelen van antisociaal gedrag door het kind zien onderzoekers een gebrek aan toezicht als een risicofactor.
Het aantal gezinsleden blijkt eveneens een risicofactor te zijn.
Enig kinderen, net als jongens uit gezinnen met meer dan drie kinderen, lieten een toenemend risico zien voor angstig en/of depressief gedrag (Murad et al. 2004).

Verder blijkt dat Turkse jongeren in vergelijking met Nederlandse jongeren vaker rapporteren dat ze minder goed contact hebben met hun ouders (of moeder), minder goed met hun ouders kunnen praten bij problemen, bij niemand terecht kunnen als ze ergens mee zitten en vaak ruzie hebben met hun ouders.
De in de literatuur genoemde verklaringen voor minder goed met ouders kunnen praten worden hieronder besproken bij de culturele factoren.

C. Culturele factoren

Taal

Volgens Crijnen et al. (2000) overschatten ouders en leerkrachten de vaardigheden van kinderen met de Nederlandse taal. De interpersoonlijke communicatieve vaardigheden zijn voldoende ontwikkeld voor de dagelijkse taken in de klas, maar de academische taalvaardigheid is relatief mager. Turkse immigrantenkinderen beginnen op de basisschool met een taalachterstand van een half tot twee jaar in vergelijking met hun Nederlandse leeftijdsgenoten. Het gevolg is dat de kinderen moeite hebben met instructies. Tegelijkertijd willen ze niet om hulp vragen omdat zij aan de normen willen voldoen en ook doordat zij een gebrek aan vertrouwen en woordenschat hebben. De schoolresultaten van migrantenkinderen zijn mede daardoor vaak minder dan van Nederlandse kinderen en dit versterkt angst en depressieve gevoelens. Migrantenouders zijn vaak niet goed in staat hun kinderen de benodigde steun te bieden. Zij beheersen zelf het Nederlands onvoldoende en hebben weinig scholing. Bovendien verwachten deze ouders dat hun kinderen het beter zullen doen dan zijzelf, een verwachting die voor kinderen zwaar is. Dit alles brengt risico's voor schooluitval met zich mee, waarna het voor deze jongere moeilijker wordt een baan te vinden. Juist financiële onafhankelijkheid wordt in de Turkse cultuur gezien als een teken van mannelijkheid (Crijnen et al. 2000).
Diverse onderzoekers signaleren vaker sociale problemen bij jongere dan bij oudere kinderen. Sowa et al. (2000) zien taal als mogelijk verklarende variabele hiervoor. Jonge kinderen moeten een radicale overstap maken van thuis naar de basisschool. Behalve een overgang van thuis de moedertaal spreken naar Nederlands spreken op de basisschool, is de cultuur op school anders.

Individualisme versus collectivisme en opvoeding

Voor de basisschool komen migrantenkinderen vaak alleen in contact met de cultuur uit het land van herkomst. Met de start op de basisschool moeten deze kinderen zich, behalve de taal, ook aanpassen aan de Nederlandse cultuur op school.
Looij-Jansen et al. (2003) zijn van mening dat Turkse ouders sterk hechten aan conformistische opvoedingsdoelen, zoals gehoorzaamheid en respect voor ouders en ouderen. Daarnaast zouden Turkse ouders gewend zijn tégen kinderen te praten in plaats van mét kinderen. Vragen van het type hoe, wat en waarom worden vaak niet aangemoedigd (Looij-Jansen et al. 2003). Een andere verklaring is dat ondersteuning in allochtone gezinnen gericht is op het collectief en niet op het individu. Opvallend is dat Turkse jongeren zeiden bij niemand terecht te kunnen met problemen. Angst voor roddel kan hiermee te maken hebben. Roddel is vaak een middel om sterke sociale controle uit te oefenen.
Een andere verklaring voor problemen ligt in conflicten met ouders, voortkomend uit een mogelijke spanning tussen de leefwereld in en buiten het gezin. Autochtone jongeren worden veelal toegeeflijker opgevoed en genieten daardoor meer vrijheid. In etnische gemeenschappen worden vooral meisjes zeer beschermd opgevoed hetgeen kan leiden tot conflicten. Bij jongens gaan de conflicten vooral over schoolrapporten en gedrag op school; prestatie wordt in Turkse migrantengezinnen als belangrijk opvoedingsdoel gezien. Bovendien wordt er meer waarde gehecht aan prestaties dan door autochtone ouders en is autoritaire controle gangbaarder.

Ook Stevens et al. (2003) noemen culturele verschillen als verklaring voor variantie bij zelfrapportage over probleemgedrag.
Volgens deze studie laten Marokkaanse kinderen thuis en op school verschillend gedrag zien. Op school vertonen zij meer geëxternaliseerd probleemgedrag (Pels 2003). Zij gedragen zich provocerender in hun zelfpresentatie zowel ten opzichte van de leerkracht als van *peers*.
Zij hadden meer de neiging om regels te overtreden, verstorend gedrag te vertonen en de aandacht van de leerkracht te trekken, evenals goedkeuring. Turkse waarden als gehoorzaamheid en respect voor ouderen zijn vaker in overeenkomst met de context van thuis, school en van *peers* dan bij Nederlandse jongeren, terwijl Marokkaanse jongeren hierin een middenpositie innemen. Hieraan aansluitend laten andere studies ook zien dat sociale controle en druk om zich te conformeren aan de waarden veel hoger zijn in de Turkse gemeenschap dan in de Marokkaanse.

Over verklarende variabelen ten aanzien van de opvoeding zegt Stevens nog het volgende. Marokkaanse kinderen van wie de ouders regelmatig affectie toonden hadden relatief weinig emotionele problemen en gedragsproblemen (vergelijkbaar met westerse populatie). Kinderen die veel gestraft werden, vertoonden veel emotionele en gedragsproblemen. Jongeren van wie ouders regelmatig toezicht hielden op hun kind, hadden relatief weinig gedragsproblemen. Er werden wel leeftijds- en sekseverschillen gevonden in de opvoeding door Marokkaanse ouders. Adolescenten in de leeftijd van 11 tot 18 jaar werden opgevoed met aanzienlijk minder affectie, responsiviteit, aandacht, straf en toezicht en met meer autonomie dan kinderen in de leeftijd van 6 tot 10 jaar. Marokkaanse meisjes tussen 11 en 18 jaar werden opgevoed met meer affectie, responsiviteit en toezicht dan Marokkaanse jongens in dezelfde leeftijd. Stevens concludeert dat Marokkaanse jongens in de leeftijd van 11 tot 18 jaar opgroeien met de minste steun en toezicht. Daarnaast zegt Stevens (2004) over Marokkaanse meisjes dat zij meer dan jongens gebonden zijn aan allerlei culturele regels. En als zij afstand willen nemen van de Marokkaanse cultuur dan brengt dit sneller conflicten met zich mee. Bovendien valt het eerder op als meisjes afstand willen nemen, omdat ze veel meer thuis zijn dan jongens.

School

Kinderen die op school problemen ervaren, lopen een hoger risico om een scala aan problemen te ontwikkelen (terugtrekgedrag, angstig/depressief, somatische klachten, aandachtsproblemen, delinquent en agressief gedrag). En mochten schoolproblemen uitmonden in zittenblijven dan blijkt dit op zichzelf een risicoverhogende factor te zijn voor ontwikkeling van verdere problematiek.
Het leven op het vmbo lijkt een harder karakter te hebben dan op hogere opleidingsniveaus. Een lager opleidingsniveau lijkt meer problemen en risicogedrag met zich mee te brengen. Bij etnische jongeren zijn door Ter Bogt et al. (2002) meer sociale problemen geconstateerd. Deze groep wordt meer gepest, maar het zou ook kunnen zijn dat zij in relaties onhandiger zijn.

Religie

Stevens toont in haar onderzoek aan dat jongeren die graag een goede moslim willen zijn weinig gedragsproblemen laten zien. Zo zou volgens Sowa et al. (2000) deelname aan een Korancursus het risico op delinquent gedrag verminderen. Kinderen die een dergelijke cursus volgen vertegenwoordigen misschien een traditioneler segment van de Turkse immigrantenpopulatie (Sowa et al. 2000).

Context

Berry en Sam (1997) laten zien dat structurele tegenspoed en afwijzing in het gastland bij migranten stress kan veroorzaken en de psychologische aanpassing negatief kan beïnvloeden.
Jongeren die veel discriminatie ervoeren, vertoonden een hoog niveau van gedragsproblemen en jongeren die zich in hoge mate identificeerden met het moslimgeloof een laag niveau van gedragsproblemen.
Stevens (2004) is van mening dat risico op ervaren van discriminatie en acculturatie direct gerelateerd kan worden aan migratie.
Ook Veling (2008) bevestigt het belang van de sociale en culturele context. Volgens de onderzoeker is de context waarin immigranten leven sterk bepalend voor de door hem gevonden verhoogde incidentie van schizofrenie. Er was in zijn onderzoek een sterk verband tussen de mate waarin een etnische groep zich gediscrimineerd voelde en de incidentie van schizofrenie.

Middelengebruik

Het HBSC-onderzoek uit 2002 laat zien dat etnische jongeren in vergelijking met Nederlandse jongeren minder vaak drinken, minder vaak dronken zijn, minder roken en minder vaak cannabis gebruiken.
Ook andere onderzoeken bevestigen dit. Vooral Marokkaanse jongeren blijken relatief weinig genotsmiddelen te gebruiken. Maar als zij gebruiken, dan gaat het vaak om riskant gebruik (Antenne 2006).

Volgens Van Oort (2006) roken veel Turkse jongvolwassenen.
Veel bekende determinanten van roken bij autochtone jongvolwassenen zijn ook van toepassing bij Turken. Roken gaat bijvoorbeeld vaak samen met emotionele en gedragsproblemen, alcoholgebruik en lage zelfwaardering. De sterkste determinant is lage opleiding. De prevalentie van roken is lager bij Turkse jongvolwassenen die gelovig moslim zijn (Van Oort 2006).

Interpretatie over- en/of onderrapportages

In de bestudeerde onderzoeksliteratuur spreken de onderzoekers over mogelijke onderrapportage van gesignaleerd probleemgedrag. Het tegendeel, namelijk overrapportage van gesignaleerd probleemgedrag, behoort ook tot de mogelijkheden. Voor beide categorieën draagt men diverse argumenten aan.
Vollebergh et al. (2005) zijn van mening dat culturele factoren ten grondslag liggen aan de onderrapportage van geïnternaliseerde problemen door onderwijzers.

Een argument hiervoor kan zijn dat voor het aankaarten van geïnternaliseerde problemen door een kind bij een volwassene, bijvoorbeeld leerkrachten, er een redelijke wederzijdse vertrouwensbasis nodig is. Immigrantenkinderen, en vooral jongens, kunnen zich minder op hun gemak voelen in de aanwezigheid van onderwijzers, vooral op de basisschool met veelal vrouwelijke leerkrachten. Zij zullen niet zo makkelijk over gevoelens als angst of onzekerheid praten, daardoor is het voor onderwijzers ook moeilijker om geïnternaliseerde problemen te signaleren.

Zowel Dekovic et al. (2003) als Pels en Nijsten (2003) zien opvoedingsstijl als mogelijk verklarende factor voor de onderrapportage van geïnternaliseerde problemen door onderwijzers bij Turkse kinderen. Zij karakteriseren de opvoedingsstijl van niet-westerse gezinnen als autoritairder. Dat zou als gevolg kunnen hebben dat kinderen – vooral meisjes – zich thuis onderdaniger en angstiger gedragen dan in een andere sociale context. Dit kan op zijn beurt weer een verklaring zijn voor hogere rapportage door ouders van angstige en depressieve gevoelens bij hun dochters.

Zwirs (2006) liet zien dat allochtone ouders minder gedragsstoornissen bij hun kinderen signaleerden dan Nederlandse ouders. Het is naar haar idee nog onduidelijk welke mechanismen ten grondslag liggen aan deze ondersignalering. Wel zijn er aanwijzingen dat Marokkaanse kinderen thuis minder probleemgedrag vertonen dan buitenshuis en dat allochtone ouders minder goed op de hoogte zijn van het gedrag van hun kinderen buitenshuis.

Een andere reden kan zijn dat zij meer geneigd zijn tot sociaal wenselijke antwoorden en dat zij mogelijk minder snel hun problemen met buitenstaanders zullen bespreken. Stevens (2004) oppert dat, naast de mogelijkheid dat Marokkaanse jongeren zich op school misschien anders gedragen dan thuis, de negatieve beeldvorming rondom Marokkaanse jongeren wellicht de rapportage van leerkrachten kleurt. Marokkaanse jongeren en ouders zouden hierdoor mogelijk geneigd zijn tot onderrapportage van gedragsproblemen.
Het zou ook kunnen dat zij gedragsstoornissen als niet-behandelbare stoornissen beschouwen en om deze reden geen hulp zoeken voor hun kind.
Een opvallende uitkomst van het onderzoek van Zwirs is dat volgens de leraar maar ook op basis van de *best-estimate* diagnose Turkse jongens relatief weinig probleemgedrag vertoonden. Zowel interne cohesie als sociale controle zijn kenmerkend voor de Turkse cultuur, meer dan voor de Marokkaanse cultuur. Deze mechanismen zouden een belangrijke rol kunnen spelen bij het voorkómen van probleemgedrag bij Turkse jongeren (Zwirs 2006).

Tot slot is het vanuit cultureel perspectief de vraag in hoeverre Turkse, Marokkaanse en Surinaamse ouders hetzelfde verstaan onder het begrip geëxternaliseerde stoornissen en de betekenis ervan. Zo is er mogelijk ook verschil in perceptie van problematisch gedrag.

2.3.5 Langetermijnonderzoek

Heel geleidelijk komt er ook langetermijnonderzoek beschikbaar. Ook voor deze onderzoeksresultaten geldt dat zij slechts een aanzet vormen voor richtinggevende verklaringen. Daarbij spelen de al eerder genoemde kritische noties ten aanzien van de onderzoeksresultaten ook een rol. Maar enkele onderzoekers wijzen voorzichtig in een richting.

Sowa et al. (2000) stellen dat toegenomen integratie (kinderen van tweedegeneratie immigranten, oudere kinderen) een vermindering van het risico op probleemgedrag geeft. In het algemeen laten de resultaten van dit onderzoek zien dat probleemgedrag bij kinderen samenhangt met de mate van separatie van Turkse migrantengezinnen. Contacten met het gastland, en hierdoor toegenomen integratie, leiden vaak tot een vermindering van probleemgedrag.

Van Oort (2006) analyseert vragenlijsten over emotionele problemen en over school- en beroepsloopbaan. Het betreft eenzelfde cohort van zowel Turkse als Nederlandse jongeren. Adolescenten vulden in 1997 voor het eerst vragenlijsten in en een herhaling hiervan vond plaats in 2003. Uit deze analyse blijkt dat ongeveer een derde van de achterstand in de beroepsloopbaan bij zowel Turkse jongens als meisjes toe te schrijven is aan hun emotionele problemen op jongere leeftijd. Daarnaast is bij Turkse meisjes ruim 80 procent van de achterstand in hun schoolloopbaan toe te schrijven aan hun emotionele problemen. De verschillen in emotionele problemen tussen Turkse en Nederlandse jongeren blijken af te nemen als zij opgroeien.
Turkse jongvolwassenen hebben anderhalf keer zo veel emotionele problemen als Nederlandse. Naarmate de Turkse adolescenten ouder worden is een sterke afname in emotionele problemen te zien.

De verschillen bij Nederlandse en Turkse jongvolwassenen zijn nog maar ongeveer half zo groot als bij adolescenten, hetgeen positief is voor Turkse jongeren (Van Oort 2006).

Door een hogere prevalentie van emotionele problemen bij Turkse adolescenten vormen etnische verschillen in emotionele problemen een belangrijke intermediair in het ontstaan van etnische verschillen in sociaaleconomische positie van jongvolwassenen. De follow-up van het onderzoek werd gehouden toen de respondenten tussen 21 en 28 jaar oud waren. In die fase staan jongvolwassenen aan het begin van hun loopbaan die zich nog verder zal moeten ontwikkelen. Verschillen in beroepsniveau tussen Nederlandse en migrantenjongeren zullen waarschijnlijk toenemen bij het ouder worden (Van Oort 2006).

2.4 Epidemiologie verstandelijk gehandicapten

Onderzoek naar het aantal mensen met een verstandelijke handicap of beperking is schaars. De prevalentiecijfers zijn veelal tot stand gekomen op basis van schattingen. Aantallen vanuit diverse sectoren over verscheidene jaren dienden hiervoor als informatiebron. Instellingen bakenen de leeftijden verschillend af al naar gelang de wettelijke eisen per sector.
Daar komt nog bij dat in de loop der tijd de definiëring van het begrip verstandelijke handicap regelmatig is gewijzigd. De diversiteit in registraties heeft dan ook tot gevolg dat de prevalentiecijfers die uit enkele onderzoeken naar voren komen niet eenduidig zijn.

In 2001 komt het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) met een schatting dat er in Nederland circa 29.300 licht verstandelijk gehandicapte jongeren (IQ tussen 50 en 70 tot 75) onder de 20 jaar zijn. Zwakbegaafden/borderline intellectual functioning (IQ tussen 70 tot 75 en 85) maken geen onderdeel uit van deze raming.[6] Het aantal zwakbegaafden (op basis van alleen het IQ) is vele malen groter dan het aantal jongeren met een lichte intellectuele beperking.

[6] Voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren met een psychiatrische stoornis wordt zelfs uitgegaan van een IQ tot ongeveer 90 (CBz 2004).

Algemeen landelijke (en internationale)gegevens adolescenten en jongeren
Dekker et al. (2002) schatten dat in 1996 ongeveer 45.800 jeugdigen onder 19 jaar een verstandelijke beperking hebben, met een IQ onder de 70 en dat er daarnaast in dat jaar ongeveer 20.000 mlk-scholieren zijn met een IQ boven de 70 (zie: Dekker 2003). Deze schatting is gemaakt op basis van het aantal verstandelijk gehandicapte leerlingen in het speciaal onderwijs en verstandelijk gehandicapte kinderen in de dagverblijven.
De cijfers van het onderzoek van Dekker et al. verschillen beduidend met de raming op basis van een normaalverdeling zoals die door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) is berekend in 2004.
Op basis van deze normaalverdeling wordt geschat dat circa 15 procent van de Nederlandse bevolking een IQ-score heeft tussen 50 en 85. Het totaal aantal jeugdigen bedraagt in 2002 circa 2.296.000; 15 procent hiervan is ongeveer 439.000 jeugdigen. Dit zou impliceren dat er in Nederland in 2002 op basis van deze normaalverdeling 398.000 zwakbegaafden (13,6 procent) en 41.000 licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen (1,4 procent) zijn (tabel 2).

Tabel 2: *Geschat aantal jeugdigen in Nederland met een lichte verstandelijke beperking en bijkomende problematiek (trechtermodel)*

Aantal jeugdigen	IQ 50-70	IQ 70-85	Totaal (IQ 50-85)	Percentage
Nederlandse bevolking 5-18 jaar (totaal 2.296.000 jeugdigen)	41.000	398.000	439.000	100%
Jeugdigen met een verstandelijke beperking (incl. beperkte sociale redzaamheid)	29.300	284.000	313.300	71%
Jeugdigen met een verstandelijke beperking (incl. beperkte sociale redzaamheid) en bijkomende problematiek	11.500	242.000	253.500	58%
Cliënten met aanspraak op AWBZ zorg			6.867	1.5%

(NIZW, Nieuwe cliënten Bureau Jeugdzorg 2004)

Internationale schattingen van de prevalentie van verstandelijke handicap (tot en met IQ 70) variëren van 1 tot 3 procent (Hodapp en Dykens 1996). Vertaald naar de Nederlandse situatie gaat het dan om tussen de 40.000 en 120.000 jongeren van 0 tot 19 jaar met een verstandelijke handicap. Vergelijken we de internationale schattingen van voorkomen met de Nederlandse situatie dan blijken de Nederlandse schattingen door Dekker et al. en door het NIZW net boven de ondergrens van de internationale schattingen te liggen.

Een van de oorzaken van diversiteit in de ramingen in Nederland is het al dan niet laten meewegen van een eventueel aanwezig beperkte sociale redzaamheid bij een lvg jongere. Dit is dan ook een van de redenen dat het ministerie van VWS in 2007 met een nieuwe definitie voor het begrip lvg is gekomen. In deze nieuwe definitie zijn, naast een laag IQ (lager dan 70), de criteria beperkte sociale redzaamheid, leerproblemen en/of gedragsproblemen en chroniciteit (het langdurig aangewezen zijn op zorg) onderdeel geworden van de diagnose verstandelijk handicap/beperking. Voor zwakbegaafdheid betekent deze definitiewijziging dat een jongere met een IQ tussen 70 en 85 met genoemde criteria ook onder de definitie verstandelijke handicap valt.
Overigens wordt de diagnose verstandelijke handicap lang niet altijd meteen bij de geboorte vastgesteld. De periode tussen 0 en 4 jaar is veelal de fase waarin de handicap zichtbaar wordt.
Simonoff (2006) attendeert erop in haar artikel dat veel lvg kinderen onopgemerkt blijven totdat IQ-testen worden afgenomen onder de totale bevolking.
Belangrijk hierbij is de hogere prevalentie van kinderen met een lichte verstandelijke handicap én emotionele problemen of gedragsproblemen die verwezen worden naar het speciaal onderwijs.
Volgens een artikel (Roeleveld et al. 1997) over prevalentiecijfers van schoolkinderen met een lichte verstandelijk handicap hebben jongens een hogere prevalentie dan meisjes. Hoewel de meningen over sekseratio en lvg divergeren, beschrijft onder anderen Simonoff (2006) dat sekseratio hoger is in de ernstiger beperkte groepen. Dekker et al. (2002) laten in hun onderzoek (6- tot 18-jarigen) in Zuid-Holland eveneens zien dat er significante verschillen zijn tussen de seksen. In het reguliere onderwijs bedroeg het aantal jongens 49,4 procent versus 59,6 procent (n 1041) in het speciaal onderwijs (mlk, borderline en zmlk, matig verstandelijk beperkt).

Volgens de Croydon-studie (Simonoff et al. 2006) zorgt geëxternaliseerd probleemgedrag voor oververtegenwoordiging van jongens in het speciaal onderwijs.

Hoewel steeds meer kinderen naar het speciaal onderwijs gaan, zijn er geen aanwijzingen dat het aantal kinderen met een verstandelijke handicap sterk toeneemt. Wel zou de in de loop van de tijd gewijzigde begripsdefinitie hierbij een rol kunnen spelen. Naast een verminderde intelligentie is immers een beperking in de sociale (zelf)redzaamheid nu ook een onderdeel van het begrip lvg (zie bijlage I). Subjectieve aspecten als communicatie, zelfverzorging en sociale en relationele vaardigheden zijn gerelateerd aan de beperkte intelligentie. Indien zwakbegaafde jongeren beperkt sociaal (zelf)redzaamheid zijn, kunnen ook zij onder het begrip verstandelijk gehandicapt vallen. Mede op basis hiervan geven de schattingen van het aantal verstandelijk gehandicapte jongeren door het SCP vermoedelijk een ondergrens aan.

Over etnische minderheden en het voorkomen van lvg zijn geen harde cijfers. Volgens het NIZW (2002) kan de prevalentie ongeveer vergelijkbaar zijn met het Nederlandse gemiddelde. Volgens sommige onderzoekers zou het prevalentiecijfer ook iets hoger kunnen zijn. Argument hiervoor is dat bij sommige etnische groepen relatief meer erfelijk bepaalde afwijkingen voorkomen (Dillen 2002). Vroegtijdige opsporing gebeurt minder, doordat er minder intensieve begeleiding in de zwangerschap is (NIZW 2002).
In de hierboven genoemde studie in Zuid-Holland (Dekker et al. 2002) leggen de onderzoekers een mogelijk verband tussen verstandelijke beperkingen en laag opleidingsniveau dan wel lage SES van de ouders, in vergelijking met de algemene bevolking met een minder hoog IQ.
Ter vergelijking: in dit onderzoek werd in de algemene bevolking in Zuid-Holland bij 27,4 procent van de gezinnen een lage SES vastgesteld en bij de mlk-groep bij 62,5 procent en in de zmlk-groep bij 45,5 procent.

Amsterdam epidemiologie verstandelijk gehandicapten
Ook over de Amsterdamse jongerenpopulatie zijn weinig cijfers voorhanden die zicht geven op het aantal jongeren met een verstandelijke handicap en/of zwakbegaafdheid. Wel kan op basis van een normaalverdeling een schatting worden gemaakt van het aantal lvg jongeren en/of zwakbegaafden in Amsterdam.

Het NIZW schat in 2004 dat 15 procent van de mensen een IQ heeft van tussen 50 en 85. Van deze 15 procent is 13,6 procent zwakbegaafd met een IQ van tussen de 70 en 85 en 1,4 procent licht verstandelijk gehandicapt met een IQ van tussen de 50 en 70.
Volgens O+S wonen in 2007 in Amsterdam bijna 210.000 jongeren tussen 0 en 24 jaar. Dit zou betekenen dat 15 procent van 210.000 kinderen met een IQ lager dan 85 ofwel 31.500 kinderen in Amsterdam een lichte verstandelijke beperking hebben of zwakbegaafd zijn. Uitgesplitst volgens de normaalverdeling betekent dit voor Amsterdam dat er ongeveer 2.940 jongeren met een lichte verstandelijke handicap zijn en 28.560 zwakbegaafde jongeren. Jongeren uit deze laatste groep krijgen, afhankelijk van een eventuele comorbiditeit mogelijk ook het predikaat lvg.

Vroeger werden lvg kinderen veelal opgenomen in een instelling voor zwakzinnigen. Deze instellingen lagen vaak buiten de stad Amsterdam. Door een paradigmawisseling in het zorgbeleid wonen en leven de verstandelijk gehandicapte kinderen tegenwoordig meestal weer in de stad en voeden de ouders steeds meer deze kinderen zelf op. Deze kinderen gaan meestal wel naar het speciaal onderwijs.

In Amsterdam zijn zeventien scholen voor speciaal basisonderwijs (sbo) en tien scholen voor voortgezet speciaal onderwijs (vso). Het voorgezet speciaal onderwijs is alleen bestemd voor leerlingen met een lichamelijke of verstandelijke handicap en voor leerlingen met gedragsstoornissen. Hoewel landelijk en lokaal (dat wil zeggen voor Amsterdam) op dit moment geen epidemiologische cijfers over etniciteit en verstandelijke handicaps voorhanden zijn, heeft O+S wel cijfers over deelname aan speciaal onderwijs naar etniciteit.

Tabel 3: *Leerlingen in het speciaal onderwijs naar etnische achtergrond*

Speciaal onderwijs	Basis onderwijs		Voortgezet onderwijs	
Herkomst		2006-2007		2006-2007
	Aantallen	Percentages	Aantallen	Percentages
Surinaams	218	14	491	14
Antilliaans	65	4	112	3
Turks	152	10	299	9
Marokkaans	338	22	546	16
overig niet-westers	217	14	428	12
westers	46	3	132	4
Nederlands	427	28	1011	29
onbekend	57	4	440	13
Totaal	**1520**	**100**	**3459**	**100**

Bron: O+S

2.4.1 Amsterdam: rapportage lvg en psychosociale problematiek

Door het gebrek aan epidemiologische gegevens zijn er uiteraard ook geen cijfers te genereren over de prevalentie van een verstandelijke handicap bij etnische groepen, inclusief mogelijke psychosociale problematiek bij deze groep.
Wel kunnen signalen uit het veld, gecombineerd met een logische redenering, een idee geven van de vermoedelijke omvang van de problematiek. In september 2007 publiceerde *de Volkskrant* een artikel met een noodkreet over de problematiek etniciteit en verstandelijke handicap. De noodkreet komt van Aysel Disbudak, directrice van Unal Zorg, een particuliere zorginstelling in Amsterdam, gespecialiseerd in opvang en begeleiding van allochtonen met een verstandelijke beperking. Zij is van mening dat het werkelijke aantal verstandelijk gehandicapte jongeren in de etnische gemeenschap in Amsterdam vele malen hoger is dan het officieel geregistreerde aantal.
Volgens Disbudak ligt er in etnische groepen een taboe op het hebben van een verstandelijke beperking. Ouders zien een verstandelijke handicap veelal als een straf van Allah [7]. Het niet accepteren maar schaamte en ontkenning zijn naar haar idee het gevolg. Zeker als het gehandicapte kind een oudste zoon is, kan gezien de hoge verwachtingen van ouders de aanvaarding van de handicap problematisch verlopen (Teeuwen 2000).

Er zijn verscheidene oorzaken voor het ontstaan van een verstandelijke handicap bekend naast de 80 procent (RIVM) onbekende oorzaken.
Voor de algemene populatie mogen bijvoorbeeld een hoge leeftijd van de moeder en problemen rond de geboorte als bekend worden verondersteld. Ten aanzien van de etnische populatie in ons land noemt men in de literatuur consanguïniteit als risicofactor voor het ontstaan van verstandelijke handicaps.
Eldering (1999) heeft onderzoek gedaan naar verstandelijk gehandicapte kinderen in Turkse en Marokkaanse gezinnen. Een opmerkelijk kenmerk van haar onderzoekspopulatie (weliswaar maar 29 gezinnen) is de hoge frequentie van bloedverwantschap tussen de ouders. De helft van de onderzoeksgroep bleek verwant aan elkaar te zijn, van wie een derde volle neef en nicht.

[7] Zowel de idee van straf door Allah als schaamtegevoelens bij ouders voor hun gehandicapt kind is terug te vinden zowel in onderzoek van islamoloog Ghaly (2008) als bij Eldering (1999) en bij Van der Weel (1999).

Zowel in Marokko als in Turkije komt een huwelijk tussen neef en nicht in respectievelijk 30 en 23 procent van de huwelijken voor (RIVM 2008).
In maart 2008 woedde in de media een debat waaruit blijkt dat de meningen over het verband tussen consanguïniteit en erfelijke aandoeningen verdeeld zijn. Aanleiding hiervoor was de berichtgeving in een Nederlandse krant die een vermeende conclusie weergaf van een onderzoeksrapport van het RIVM. Zowel kinderarts Nordin Dahhan als Tweede Kamerlid Khadija Arib vinden de berichtgeving stemmingmakend. Het RIVM concludeert volgens hen in het rapport dat de relatie zeer gering is, 2 à 3 procent hoger dan bij niet-consanguïne ouders. De onderzoekers van het RIVM geven in het rapport, in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, antwoord op de vraag hoe hoog de bijdrage van consanguïne huwelijken is aan de perinatale en zuigelingensterfte.

2.4.2 Nederland: rapportage lvg en psychosociale problematiek

In de voor dit onderzoek gelezen literatuur is er consensus over de idee dat kinderen en jongeren met een verstandelijke handicap beduidend meer risico lopen op het ontwikkelen van gedragsproblemen en psychopathologie dan kinderen/jongeren zonder deze handicap. Door de verschillende definities en onderzoeksmethoden echter variëren de schattingen naar prevalentie.
Het Kinderziekenhuis Erasmus MC-Sophia in Rotterdam publiceert in 2002, 2003, 2006 en 2007 resultaten van onderzoeken die tot doel hadden de prevalentie van emotionele en gedragsproblemen te vergelijken van kinderen met en zonder verstandelijke handicap. De onderzoekers gebruikten zowel CBCL-vragenlijsten als TRF-vragenlijsten. De onderzoekspopulatie bestaat uit 1.014 kinderen ad random uit het speciaal onderwijs (mlk en zmlk) geselecteerd en 1.855 kinderen uit de algemene populatie die regulier onderwijs volgen, eveneens ad random geselecteerd. De leeftijdsgroep is 6 tot 18 jaar.
Bijna 50 procent van de kinderen met een verstandelijke handicap of minder begaafdheid had een deviante totaalprobleemscore, in vergelijking met 18 procent bij kinderen zonder verstandelijke handicap. Bij deze analyses is gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en socio-economische status. Over het algemeen werd er een drie tot vier keer verhoogd risico op problemen met emoties en gedrag gevonden. Ook blijkt dat bijna 40 procent van deze jeugdigen voldoet aan de DSM-IV symptoomcriteria van angst, stemmings- of gedragsstoornissen (inclusief ADHD) en dat bijna 22 procent van alle jeugdigen ook ernstig last heeft van zijn psychiatrische symptomen (thuis, op school, met vrienden of zelf) (Dekker en Koot 2003).
Het zou dus kunnen zijn dat de prevalentie van emotionele en gedragsproblemen bij jeugdigen met een lage ouderlijke SES (hetgeen vaker voorkomt bij allochtonen) nog hoger is.

Onderzoeksresultaten van Emerson in het tijdschrift *Journal of Intellectual Diability Research* (2003), laten ook zien dat de aanwezigheid van een verstandelijke handicap beschouwd moet worden als een hoge risicofactor voor het ontwikkelen van psychiatrische stoornissen.

Emerson gebruikte voor zijn onderzoek de databestanden van *The mental health of children and adolescents in Great Britain* uit 1999. Zijn onderzoek bestond uit secundaire analyses van zowel interviews als vragenlijsten van 10.538 kinderen (en/of hun primaire verzorger) en adolescenten in de leeftijd tussen 5 en 15 jaar. Uit deze analyses bleek dat bij kinderen met een verstandelijke handicap zeven keer meer een psychiatrische stoornis was gediagnosticeerd dan bij hun niet-verstandelijk gehandicapte leeftijdgenoten. Ofwel: 50 procent van de kinderen met een verstandelijke handicap bleek enige vorm van gedrags- en/of psychiatrisch problematiek te hebben.
Dekker (2003) beschrijft in haar proefschrift eveneens een 50 procent hoge overall score van emotionele en gedragsproblemen bij verstandelijk gehandicapte kinderen.
Met de groep zwakbegaafde jongeren erbij wordt een prevalentie van 81 procent gevonden (Soenen et al. 2003).

Het NIZW stelt in 2004 dat hoe hoger het IQ van lager dan gemiddeld begaafden is, hoe groter de kans op bijkomende problematiek. Hierbij geldt dat een aantal problemen vaker voorkomt dan andere problemen:

a. Gedragsstoornissen zoals aandachtstekortstoornis (ADHD), ernstige gedragsstoornis (CD) en een oppositionele stoornis (ODD) (Dekker 2003; Soenen et al. 2003).
   Volgens Windmuller et al. (1998) zijn deze jeugdigen vaak zwakbegaafd.
b. Autisme en verstandelijke beperking is een relatie die in veel DSM-IV studies wordt gelegd. Windmuller et al. (1998) stellen dat ongeveer 30 tot 50 procent van de mensen met een verstandelijke beperking aan een pervasieve ontwikkelingsstoornis (PDD-NOS) lijdt.

Volgens het onderzoek van De Bildt in 2003 ligt de geschatte prevalentie tussen de 15 en 20 procent, met in het algemeen een toename met factor 2,5 tot 3 in de matige/ernstige/diepe niveausvan verstandelijke beperking.

c. Stemmingstoornissen komen bij verstandelijk beperkte jongeren ook vaker voor, zo blijkt uit diverse studies. Evenals depressieve gevoelens en angst.

Dekker et al. (2002) beschrijven op basis van hun onderzoek in Zuid-Holland dat bij de zmlk-groep vaker terugtrekgedrag, denkproblemen, aandachtsproblemen en (volgens ouders) sociale problemen lijken voor te komen. Voorts lijkt de mlk-groep vaker last te hebben van angst en depressieve klachten en daarnaast antisociaal gedrag te vertonen.

Geleidelijk aan komt er meer aandacht voor de psychosociale problematiek bij verstandelijk gehandicapten. Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen publiceert in 2004 het *Signaleringsrapport Licht verstandelijk gehandicapte jongeren met probleemgedrag* en de Algemene Rekenkamer het rapport *Kopzorgen* in 2007. Het Cbz spreekt van de zogenaamde dubbele diagnose, waarmee wordt bedoeld dat 30 tot 50 procent van de lvg jongeren naast een verstandelijke beperking ook een psychiatrische stoornis heeft.
Dit laatste rapport stelt eveneens dat een licht verstandelijke handicap vaak samengaat met psychische en psychiatrische problematiek, maar ook vaak in combinatie met opvoed- en opgroeiproblemen, en met problemen ten aanzien van maatschappelijke orde en gezag.
Dat leidt vaak tot het geven van overlast.
Meer precieze cijfers over de omvang van de totale groep jeugdigen met psychi(atri)sche problemen en/of een lichte verstandelijke handicap ontbreken. Het rapport Kopzorgen (2007) komt eveneens met prevalentieschattingen, weergegeven in tabel 4.

Tabel 4: *Schatting van het aantal jeugdigen met psychische problemen of een lichte verstandelijke handicap in Nederland*

Soort Probleem	Aantal jeugdigen tussen 0 en 23 jaar (in 2006) 4 miljoen (100%)
Psychische problemen gepaard met manifest disfunctioneren	200.000–240.000 (5–6%)
Lichte verstandelijke handicap in combinatie met beperkte sociale redzaamheid en bijkomende problematiek	348.000 (8,7%)
Opgroei- en opvoedproblemen	niet bekend

Bron: GGZ Nederland 2007b; Stoll et al. 2004; NIZW Jeugd 2006; CBS Statline

De Algemene Rekenkamer schrijft in het rapport *Kopzorgen* wel dat bij de omvang van hun schatting in aanmerking moet worden genomen dat er vermoedelijk een flinke overlap is tussen de categorieën. De grootte hiervan is onbekend. Daardoor is er evenmin zicht op de omvang van de totale groep jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen (Algemene Rekenkamer 2007).

2.4.3 Consensus en discussiepunten over het voorkomen van psychosociale problematiek bij verstandelijk beperkte (etnische) jongeren

Aangezien er weinig onderzoek is gedaan naar de prevalentie van psychosociale problematiek bij verstandelijk beperkte (etnische) jongeren, is onderzoek naar de hiermee samenhangende risicofactoren ook beperkt.
Psychopathologie bij verstandelijk beperkten – een toch al grote groep jongeren – kan tot extra beperkingen leiden in het dagelijkse bestaan. Een gevolg hiervan kan zijn dat integratie in de samenleving wordt belemmerd (Dekker et al. 2006).
Verklaringen voor de mogelijke oorzaken van de gevonden verschillen in prevalenties van sociaalemotionele problemen bij lvg jongeren worden ondergebracht in: A. sociaaleconomische factoren, B. sociale factoren en C. culturele factoren.

A. Sociaaleconomische factoren

Een lagere sociaaleconomische status (SES) van het gezin of een laag inkomen blijkt voor deze categorie jongeren een veel genoemde factor bij het ontstaan van psychosociale problematiek (Emerson 2003). Een reden hiervoor is dat een lage SES geassocieerd wordt met een minder bevorder-

lijke opvoedingsstijl van de ouders. Verhoudingsgewijs zouden relatief veel gezinnen met een verstandelijk gehandicapt kind een lage SES hebben (Douma et al. 2007).

B. Sociale factoren

Een verstandelijke beperking heeft een aantal kenmerkende factoren: gering abstractievermogen, zwart-wit denken, moeite met sociale-informatieverwerking, gemakkelijk beïnvloedbaar, moeite met integreren van verschillende milieus zoals gezin, school en werk, lage frustratietolerantie, geringe impulscontrole, neiging tot grensoverschrijdend gedrag en matige gewetensontwikkeling.

Nieuwenhuijzen et al. (2006) stellen dat competent sociaal gedrag veel van het denk- en leervermogen van kinderen en jeugdigen vergt. De beperkingen bij lvg jongeren maken het daardoor voor hen extra moeilijk om adequaat sociaal gedrag te vertonen. Tegelijkertijd blijkt uit multivariante analyses van Dekker en Koot (2003) dat de beste voorspellers van DSM-IV stoornis(sen) een jaar later vooral te maken hebben – naast de eerder aanwezige problemen met emoties en gedrag – met tekortschietende dagelijkse vaardigheden, sociale beperkingen, chronische lichamelijke ziekte, veel lichamelijke klachten, negatieve levensgebeurtenissen, psychopathologie bij de verzorgers en eerdere verwijzing naar de GGZ van de ouder(s).

Biologische factoren die worden genoemd zijn onder andere het temperament van het kind, eerdere psychopathologie van het kind, (chronische) lichamelijke aandoening, sekse – waarbij jongens een groter risico hebben op gedragsstoornissen en meisjes op emotionele problemen (Dekker et al. 2006).

Gezinskenmerken die een mogelijke rol spelen bij het ontwikkelen van psychosociale problematiek zijn: mentale gezondheidsproblemen bij de ouders, eenoudergezinnen, vaderlijke delinquentie, disfunctioneren van het gezin maar ook de opvoedingsstijl van de ouders. Emerson (2003) spreekt in dit kader over *punitive child management practices*. Volgens Soenen et al. (2003) zijn op basis van enkele onderzoeken twee typen pedagogische tekorten bij ouders van verstandelijk beperkte jongeren te onderscheiden. Het ene komt voor bij ouders uit relatief zwakkere milieus en het andere type komt vaker voor in gezinnen uit relatief hogere milieus. De eerste groep zoekt geen professionele ondersteuning bij problemen mede doordat deze ouders de verstandelijke beperking van hun kind niet onderkennen.

En de tweede groep stimuleert of beschermt hun verstandelijk gehandicapte kind overmatig. Zowel ondervraging als overvraging is even schadelijk (Soenen et al. 2003).

C. Culturele factoren

De genoemde paradigmawisseling in het zorgbeleid brengt met zich mee dat verstandelijk gehandicapten steeds meer integreren in de samenleving. Het inclusief beleid van het ministerie van VWS is in de plaats gekomen van residentiële instellingen. Wonen in de wijk is een onderdeel van inclusief beleid, net als ‘Weer samen naar school’.
Tegelijkertijd stelt de samenleving steeds hogere eisen aan de burgers. Vooral voor kwetsbare mensen, zoals lvg jongeren, is het niet eenvoudig om aan de eisen in de huidige tijd te voldoen.
Van deze lvg jongere wordt wel verlangd dat hij/zij aan de eis of norm van dat moment voldoet. Frustraties en conflicten zijn dan ook het gevolg als het de jongere niet lukt om mee te komen met zijn/haar omgeving. Afwijzing door leeftijdgenoten is mede oorzaak van frustraties, terwijl deze jongeren toch al een verhoogde gevoeligheid voor psychosociale stress hebben (Hodapp en Zigler 1995).

Jeugdigen met meer dan een probleem zijn dan ook extra kwetsbaar.
Het belang van de context behoeft voor deze groep extra aandacht omdat uit onderzoek blijkt dat verstandelijk beperkte jongeren zeer gevoelig zijn voor de effecten van leerprocessen tijdens de interactie met hun omgeving. Het verhoogde niveau van psychopathologie verklaart men dan door inadequate bekrachtiging, onjuiste bestraffing, bekrachtiging van afwijkende reacties enzovoort (Dekker et al. 2006). Janssen en Schuengel stellen vast dat veel gedragsproblemen bij deze jongeren samenhangen met het onvermogen om met stress en stressvolle gebeurtenissen om te gaan (aangehaald in Didden 2006). Dit onvermogen zou ook samenhangen met hechtingsproblemen. Nieuwenhuijzen beschrijft tevens hoe de ontstane problematiek kan samenhangen met verwerking van sociale informatie (aangehaald in Didden 2006).
Ontwikkelingen in de samenleving kunnen de problematiek voor deze jongeren nog verergeren. De laatste decennia wordt het leven enerzijds complexer door technologische vernieuwingen terwijl er tegelijkertijd achteruitgang is te zien van de sociale verbanden. In het verleden was er voor deze verstandelijk beperkte jongeren veelal informele opvang in de buurt door familie, kerk of vereniging. Nu ligt de zorg voor een kind met ernstige problemen veelal alleen bij het eigen gezin (Algemene Rekenkamer 2007).

Voor etnische gezinnen is de last dubbel: enerzijds voelen ouders zich verplicht om voor het kind te zorgen, anderzijds is er schaamte door het taboe dat heerst op het hebben van een gehandicapt kind.

2.5 Toegang tot en kwaliteit van de psychosociale zorg

2.5.1 Inleiding

Door de komst van veel migranten in de laatste dertig jaar is de samenstelling van de bevolking, vooral in de grote steden, opvallend gewijzigd.
In Amsterdam heeft 66 procent van de jongeren tot 19 jaar een migrantenachtergrond. Dit heeft implicaties voor diagnostiek en behandeling, maar ook voor de personele samenstelling van de instellingen voor gezondheidszorg.
In *Transculturele toegang tot de jeugdzorg* schrijft Bellaart in 1997 dat allochtone kinderen vaak pas in een laat stadium bij de jeugdzorg terecht komen, dat wil zeggen dat er vaak eerst een kinderbeschermingsmaatregel aan de uiteindelijke hulp vooraf blijkt te gaan. Tegelijkertijd blijkt deze groep in 1997 slecht bekend te zijn met de jeugdzorg, heeft deze groep een negatief beeld van de zorg en geen vertrouwen in het aanbod (Bellaart 1997). Nu in 2008, ruim tien jaar later, is het de vraag of dat is veranderd. Wat is er in de tussentijd gebeurd en met welke resultaten? Weten de jongeren en hun ouders de jeugdzorg te vinden? Waar ligt de winst en waar valt nog winst te behalen? In onderstaande paragraaf wordt aandacht geschonken aan cijfers over het gebruik van de zorg, maar ook aan drempels en knelpunten in de toekomst.

2.5.2 Amsterdam

Volgens het signaleringsrapport GGZ-problematiek grote steden (2002) vinden in de grote steden relatief veel gedwongen opnamen plaats (populatie 19 tot 65 jaar). Cliënten worden onvoldoende bereikt door de hulpverlening waardoor een verheviging van de problematiek dreigt te ontstaan. Veel allochtone cliënten komen, in vergelijking met autochtone cliënten, via de crisisdienst (via politiebureau) met de RIAGG in contact. Veel van deze cliënten hebben slechts eenmalig contact gehad met de ambulante GGZ.

In de intramurale GGZ blijken mensen uit verschillende etnische groepen minder vaak opgenomen te worden dan men op grond van bevolkingsaantallen zou verwachten.

Turkse en Marokkaanse cliënten lijken in tegenstelling tot Surinaamse, Antilliaanse en Arubaanse cliënten minder vertegenwoordigd (Cbz 2002). Stichting Pandora is een belangenvereniging voor mensen die te maken hebben (gehad) met psychische en/of psychiatrische problematiek van zichzelf of in hun directe omgeving. Volgens de Stichting Pandora kan vooral de positie van vrouwen in de psychiatrie voor de familie extra gevoelig liggen. Vrijwillige of gedwongen opname voor dochters wordt door familie regelmatig tegengehouden.
In Amsterdam komen vaker psychiatrische stoornissen voor dan in de rest van Nederland. Er is dan ook een significant groter zorggebruik. De stad heeft in vergelijking met de drie andere grote steden veel GGZ-capaciteit beschikbaar. De voorzieningen voor kinder- en jeugdpsychiatrie vormen hierbij een uitzondering.

Het onderwerp interculturalisatie staat sinds 2003 prominent op de beleidsagenda van de instellingen voor jeugd-GGZ. De instellingen zien het als hun taak om Amsterdamse jongeren met psychiatrische problematiek passende, effectieve diagnostiek, en behandeling en begeleiding te bieden.
Amsterdamse instellingen als bijvoorbeeld Bureau Jeugdzorg Amsterdam en de Bascule voeren de laatste jaren dan ook een actief interculturalisatiebeleid.

In het kader van de interculturalisatie heeft het academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie in Amsterdam, de Bascule, in 2007 een online onderzoek laten uitvoeren onder ruim 700 jongeren met een Marokkaanse achtergrond. De reden hiervoor was de constatering dat migrantenjongeren tot 19 jaar oververtegenwoordigd zijn op de afdelingen met gedwongen opnamen, terwijl op de afdelingen met behandeling op vrijwillige basis voor de kinder- en jeugdpsychiatrie het aantal migrantenjongeren ver achter bleef in verhouding tot hun aandeel in de bevolking van Amsterdam. Al met al redenen om op zoek te gaan naar oplossingen voor het zeer moeilijk bereiken van deze doelgroep bij wie volgens de Bascule wel degelijk sprake is van psychiatrische problemen. Jongeren tussen 15 en 20 jaar, 143 mannen en 622 vrouwen, vulden op de site Marokko.nl een vragenlijst in over de beeldvorming van de GGZ.

Hieruit blijkt dat er een barrière is voor het vragen van hulp bij psychische problemen in de Marokkaanse cultuur. Naar aanleiding van de onderzoeksresultaten is de Bascule via de site Marokko.nl een online hulpverlening begonnen (hulpmix.nl). Jongeren kunnen hier anoniem praten over hun problemen.
Via interviews en zelfrapportages onderzochten Kamperman et al. (2007) de relatie tussen geestelijke gezondheidszorg en het gebruik van gezondheidszorg onder migrantenpopulatie in Amsterdam (648 Turkse, 102 Marokkaanse, 311 Surinaamse migranten tussen 18 en 65 jaar). De onderzoekers concluderen dat het gebruik van geestelijke gezondheidszorg valt te voorspellen aan de hand van acculturatiekarakteristieken.

Deze conclusies zijn ook terug te vinden bij Knipscheer en Kleber. Zij publiceren in 2008 hun onderzoeksresultaten over hulpzoekgedrag bij migranten in Amsterdam en Utrecht. Eerste- en tweedegeneratie volwassen migranten werd gevraagd naar hun bekendheid met, houding ten aanzien van en gebruik van de geestelijke gezondheidszorg. Etniciteit blijkt niet de belangrijkste bepalende factor te zijn voor het zoeken naar hulp, maar wel sociodemografische variabelen zoals leeftijd, opleiding en verblijfsduur in het nieuwe land. Vooral de variabele opleidingsniveau is significant voor het zoeken naar hulp, zo concluderen de onderzoekers. Laag opgeleiden laten een negatieve houding zien ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg.

Samenvattend lijkt het erop dat etnische jongeren enerzijds de weg naar de zorg wel weten te vinden, maar tegelijkertijd blijkt de continuïteit, tijdigheid en de adequaatheid ervan nog tekort te schieten. Zowel zorgverleners als patiënten rapporteren dat de kwaliteit van de hulpverlening voor patiënten met een etnische achtergrond niet optimaal is.
In de literatuur is redelijk wat overeenstemming over de gevonden knelpunten die aan de niet optimale hulp ten grondslag liggen.
Barrières zijn er zowel op cultureel als op sociaaleconomisch vlak. Visies van en over migrantenjongeren, hun ouders, hulpverleners en leerkrachten, over de zorg voor psychische problemen en hulpzoekgedrag komen hieronder aan bod.

2.5.3 Nederland

Interculturalisatiebeleid
De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) adviseert de overheid in 2000 om structureel aandacht te schenken aan de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg aan allochtonen. Volgens het advies zijn er duidelijke verschillen in zorggebruik tussen allochtonen en autochtonen. Speciale aandacht is onder andere nodig, zo vervolgt de raad, voor de allochtone patiënten in de GGZ en in de (verstandelijk) gehandicaptenzorg. Allochtonen maken minder gebruik van voorzieningen in de GGZ en maken zij daarvan wel gebruik, dan gaat het vooral om ambulante zorg.
De RVZ is van mening dat tot dan toe het interculturalisatieproces in de gezondheidszorg te veel is blijven steken in een sfeer van tijdelijkheid en vrijblijvendheid.
Kortmann (aangehaald in Beunderman en Savenije 2003), hoogleraar transculturele psychiatrie, meldt dat het werken met mensen uit andere culturen in de gezondheidszorg tot dan toe vooral een kwestie van *trial and error* is geweest. Veel verbetering is nog zeker mogelijk.
Als onderdeel van het interculturalisatiebeleid publiceerde de RVZ in samenwerking met het Trimbos Instituut de resultaten van een achtergrondstudie met als titel *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg* (2000). Zowel de toegankelijkheid als de kwaliteit van het zorgaanbod aan allochtone cliënten in de geestelijke gezondheidszorg zijn onderwerp van deze studie. De onderzoekers noemen de gevonden resultaten 'een impressie van de stand van zaken'. Zij zijn van mening dat de kennis op dat moment summier en fragmentarisch is, maar ook gebrekkig betrouwbaar. Er zijn bijvoorbeeld weinig epidemiologische gegevens voorhanden omdat onder andere de etnische achtergrond van cliënten in de gezondheidszorg om privacyredenen meestal niet wordt geregistreerd.
In 2007 blijkt dat er in de regio Rotterdam de laatste jaren een sterke groei van het GGZ-gebruik is geweest, maar desondanks maken, volgens Dieperink et al. (2007), etnische groepen in deze regio nog onvoldoende gebruik van de GGZ. Wel bestaan er duidelijke verschillen tussen seksen en tussen diverse etnische groepen. Vooral voor Marokkaanse vrouwen, Surinamers, Antillianen en Kaapverdianen ligt de drempel voor de GGZ hoger dan voor andere etnische groepen (Dieperink et al. 2007).
Urbanus-van Laar (2003) laat in een literatuurstudie zien dat zowel nationaal als internationaal er slechts een beperkt aantal studies over dit onderwerp is. De buitenlandse studies leveren aanwijzingen voor een slechtere kwaliteit van zorg voor kinderen met een etnische achtergrond.

De in dit literatuuronderzoek besproken Nederlandse studies zijn in hun onderzoeksresultaten verdeeld. Ook in deze paragraaf over etnische verschillen in de toegang en kwaliteit van de zorg voor kinderen is te zien dat de onderzoeksresultaten zeker nog niet eenduidig zijn.

Jeugd

In de jeugdzorg blijkt het beeld in 2000 gedifferentieerd. Het aantal etnische jongeren wisselt sterk per instelling. In de ene instelling zijn allochtone jongeren oververtegenwoordigd en in de andere ondervertegenwoordigd.
Wel suggereren de beschikbare gegevens dat het aantal allochtone jongeren dat in de Randstad in contact komt met de ambulante GGZ aanzienlijk groter is dan daarbuiten. Niet duidelijk is of de jongeren in de Randstad meer problemen hebben of dat de instellingen in de Randstad toegankelijker zijn.
De RIAGG in Amsterdam-Zuid /Nieuw-West (GGZ in Geest, voorheen GGZ Buitenamstel) ziet het grootste percentage allochtone jongeren (43 procent). In Den Haag ligt dit percentage op 16 procent. Groningen en Maastricht laten het geringste percentage zien, 2 respectievelijk 3 procent (RVZ 2000).
Op dat moment zijn er nauwelijks gegevens beschikbaar over de intramurale kinder- en jeugdpsychiatrie. Op grond van gegevens van SIGRA (Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam) lijkt het eind jaren negentig alsof er geen allochtone jongeren zijn. Al met al concludeert de RVZ in 2000 dat het grootste probleem voor de zorg aan allochtonen niet zozeer ligt in een gebrekkige toegankelijkheid van de GGZ, maar dat deze jongeren slechts een gering aantal contacten hebben en een hoge drop-out.

Registratie en cijfers

Bij de jeugd-GGZ is pas sinds 2000 cijfermateriaal beschikbaar.
De jeugd-GGZ bestaat uit (voormalige) RIAGG-jeugdafdelingen en kinder- en jeugdpsychiatrische (poli)klinieken. Deze voorzieningen bieden ambulante, semimurale en intramurale diagnostiek, behandelingen en begeleiding voor zowel kinderen, jeugdigen en hun ouders of verzorgers. Het Bureau Jeugdzorg (BJZ) verwijst, sinds de Wet op de jeugdzorg, kinderen en jeugdigen met een indicatie naar de jeugd-GGZ.
Onderstaande tabel bevat cijfers uit de rapportage van De Graaf et al. (2005), op basis van gegevens van GGZ Nederland. Tussen 2000 en 2003 is een stijging te zien van het gebruik van de GGZ door jeugdigen met 30 procent. Onder gebruiker verstaan de Graaf et al. een cliënt die gedurende het teljaar tenminste eenmaal een contact heeft gehad.

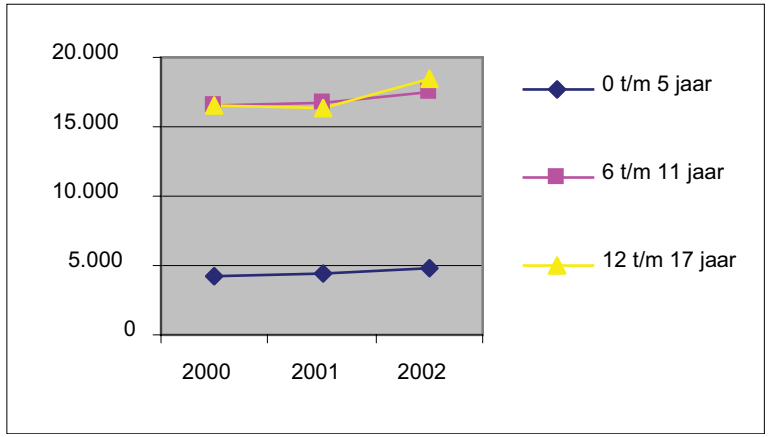
Tabel 5: *Aantal gebruikers van algemene jeugd-GGZ van 2000 t/m 2002 naar type zorg*

	2000	2001	2002
Alleen ambulant (totaal aantal contacten met kinderen en jeugd)	51.637	56.802	66.701
Alleen deeltijd	46	150	106
Alleen klinisch	565	572	598
Ambulant + deeltijd	61	175	241
Ambulant + klinisch	574	845	869
Andere combinaties	406	874	991
Totaal	**53.289**	**59.418**	**69.506**

Bron: De Graaf et al 2005

Of de genoemde stijging van 30 procent te maken heeft met een toename van problematiek of dat ouders de weg naar jeugdzorg beter weten te vinden is onduidelijk.
Opvallend is dat het overgrote deel van de jeugdige cliënten, 97 procent in 2000, 96 procent in 2002, alleen ambulante zorg krijgt.
Dit is in overeenstemming met het streven om zo licht mogelijke zorg te verlenen.
Voorts blijkt in alle sectoren van de jeugdzorg een stijging van het aantal gebruikers te zijn en doen cliënten op steeds jongere leeftijd een beroep op de jeugdzorg. Daarnaast lijkt er onder de 12- tot en met 17-jarigen sprake te zijn van steeds zwaardere problematiek (NIZW 2005). Deze groep maakt ongeveer evenveel gebruik van de zorg als de groep van 6- tot 11-jarigen. De groep van 0- tot 5-jarigen is de kleinste gebruikersgroep, bijna 10 procent (zie figuur 3).

Figuur 3. Instroom algemene jeugd-GGZ van 2000 t/m 2002 naar leeftijd



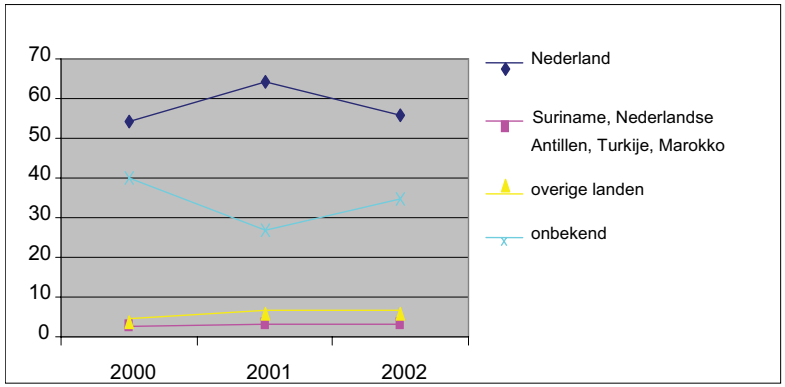
Bron: GGZ Nederland 2004

Diversiteit in gebruik naar culturele achtergrond

Hosper et al. (2001) zijn van mening dat veel etnische jongeren in een laat stadium met de hulpverlening in aanraking komen aangezien zij zowel in jeugdbescherming als in de justitiële rijksinrichtingen verhoudingsgewijs veel aanwezig zijn, maar niet in de vrijwillige hulpverlening. Bellaart en Azrar hanteren in hun publicatie van 2003 de volgende cijfers: in de jeugdzorg is 30 procent van de cliënten allochtoon, in de vrijwillige hulpverlening heeft 22 procent een etnische achtergrond en in de jeugdbescherming 40 procent. Zij betogen dat de drempel voor de vrijwillige zorg kennelijk te hoog is. Dit is dan ook de reden dat Forum een project heeft onder de naam Jeugdzorg zonder drempels.

Het NIZW stelt in 2005 dat het erop lijkt dat instellingen in de GGZ nog onvoldoende worden bereikt door allochtone jongeren en vice versa, ondanks het grotere aantal problemen en het slechtere welbevinden van deze jongeren. Opvallend is dat van een aantal cliënten de etnische achtergrond niet bekend is. Van alle gebruikers in 2000 is dit 40 procent en in 2002 35 procent. Van de gebruikers van de jeugd-GGZ van wie de etnische achtergrond wel bekend is, is 4 tot 4,5 procent Surinaams, Antilliaans, Turks of Marokkaans (zie figuur 4).

Figuur 4. Instroom algemene jeugd-GGZ (in percentages) van 2000 t/m 2002 naar culturele achtergrond[8]



Bron: GGZ Nederland 2004

Ook Zwirs et al. (2006) tonen in hun onderzoek lagere behandelcijfers voor niet-westerse kinderen met probleemgedrag in vergelijking met westerse kinderen. Voor dit onderzoek trok men een steekproef (n=2.185) in stedelijke wijken met een gemiddeld lage SES. Onderwijzers (77 procent Nederlandse achtergrond) vulden vragenlijsten in over 684 Nederlandse, 702 Marokkaanse, 434 Turkse en 365 Surinaamse kinderen. Tevens werd informatie verzameld over een eventuele behandelingsstatus van het kind.
Een van de conclusies uit dit onderzoek, op basis van de TRF, is dat van de niet-Nederlandse meisjes vermoedelijk 80 procent minder psychiatrische hulp krijgt. Bij de Marokkaanse en Turkse jongens krijgt 70 tot 80 procent vermoedelijk minder behandeling voor hun probleemgedrag. Een uitzondering hierop vormen de Surinaamse jongens die even vaak behandeld werden als de Nederlandse jongens.
De resultaten van dit onderzoek komen overeen met studies naar behandeling voor gedragsstoornissen in de Verenigde Staten waar behandelcijfers voor witte kinderen hoger zijn in vergelijking met niet-witte kinderen (Zwirs 2006).

[8] Toelichting: Culturele achtergrond is gedefinieerd overeenkomstig de CBS-definitie waarbij het geboorteland van de cliënt, de moeder en de vader bepalend is. Het responspercentage is te laag om betrouwbare cijfers te genereren. Daarom wordt hier volstaan met percentages.

Kwaliteit van zorg voor etnische jongeren tussen 0 en 19 jaar is onderzocht door Urbanus-van Laar (2007). Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en Antilliaanse kinderen maken deel uit van haar onderzoekspopulatie. Echter, zij richt zich in haar onderzoek voornamelijk op de zorg voor somatische ziektes en niet, zoals deze literatuurstudie, specifiek op psychosociale problematiek. Toch zijn aspecten als continuïteit, tijdigheid en adequaatheid van zorg die zij in haar onderzoek onder de loep neemt ook voor dit onderzoek interessant, aangezien deze drie aspecten van de zorg in diverse onderzoeksresultaten als verbeterpunten worden genoemd. Urbanus-van Laar concludeert dat voor de jonge multi-etnische populatie in Nederland verschillen bestaan in de kwaliteit van zorg. Voor Marokkaanse en Turkse kinderen geldt dat de kans op continuïteit in de zorg volgens haar onderzoek het kleinst is.
Vanheusden (2008) richt zich in haar onderzoek op de jongvolwassenen tussen 19 en 32 jaar. Zij stelt dat 16 procent van deze groep zodanig ernstig psychische problemen heeft dat professionele hulp geïndiceerd is, maar slechts ongeveer een derde van hen hulp zoekt. De door Vanheusden genoemde belemmeringen om hulp te zoeken zijn ontkenning of onderschatting van de problemen, maar ook pessimisme over het nut van de hulpverlening. Wel zoeken jongvolwassenen van niet-westerse afkomst even vaak hulp bij hun huisarts voor psychische problemen als westerse jongeren, maar zij maken minder gebruik van de GGZ. Vanheusden: 'Het lage GGZ-gebruik van niet-westerse allochtonen is toe te schrijven aan hun opvatting dat de oorzaak van hun problemen niet "van binnen" zit en dat psychologische hulpverlening niet zou helpen.'

2.5.4 Knelpunten en barrières bij de toegang tot en de kwaliteit van de zorg

Cultuur
Het Signaleringsrapport GGZ-problematiek grote steden noemt als knelpunten voor de zorg aan etnische cliënten communicatieproblemen en culturele verschillen. Deze kunnen het herkennen van de klachten, het stellen van de juiste diagnose, maar ook de keuze van het geschikte behandelplan bemoeilijken. Bovendien is bij etnische cliënten vaker sprake van complexe problematiek; naast psychische klachten spelen veelal ook somatische, psychosociale en materiële problemen mee. Daar komt nog bij dat migranten vaak pas in een laat stadium professionele hulp inroepen (Cbz 2002). Een mogelijke oorzaak hiervoor is dat bijvoorbeeld de Turkse populatie volgens Sowa et al. (2000) afgescheiden leeft van de Nederlandse bevolking. De Turkse cultuur is collectivistisch waardoor bijvoorbeeld afwijken van de norm minder makkelijk geaccepteerd wordt. Hofstede (1991), aangehaald in Sowa et al. 2000) gelooft dat schaamte een belangrijk concept is voor collectivistische culturen; 'gezichtsverlies' als resultante om niet aan de norm te kunnen voldoen.
Migranten ervaren de Nederlandse gezondheidszorg als een complex systeem. Er blijkt veel onbekendheid te bestaan over het zorgaanbod en de wijze van hulpverlening. Daarnaast is in de loop der jaren de zorg, door aanmeldingsprocedures, wachtlijsten en bureaucratie, moeilijker toegankelijk geworden. Een cliënt kan niet zomaar binnenlopen voor een afspraak.
De complexiteit van het systeem geeft migranten een informatieachterstand waardoor zij wantrouwend zijn (Nederland en Steketee 2004). Tevens wijzen Nederland en Steketee erop dat de zorg een individuele benadering kent terwijl migranten in hechte familiesystemen leven.
Het boek *Meer kleur in de GGZ* (2004) onderschrijft deze mening.

Wantrouwen bepaalde etnische minderheidsgroepen enerzijds dat een Nederlandse instelling voor geestelijke gezondheidszorg iets voor hen zou kunnen betekenen, anderzijds is het cultuurverschil in de beleving van psychische problemen een belangrijker belemmerende factor.
In veel niet-westerse samenlevingen worden psychische klachten – mede door schaamte – lichamelijk geuit (Hosper et al. 2001; Kamperman et al. 2007). Dit verklaart wellicht ook dat migranten eerder met hun problemen naar de huisarts gaan dan naar de GGZ en dat veel migranten een voorkeur hebben voor medicijnen in plaats van praten.

Knipscheer en Kleber (2001) vonden met betrekking tot somatisering vergelijkbare resultaten en stellen dat opleidingsniveau hierbij een belangrijke factor is. Meer traditioneel georiënteerde migranten neigen ernaar minder gebruik te maken van hulp omdat een gering geestelijk welzijn niet wordt vertaald in psychiatrische stoornissen.

Naast somatisering van psychische klachten bestaat er ook de neiging om de oorzaak van klachten buiten zichzelf te zoeken. Volgens Vanheusden (2008) zeggen niet-westerse allochtonen vaker dat de oorzaak van hun problemen in biografische of maatschappelijke factoren ligt en niet 'van binnen' zit. Psychologische/psychiatrische kennis ontbreekt nog vaak. Behalve aan bewustwordingscampagnes zou de hulpverlening ook meer aandacht moeten schenken aan de door de etnische groepen genoemde oorzaken van hun problemen (Vanheusden 2008).
Hosper et al. (2001) merken op dat de verschillen en opvattingen over hulpzoekgedrag bij psychische problemen bij jongeren minder afwijken dan bij hun ouders. De etnische verschillen tussen migranten en autochtonen lijken met de volgende generaties minder te worden.

Niet alleen is het Nederlandse zorgsysteem complex maar ook is de zorg in de laatste decennia gewijzigd van een aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg en meer gericht op eigen verantwoordelijkheid. Dit brengt voor de migrant met zich mee dat hij/zij goed geïnformeerd dient te zijn voor het stellen van de hulpvraag. Veel migranten zijn echter nog niet bekend met protoprofessionalisering waardoor verwarring en onduidelijkheid ontstaat. Daarnaast is in Nederland een van de uitgangspunten van de formele zorg zelfredzaamheid, terwijl voor veel migranten geldt dat informele zorg door familie op de eerste plaats komt (Nederland en Steketee 2004).
En hoewel men veelal denkt dat Turkse en Marokkaanse gezinnen op familie en vrienden kunnen steunen, blijkt dat de opvang voor psychische problematiek in hun omgeving gering is. Wanneer migranten toch hulp zoeken bij een buitenstaander, dan waarderen de betrokken familie en vrienden dit lang niet altijd. Bij de ondervraagde etnische groep spelen school en geloof een grotere rol bij het oplossen van hun problemen (Hosper et al. 2001).

School
In diverse onderzoeken wordt de school vaak genoemd als oorzaak van de psychische problemen, maar ook gezien als de instantie die de problemen weer kan oplossen.
Veel Marokkaanse en Turkse gezinnen zien de school als de plaats waar de problemen bespreekbaar gemaakt kunnen worden en van waaruit hulpcontacten kunnen worden opgezet (Hosper et al. 2001).
Voor een deel blijkt dit laatste inderdaad het geval te zijn, aangezien volgens het rapport *Jong en kwetsbaar in Amsterdam* (2007) in meer dan de helft van de gevallen een kind via school bij de jeugdzorg wordt aangemeld.

Hulpverleners
Over de voorkeur voor een hulpverlener met dezelfde etnische achtergrond als de hulpvrager variëren de meningen. Hosper et al. (2001) constateren dat voor migrantenjongeren eenzelfde achtergrond bij de hulpverlener allerminst vanzelfsprekend is. Knipscheer en Kleber (2004) stellen dat een meerderheid van de volwassenen uit hun onderzoek geen voorkeur geeft aan een hulpverlener met eenzelfde etnische achtergrond. Klinische competentie, empathie en een gedeeld wereldbeeld vindt de onderzochte populatie belangrijker dan de etnische achtergrond. Een substantiële minderheid (vooral Turkse respondenten) beschouwt een etnische achtergrond wel als belangrijk tot zeer belangrijk. Een klein aantal respondenten uit dit onderzoek prefereert een Nederlandse professional omdat deze beter is opgeleid, niet roddelt en minder geneigd is tot het voorschrijven van medicijnen.
Een stellige conclusie met betrekking tot de etniciteit van de hulpverlener komt naar voren in het onderzoek in opdracht van de Bascule. De culturele achtergrond van de hulpverlener is wel degelijk van belang, zo luidt een van de belangrijkste conclusies. De onderzochte Marokkaanse populatie denkt alleen autochtone hulpverleners aan te treffen waardoor, naar de mening van de onderzoekers, de bereidheid om gebruik te maken van hulp wordt afgeremd.
Een ander knelpunt tussen hulpverlener en de cliënt is dat enerzijds de hulpverlener niet genoeg bekend is met de wensen en de verwachtingen van de groep, terwijl anderzijds de verwachtingen van de cliënt ten aanzien van de zorg hoog zijn (RVZ 2000).

Ouders

Zwirs et al. (2006) noemen in hun onderzoek diverse barrières voor niet-westerse ouders die bij beslissende momenten in de toegang tot de zorg een rol kunnen spelen:

1. Verschil van perceptie door de ouders ten aanzien van het psychische probleem;
2. Verschil in attributiestijl omdat niet-westerse ouders gedragsproblemen niet zien als behandelbaar.
3. Verschil ten aanzien van sociaalwenselijkheid omdat ouders niet geneigd zijn tot het bespreken van geestelijke problemen met buitenstaanders.
4. Door spanningen stelt de cliënt minder vragen aan de hulpverlener. Voor deze ouders weegt de verantwoordelijkheid zwaarder en zij hebben het moeilijker met de zorg voor een kind met gedragsproblemen en de negatieve psychische consequenties daarvan in vergelijking met Nederlandse ouders.
5. De Nederlandse geestelijke gezondheidszorg voelt niet afdoende de noden van niet-Nederlandse ouders aan.
6. Een discrepantie in gedrag op school en thuis kan ertoe bijdragen dat niet-Nederlandse kinderen verhoudingsgewijs thuis minder problemen laten zien dan op school.
7. Nederlandse onderwijzers kunnen bevooroordeeld zijn bij het signaleren van gedragsproblemen.

Enerzijds sluit het hulpaanbod vanuit cultureel perspectief niet goed aan bij de belevingswereld van de etnische jongeren en hun ouders en tegelijkertijd blijkt uit diverse onderzoeken dat ouders hoge verwachtingen hebben van de hulp. De beleving van de hulpverlener en van de ouders/cliënt kan hierdoor soms ver uit elkaar liggen, waardoor de hulpverlening voortijdig kan eindigen (Hosper et al. 2001).

Overige knelpunten

In het rapport *De andere stem* (2003) zijn etnische zorgvragers geraadpleegd over de kwaliteit en de toegankelijkheid van het zorgaanbod van de GGZ. Sleutelfiguren in zelforganisaties kregen de mogelijkheid het zorgaanbod te evalueren. De stem van migrantenzorgvragers ontbreekt bij het debat over de interculturalisatie bij de GGZ, zo luidt de conclusie uit dit rapport. De respondenten uit het onderzoek wijten het niet lukken van de implementatie van interculturalisatiebeleid bij de GGZ aan het gebrek aan spankracht onder het GGZ-personeel. Dit zou de eigen normen en waarden niet of nauwelijks ter discussie stellen waardoor er te weinig ruimte is om het systeem aan te passen aan de wensen en behoeften van etnische zorgvragers.

Verder wordt in Nederland tot nu toe weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de jeugdzorg (Boendermaker et al. 2003), zo blijkt uit het Brancherapport GGZ-MZ 2000-2003. Ook interventies bij milde gedragsproblemen krijgen weinig onderzoeksaandacht. Al met al wordt in Nederland, zeker in vergelijking met het buitenland (bijvoorbeeld VS), weinig kwalitatief effectonderzoek gedaan.

Ten slotte signaleert in 2007 de Adviesraad Diversiteit en Integratie in *Jong en kwetsbaar in Amsterdam* dat zowel het onderwijs als de hulpverlening elkaar de zwarte piet toespelen als het aankomt op falende zorgnetwerken. De raad constateert tevens dat de situatie voor alle betrokkenen zeer urgent is.

2.5.5 Toegang tot en kwaliteit van de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte (etnische) jongeren met psychosociale problematiek

Inleiding

Ook voor dit onderdeel van deze literatuurstudie – toegang en kwaliteit van de zorg – geldt dat er weinig studies zijn naar migranten met een verstandelijke handicap.

Eigenlijk wordt in Nederland überhaupt pas sinds enkele jaren meer aandacht besteed aan de hulpverlening van lvg jongeren die gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen laten zien (Didden 2006).

Misschien wordt pas later duidelijk hoe groot de problematiek is doordat de zorgvraag van een lvg jongere in het algemeen complex en meervoudig is. De zorg voor deze jongeren is namelijk over diverse sectoren verspreid en ligt op het snijvlak van: de jeugdzorg, gehandicaptenzorg, de kinder- en jeugdpsychiatrie en het justitiële circuit. Wettelijk valt de zorg voor de lvg jongere met gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen onder de Algemene Wet Bijzondere Zieketekosten (AWBZ) en de zorg voor jeugdigen met opgroei- en opvoedproblemen onder de Wet op de jeugdzorg (Wjz) en tot slot de Zorgverzekeringswet (waarin de GGZ sinds januari 2008 is opgenomen).

Dat een dergelijke combinatie voor de zorg van deze doelgroep vermoedelijk problemen oplevert voor wat betreft de afstemming is niet verwonderlijk. Een gevolg van onvoldoende afstemming door de diverse sectoren is dat de zorg voor de jongeren uit deze doelgroep hen te laat bereikt. Problemen kunnen dan al geëscaleerd zijn en/of deze jongeren vallen

tussen wal en schip (Cbz 2004).
Tegelijkertijd is, volgens het signaleringsrapport *Licht verstandelijk gehandicapte jongeren met probleemgedrag* van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2004), de zorgvraag voor deze groep de laatste jaren aanzienlijk toegenomen, zowel de ambulante zorg als de intermitterende kortdurende residentiële zorg. Dit komt enerzijds door een daadwerkelijke toename van de zorgvraag en anderzijds door het verdwijnen van langdurige residentiële zorg.

De Algemene Rekenkamer schrijft in 2007 dat van de 4 miljoen jeugdigen in 2006 ongeveer 9 procent (350.000) zwakbegaafd is of een licht verstandelijke handicap heeft en beperkt sociaal redzaam is. Van deze groep van 350.000 krijgen in 2006 6.000 lvg jongeren zorg (0 tot 20 jaar, 2003), terwijl 1.500 van hen wachten (5 tot 18 jaar).

In de onderzoeksliteratuur worden zowel knelpunten ten aanzien van de toegang tot de zorg genoemd als knelpunten over de kwaliteit van de zorg. Dit zijn onderzoeken onder de algemene populatie verstandelijk beperkte jongeren en psychosociale problematiek, maar er zijn ook enkele onderzoeken naar migranten met een verstandelijke beperking en psychosociale problematiek.
In de hieronder staande paragrafen komen achtereenvolgens de algemene knelpunten aan bod, daarna knelpunten die te maken hebben met de etnische doelgroep.

Algemene knelpunten
Zowel het signaleringsrapport *Licht verstandelijk gehandicapte jongeren met probleemgedrag* (Cbz 2004) als het rapport *Kopzorgen*, een onderzoek naar jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atr)ische problemen van de Algemene Rekenkamer (2007) constateren dat veel jeugdigen die speciale zorg nodig hebben deze niet (op tijd) krijgen.
Drie belangrijke oorzaken liggen aan de basis van deze conclusie:
1. Er is een onvolledig beeld van de vraag;
2. Er is geen structurele afstemming tussen zorgsectoren;
3. Er is gebrek aan doorstroming en aan vervolgzorg.

Ad. 1. Onvolledig beeld van de vraag.
Door gebrekkige informatievoorzieningen over kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen in de zorgvraag en de geboden zorg aan lvg jongeren sluiten vraag en aanbod op regionaal en landelijk niveau niet goed op elkaar aan. Bij de zorginkopers en vaak ook bij de zorgaanbieders ontbreekt het aan gegevens over cliëntenstromen, waardoor mede lange wachttijden en wachtlijsten ontstaan. Op individueel niveau wordt het aanbod (uiteindelijk) vaak wel afgestemd op de vraag.
In de sectoren jeugdhulpverlening en AWBZ is weinig bekend over epidemiologische, demografische en maatschappelijke ontwikkelingen die de vraag kunnen beïnvloeden. Onbekend is bijvoorbeeld hoeveel etnische lvg jongeren er zijn met een hulpvraag. Daarnaast komt er weinig wetenschappelijk onderzoek van de grond over de effectiviteit van de aangeboden zorg. Al met al is de hulpverlening aan lvg kinderen met gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen in veel gevallen nog onder de maat (Didden 2006).
Er is in Nederland bovendien een tekort aan kinderpsychiaters, wat mede oorzaak is van onderbehandeling van lvg jongeren vanuit de GGZ (jeugd-GGZ 2007).
Door het ontbreken van passende zorg komt, volgens het Cbz, een toenemend aantal niet-criminele lvg jongeren via een crisisplaatsing uiteindelijk terecht in een justitiële jeugdinrichting.

Ad. 2. Geen structurele afstemming tussen zorgsectoren.
De wettelijke kaders van aanbod van zorg, AWBZ, Wjz en Zorgverzekeringswet, verschillen op diverse punten zoals indicatie, aanvaardbare wachttijd, zorgbemiddeling, financiering en verantwoording. Ieder kader heeft zijn eigen sturingssysteem. De samenwerking tussen deze sectoren blijkt in de praktijk ingewikkeld. Intersectorale aanpak, waarbij elementen van orthopedagogische hulp, geestelijke gezondheidszorg en opgroei- en opvoedhulp worden geïntegreerd, komt dan ook niet structureel van de grond. Juist lvg jongeren zouden gebaat zijn bij een dergelijke multidisciplinaire aanpak.
De regie over de jeugdzorg is bovendien niet duidelijk toegewezen aan één partij.

Ad. 3. Gebrek aan doorstroming en aan vervolgzorg.
Naast de aanzienlijke toename van de vraag naar zorg ontbreekt op veel plaatsen goede vervolgzorg die aansluit op de ontwikkeling van de lvg jongere. Jeugdigen ontwikkelen zich voortdurend en doorstroming naar een nieuw adequaat zorgaanbod is van groot belang.

Dat is niet alleen in de jeugdzorg het geval, maar ook in de overgang van jeugdzorg naar volwassenenzorg. Bij beide is de doorstroming onvoldoende. Hierdoor ontstaan capaciteitsknelpunten voor andere jeugdigen, waardoor de wachttijden weer toenemen en de problematiek kan verergeren. De wachttijden variëren van ruim een maand tot een half jaar (NIZW 2004).
Als bij een jeugdige de aansluiting tussen jeugdzorg en volwassenenzorg niet goed gaat, bestaat de kans dat deze jongvolwassene een zorgmijder wordt en gaat zwerven (NIZW 2004).

Knelpunten en etniciteit: twee dimensies

Het kopje van deze paragraaf wordt helder samenvattend verwoord in het volgende citaat: 'In de zorg voor migranten met een handicap sluiten vraag en aanbod vaak nog niet op elkaar aan. Dit komt niet voort uit onwil of lamlendigheid maar dit is het gevolg van de bijna ingeslepen barrières van waarden en opvattingen die spelen bij zowel dienstverleners als cliënten' (Dillen 2002).

Raghoebier en Coolen (2002) onderscheiden in het onderzoek *Toegang tot zorgvoorzieningen voor migranten met een verstandelijke beperking* twee dimensies ten aanzien van de toegang tot zorg.
1. De mate waarin mensen met behoefte aan ondersteuning de weg kunnen vinden naar de juiste voorziening: hulpzoekend gedrag en deelname aan voorzieningen. 2. De mate waarin de instellingen hun aanbod en dienstverlening afstemmen op de vraag en behoefte – inclusief leefstijlkenmerken – van migrantengroepen: communicatie en afstemming op de etnische (sub)cultuur en intercultureel management.
De aandacht in het onderzoek van Raghoebier en Coolen ging uit naar gezinnen met Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse achtergrond en met een lagere sociale positie.

Hulpzoekend gedrag

In vorige paragrafen werden religie en schaamte genoemd, andere copingmethoden bij verschillende soorten problemen (bijvoorbeeld somatisering) en een grote familieverbonden zorgzaamheid, die bij ouders van invloed zijn op hulpzoekend gedrag voor hun gehandicapt kind. Voor veel ouders uit etnische groepen met een (verstandelijk) gehandicapt kind blijkt het moeilijk om een balans te vinden tussen formele voorzieningen en informele hulp.
In Turkse en Marokkaanse gezinnen is de ondersteuning van het verstandelijk gehandicapte kind vooral bij de verzorging.

Aandacht voor activering van het kind is gering. Dit contrasteert met het ideaal van de huidige Nederlandse gehandicaptenzorg die zelfontplooiing tot doel heeft (Dillen 2002). Over uit huis gaan van jongvolwassenen – zonder dat sprake is van trouwen – bestaat terughoudendheid bij vele etnische groepen. Uithuisplaatsing van hun (verstandelijk) gehandicapte kind is voor migrantenouders alleen aanvaardbaar als intensieve begeleiding of verzorging nodig is.
Een andere manier van overdracht van de zorg in traditionele milieus is het uithuwelijken van het licht verstandelijk gehandicapte kind aan een betrouwbare partner (Raghoebier en Coolen 2002).

Zowel Didden (2006) als Douma et al. (2006) zien nog andere verklaringen voor geringer hulpzoekend gedrag bij ouders van verstandelijk gehandicapte kinderen. Deze onderzoeken zijn weliswaar niet naar etniciteit maar kunnen wel enig inzicht geven in gedragssystemen omdat in het onderzoek van Douma et al. (2006), naar hulpbehoefte en hulpzoekgedrag bij verstandelijk beperkte jongeren in Zuid-Holland, 12 procent (n = 749 ouders) minimaal een ouder van niet-Nederlandse afkomst had.

Enkele hoofdconclusies uit het onderzoek van Douma et al. (2006) zijn:

1. Als ouders subjectief ervaren dat er problemen met emoties en gedrag bij hun kind zijn (globale vraag) dan bleek dit in 64 procent ook terug te vinden in een deviante CBCL-score of een DSM-IV stoornis.
2. Gedragsproblemen worden ook bij de categorie lvg jongeren eerder herkend dan emotionele problemen. Van de ouders die gedragsproblemen herkenden, zou 67 procent hulp op prijs hebben gesteld. Van deze groep zocht 59 procent daadwerkelijke professionele hulp voor hun kind.
3. De hulpbehoefte voor ouders met kinderen die problemen met emoties en/of gedrag hadden was: luisterend oor, informatie, opvang, praktische of materiële hulp, jeugd-GGZ en ouderbegeleiding.
4. Hulp werd vooral gezocht door ouders van jeugdigen met verstandelijke beperking en depressieve klachten, met een negatieve levenservaring in de afgelopen twee jaar of wanneer het kind al bekend was met psychopathologie meer dan een jaar geleden.

5. De hoofdreden voor ouders om geen hulp te zoeken ondanks hulpbehoefte was dat ouders bijvoorbeeld er vanuit gingen dat de problemen van hun kind niet zo ernstig waren, van tijdelijke aard waren of omdat zij niet wisten dat er geschikte hulp voor hun kind bestond.

Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de professional de waargenomen symptomen toeschrijft aan de ontwikkelingsleeftijd van het kind en/of dat de zorgverlener een gebrek aan kennis heeft over psychiatrische stoornissen bij een verstandelijk gehandicapte.

Deelname aan voorzieningen

Uit de Zuid-Holland studie van Douma et al. (2006) bleek dat bijna 27 procent van de jeugdigen met een verstandelijke beperking die aan de symptoomcriteria van de DSM-IV angst, stemmings- of gedragsstoornis (inclusief ADHD) voldeed, daarvoor in het afgelopen jaar professionele hulp kreeg. Voor de groep die zei ook in het dagelijks functioneren significant beperkt te worden kreeg bijna 41 procent het afgelopen jaar hulp.

Volgens het onderzoek van Raghoebier en Coolen (2002) is er in het speciaal onderwijs en de kinderdagcentra geen ondervertegenwoordiging van migrantenkinderen of jongeren. Dillen (2002) is van mening dat migrantenouders doorgaans minder gebruik maken van kinderdagverblijven, dag- en nachtopvang van verzorgings- en verpleeghuizen, logeermogelijkheden in woonvormen en voorzieningen in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG). Een grotere onwetendheid over de mogelijkheden van de gehandicaptenzorg speelt ook hier een rol. Interessant in deze is nog dat zorgaanbieders geen structurele problemen zien bij de toegang tot hun voorzieningen voor migranten met een verstandelijke handicap.
Naast het feit dat volgens Raghoebier en Coolen gezinnen met een lvg kind in het algemeen wel goed de weg weten te vinden naar de Sociaal Pedagogische Dienst (SPD, nu MEE), signaleren zij een *first-things-first* mechanisme bij migrantenouders bij meervoudige problematiek. Zij lossen bijvoorbeeld eerst huisvestingsproblemen op en daarna is er de aandacht voor het (verstandelijk) gehandicapte kind.

Betrokkenheid en communicatie

Enerzijds tonen empirische gegevens aan dat etnische ouders zich onbegrepen en/of buitengesloten voelen bij ouderbijeenkomsten en wit zorgpersoneel, anderzijds wordt de houding van migrantenouders met betrekking tot de zorg wel beschreven als een lage betrokkenheid en een alles-of-nietshouding. Migrantenouders zijn bijvoorbeeld (veelal) afwezig tijdens ouderavonden en speciale spreekuren of komen afspraken niet na. En als ouders wel gebruik maken van semimurale en intramurale zorg, dan dragen zij hun zorgtaken helemaal over. Tevredenheid over de geleverde zorg zou hierbij een rol kunnen spelen.
Alles bij elkaar blijkt er in het speciaal onderwijs en in de zorgverlening zowel een informatieachterstand als een slechte aansluiting bij de belevingswereld van migrantenouders te bestaan.

Samenspel tussen cliënt en beroepshulpverlener

Verschil in beleving van waarden die een rol spelen tijdens de zorg beïnvloeden het samenspel tussen cliënt en professionals.
Ouders hebben volgens orthopedagogen weinig inzicht in de emotionele, cognitieve of sociale ontwikkeling van hun gehandicapte kind. Hierdoor zien zij veelal niet de ontwikkelingsmogelijkheden die er voor hun kind nog wel zijn. Tegelijkertijd verwachten zij met enige regelmaat dat hun kind door de zorg weer beter wordt.
Professionals zeggen te weinig tijd en deskundigheid te hebben om een vertrouwensband op te bouwen. Zij moeten een juiste interpretatie maken van het gedrag en de mededelingen van de ouders en het contact.
Bij onvrede haken migrantenouders uit beleefdheid eerder af, in plaats van mondig en kritisch te communiceren.

Intercultureel management

De laatste jaren hebben instellingen en overheden in de grote steden culturele diversiteitsprojecten opgezet met als doel een actieve benadering van migrantengezinnen met een gehandicapt kind en het koppelen van de toegang tot de zorg met meer diversiteit van de zorg. Enkele voorbeelden in de praktijk van een actieve benadering zijn: een informatief huisbezoek, paraprofessionals uit eigen kring, handboek met informatie in de Nederlandse taal én de taal van herkomst, praktische steun van de Sociaal Pedagogische Dienst (SPD, nu MEE) enzovoort.
Bevorderen van ouderparticipatie, interculturele deskundigheid van professionals (zowel leerkrachten als zorgverleners) en oprichting van regionale platforms voor belangenbehartiging van migrantenouders met een gehandicapt kind zijn voorbeelden van projecten.

De gegevens uit sommige van de hierboven aangehaalde onderzoeken komen uit de jaren 2002 en 2004. Sinds die tijd wordt er in Nederland en zeker in Amsterdam hard gewerkt aan de verdere interculturalisatie van de zorg. Bovengenoemde informatie geeft daarom misschien een iets vertekend beeld van de huidige stand van zaken. Maar recentere onderzoeksgegevens over de toegang en kwaliteit van zorg zijn op dit moment niet voorhanden.

Amsterdam

De Stichting Gehandicapten Overleg Amsterdam (SGOA) en de SPD (nu MEE) Amstel en Zaan menen, op basis van onderzoek in 2000, dat migrantenouders met gehandicapte kinderen op problemen in de Amsterdamse samenleving stuiten. Gebrek aan informatie speelt hierbij de hoofdrol. Ook volgens de Raad voor de Volksgezondheid (Interculturalisatie van de gezondheidszorg 2000) blijkt dat de helft van migrantenouders van gehandicapte kinderen nog nooit contact heeft gehad met de hulpverlening en dat slechts een kwart op de hoogte is van speciale regelingen.
Daarom is in 2000 Migrantenplatform Gehandicapten Amsterdam (MPG) opgericht (nu onderdeel van Amsterdams Patiënten Consumenten Platform). Dit platform steunt allochtone gezinnen met een gehandicapt kind en probeert de 'witte' zorg voor deze ouders toegankelijker te maken. Volgens Aysel Disbudak, destijds directeur van het MPG 'is het in de islamitische cultuur een schande om de zorg voor je gehandicapte kind uit handen te geven' en zijn ouders bang door hun 'falen' de ouderlijke macht te verliezen.
Gehandicaptenorganisaties in Rotterdam onderschrijven dat sommige moslimouders bang zijn om de ouderlijke macht te verliezen. Dit ziet men dan ook wel als reden voor het thuishouden van hun gehandicapte kind. Volgens Disbudak (2005) 'is het belangrijk dat ouders assertiever worden, weten wat hun rechten zijn en zelf beslissen hoe zij voor hun kind willen zorgen. Ook acceptatie is belangrijk, pas als je accepteert dat je kind niet meer beter wordt, kun je verder. Het is echt de sleutel tot succesvolle hulpverlening.'

2.6 Analyse: theorie, empirie en beleid

2.6.1 Inleiding

Bij de kwaliteit van leven spelen fysieke en psychische gezondheid een belangrijke rol. Ernstige problemen op dit gebied hebben groot effect op veel levensdomeinen zoals gezin, school, werk, sociale contacten en vrije tijd. Uit *De sociale staat van Nederland* (2007) blijkt dat mensen in zeer sterk verstedelijkte gebieden sinds 2001 psychisch slechter zijn gaan functioneren ten opzichte van bewoners in minder verstedelijkte gebieden.
In Amsterdam blijken zowel allochtone kinderen (Stevens et al. 2003) als niet-westerse allochtone ouderen (Van der Wurff et al. 2004; Spijker et al. 2004) vaker depressief te zijn. Vrouwen hebben hier significant vaker last van dan mannen (Bengi-Arslan et al. 2002). Tevens blijkt in Amsterdam een lager opleidingsniveau samen te gaan met een slechtere fysieke gezondheid (Gezondheidsmonitor Amsterdam 2004).
Toch bleef tot voor enkele jaren terug het welzijnsperspectief voor allochtone jongeren buiten beeld. Zoals Vollebergh in haar oratie in 2002 zei, was het vooral de selectieve aandacht voor negatief gedrag rond de migrantenjongeren die de aandacht kreeg en in de belangstelling stond.

Een van de resultaten uit de bestudeerde onderzoeken is dat zowel geïnternaliseerd als geëxternaliseerd probleemgedrag en/of stoornissen niet direct gerelateerd zijn aan etniciteit, maar een gevolg zijn van een opeenstapeling van omstandigheden. Culturele verschillen kunnen hierbij wel indirect een rol spelen, maar zijn niet de oorzaak van het ontstaan van de problematiek.

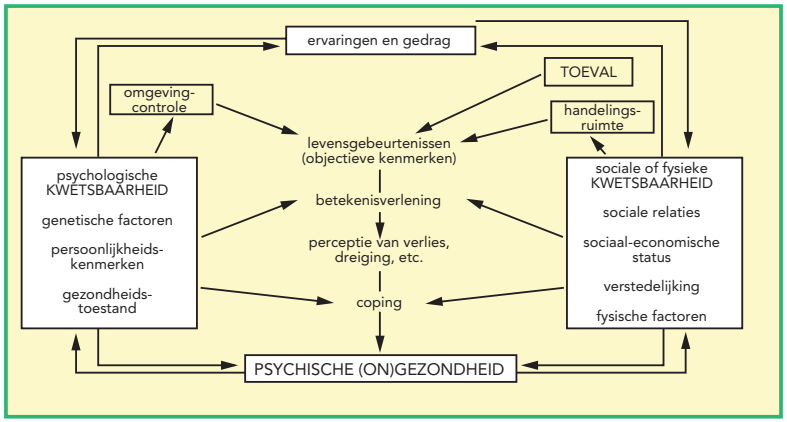
Als etnische groepen wel meer psychosociale problematiek hebben, maar culturele verschillen hier niet direct aan ten grondslag liggen, hoe moet dan de opeenstapeling van stressoren en de dynamiek hierbij geïnterpreteerd worden? En welke copingstrategie hanteren jongeren om de stressoren in hun bestaan te hanteren? Wat gebeurt er in de interactie tussen de jongeren, de ouders, hun omgeving – waartoe ook de toegang en kwaliteit van de zorg behoort?
Om meer inzicht te verkrijgen in de dynamiek van de genoemde mogelijke oorzaken dan wel risicofactoren van psychosociale problematiek worden in de hierna volgende paragrafen het zogeheten stresskwetsbaarheidsmodel en de hechtingstheorie gebruikt.

Deze twee theoretische concepten worden in dit hoofdstuk gekoppeld aan het empirische materiaal, namelijk de in de paragrafen 2.2, 2.3, 2.4 en 2.5 beschreven stressoren waar de meeste consensus over is.

2.6.2 Stresskwetsbaarheidsmodel

Bij onderzoek naar het voorkomen en verklaren van probleemgedrag en/of psychische stoornissen maakt men de laatste jaren steeds meer gebruik van het stresskwetsbaarheidsmodel. Ormel, Neeleman en Wiersma publiceerden dit theoretische model (figuur 5) in het tijdschrift voor psychiatrie in 2001.

Figuur 5: Het dynamische stresskwetsbaarheidmodel (bron: Ormel et al. 2001)



Heel summier gezegd geeft dit conceptueel model aan hoe persoon, omgeving en gebeurtenissen elkaar beïnvloeden en de mogelijke risico's hierbij op de geestelijke (on)gezondheid. De tijd speelt bij dit model ook een rol omdat verschillende factoren elkaar beïnvloeden in de loop van de tijd. Daarom noemt men dit model ook wel het dynamische stresskwetsbaarheidsmodel (Ormel et al. 2001).
Vollebergh omschrijft de kern van dit model als volgt: 'Kinderen die kwetsbaar zijn, zullen op stressoren reageren met de ontwikkeling van probleemgedrag terwijl niet kwetsbare of minder kwetsbare kinderen in staat zullen zijn om de stresserende omstandigheden beter het hoofd te bieden, zodat de ontwikkeling van probleemgedrag achterwege blijft' (Vollebergh 2002).

Opvallend hierbij is dat Vollebergh vermoedt dat het percentage kwetsbare kinderen onder etnische jongeren ongeveer even groot zal zijn als bij jongeren met een van oorsprong Nederlandse achtergrond. Een verklaring voor etnische verschillen in probleemgedrag zou dan volgens Vollebergh wellicht te vinden zijn in de omgevingsfactoren; preciezer gezegd in de dynamiek van risicofactoren, kwetsbaarheid en de interactie-effecten met etniciteit.

Naast persoonsgebonden factoren als psychobiologische kwetsbaarheid en de gebeurtenissen in iemands leven wordt in de huidige literatuur een breed scala aan risicofactoren genoemd. In de volgende paragraaf worden de significantste risicofactoren in twee schema's geplaatst: stressoren bij etnische jongeren en psychosociale problematiek én stressoren bij toegang en kwaliteit van de zorg.

Onder psychobiologische kwetsbaarheid verstaat men onder andere het temperament zoals impulsiviteit, rusteloosheid, emotionele labiliteit, negativistische houding en de intelligentie van het kind.

De twee begrippen handelingsruimte en omgevingscontrole uit het dynamisch stresskwetsbaarheidsmodel bepalen samen voor een groot deel de mate waarin iemand zijn omgeving kan uitkiezen en veranderen. Rijke mensen hebben bijvoorbeeld meer handelingsruimte en sociaalvaardige mensen meer omgevingsbeheersing.

Het begrip *coping* beschrijft men in het dagelijks leven wel als omgaan met moeilijke situaties en/of problemen. In feite is *coping* een psychisch proces van stressverwerking. Lavallo (1997, aangehaald in Janssen en Schuengel 2006) definieert stress als 'een situatie van bedreigd welzijn waaruit het individu geen uitweg weet en zich hopeloos en hulpeloos voelt'.
De menselijke neurofysiologie speelt hierbij in zoverre een rol dat de ontwikkeling van sociaal gedrag mogelijk is in situaties die als veilig worden ervaren. Het begrip veilig wordt beschreven bij de hechtingstheorie.

2.6.3 Empirie, de onderzoeksresultaten

Om de onderzoeksgegevens uit de paragrafen 2.2, 2.3 en 2.4 door middel van dit stresskwetsbaarheidsmodel verder te analyseren is een inventarisatie gemaakt van de door de onderzoekers genoemde oorzaken en/of risicofactoren. Daarbij is gekozen voor de oorzaken waar de meeste consensus over is en die een negatief effect kunnen hebben bij/voor het ontwikkelen van emotionele en psychische problemen en/of stoornissen bij niet-westerse etnische jongeren. De in de bestudeerde literatuur genoemde oorzaken en/of risicofactoren (hierna risicofactoren te noemen) die in voorgaande hoofdstukken geclusterd zijn in sociaaleconomische factoren, sociale factoren en culturele factoren, worden nu ondergebracht bij de gehanteerde begrippen van het stresskwetsbaarheidsmodel, zoals persoon, omgeving en gebeurtenissen.

In de hierna volgende overzichtsschema's is te zien welke opeenstapeling van omstandigheden voor Amsterdamse (niet-westerse etnische) jongeren onder de 24 jaar een rol kunnen spelen.
Voor alle helderheid worden enkele kerncijfers over niet-westerse etnische jongeren en verstandelijk gehandicapte jongeren in Amsterdam nogmaals op een rij gezet.

- 107.100 jongeren (51 procent) van de 210.000 jongeren onder de 24 jaar in 2007 in Amsterdam hebben een niet-westerse etnische achtergrond;
- 65.000 (31 procent) van alle Amsterdamse jongeren leeft in een eenoudergezin (landelijk is dit percentage 22 procent);
- 33.600 etnische jongeren onder de 18 jaar leven in Amsterdam in een minimumhuishouden (dit is 84 procent van het totale aantal jongeren dat in een minimumhuishouden leeft);
- 16.100 niet-westers etnische jongeren in Amsterdam hebben een IQ tussen 50 en 85. Van hen is 14.600 (13.6 procent) zwak begaafd en 1.500 (1.4 procent) licht verstandelijk gehandicapt (de cijfers zijn een schatting op basis van een door het NIZW gehanteerde normaalverdeling);
- 50 procent van de groep met een IQ tussen 50 en 85 zou een psychische stoornis hebben.

De in het onderstaande schema's weergegeven stressoren hebben betrekking op etnische jongeren; extra stressoren voor lvg jongeren zijn cursief en in rood weergegeven. Sommige risicofactoren kunnen ook bij niet-migrantenjongeren een rol spelen.

Schema 1: Overzicht stressoren/risicofactoren

Etnische jongeren psychosociale problematiek en/of verstandelijke beperking

Persoon:

• Ouderlijke stress:
  - Migratie
  - Aanpassing nieuwe waarden
  - Aanpassing nieuwe taal
  - Ouders voelen zich verantwoordelijk voor migratie
  - Financiën; gezinnen onder armoedegrens
  - Werkloosheid
  - Laag opleidingsniveau
  - Grote gezinnen/kleine huisvesting
  - Ontbreken vertrouwde structuren (familie als vangnet)

• Cultuur
  - Taalachterstand; ouders en kinderen 0.5- 2 jr
  - Sociale controle; druk tot conformeren eigen cultuur (onder andere door roddel)
  - Punitieve opvoedingsstijl (straffen versus affectie)
  - Gebrek aan monitoren dagelijkse gang van zaken
  - Ouders overschatten competenties van kinderen
  - Ouders hebben hoge verwachtingen van kinderen
  - Minder ondersteuning door ouders tav leren/school
  - Prestatie is hoog opvoedingsdoel, vooral in de Turkse cultuur
  - Minder goed contact met ouders / minder goed kunnen praten met de ouders
  - Migranten veelal collectieve samenleving versus individuele samenleving in gastland
  - Masculiene versus feminiene samenleving
  - Meisjes worden extra beschermd
  - Meisjes hebben meer zorgtaken bij familieproblematiek
  - Meisjes met ambivalente acculturatie
  - *Consanguïniteit*

- *Kenmerkende factoren van verstandelijk gehandicapte:*
  - *Gering abstractievermogen*
  - *Zwart-wit denken*
  - *Moeite met sociale-informatieverwerking*
  - *Gemakkelijk beïnvloedbaar*
  - *Moeite met integreren verschillende milieus zoals gezin, school en werk*
  - *Lage frustratietolerantie*
  - *Geringe impulscontrole*
  - *Neiging tot grensoverschrijdend gedrag*
  - *Matige gewetensontwikkeling*
- *Opvoed/opgroeiproblemen*

Omgeving:

- Sociaal Economische Status (SES)
- Leven in minimumhuishouden
- Verstedelijking: Amsterdam significant meer psychische stoornissen dan rest van Nederland
- Achterstandswijken
- Weinig contact Nederlandse gezinnen
- Gebrek aan monitoren
- Geïsoleerde gezinnen
- Discriminatie
- Samenleving met sterke nadruk op individueel succes
- Geringe mogelijkheden invulling vrije tijd door bezuiniging buurt- en welzijnswerk
- School
  - Leerproblemen
  - Lagere opleidingsniveaus hebben harder leefklimaat
  - Meer pesten
  - Zittenblijven
  - Overschatten van taalcompetenties door leerkrachten (en ouders)
  - Sociale problemen op school
  - Jongeren gebrek aan vertrouwen in leerkracht om hulpvraag te stellen

- *Taboe handicap onder andere door religie*
- *Hoge eisen in de huidige samenleving, tegelijkertijd daling van sociale verbanden*
- *Inadequate reacties vanuit de omgeving op interacties*

Gebeurtenissen:

- Acculturatie (vooral ambivalente acculturatie geeft stress)
- Radicale overstap van thuiscultuur (inclusief taal) naar basisschool
- Probleemgedrag aan het eind van de basisschool al aanwezig
- Echtscheiding/stiefvader/stiefmoeder
- Eenoudergezin
- Conflicten met ouders (spanning leefwereld binnen- en buitenshuis)
- Pesten door onder andere onhandige sociale relaties
- Ouders: werkloos, (langdurig) ziek, geen grote betrokkenheid bij schoolleven kinderen
- Afwijzing door gastland
- Discriminatie
- *Afwijzing door leeftijdgenoten en inadequate reacties vanuit omgeving*

Tijdsdynamiek:

- Emotionele problemen in de jeugd is belangrijke oorzaak bij het ontstaan van etnische verschillen in sociaaleconomische positie van jonge volwassenen
- Emotionele problemen in de jeugd verklaren een derde van de achterstand schoolloopbaan/beroepsloopbaan
- Ontkennen en/of onderschatting van de problemen
- Taboe bij psychische problemen; vooral bij laag opleidingsniveau
- Toegankelijkheid van de zorg/zorggebruik ▶ wachtlijsten ▶ laat stadium hulpverlening (zie schema stressoren toegang tot en kwaliteit van de zorg)
- Niet of laat onderkennen van problemen/gebrek aan zorg/mismatch (zie schema stressoren toegang tot en kwaliteit van de zorg)
- Moeite met het stellen van de juiste hulpvraag

- Pessimisme over het nut van de hulpverlening

Coping:

- Taal en communicatieproblematiek
- Onvoldoende aansluiting sociale vaardigheden in het gastland

Een aantal risicofactoren, zoals eenoudergezin, ruzies met ouders, minimumhuishouden enzovoort is voor iedere jongere stressverhogend, maar in het bovenstaande schema is te zien dat de niet-westerse etnische jongere blootstaat aan een mogelijke opeenstapeling van stressoren.
De significantste stressoren die naar voren komen zijn SES, verstedelijking en ouderlijke stress door migratie.
Een enkele stressfactor kunnen de meeste jongeren nog wel het hoofd bieden in hun bestaan, maar bij meer stressoren wordt dat moeilijker.
Het is mogelijk dat jongeren die aanvankelijk minder kwetsbaar zijn voor psychische ongezondheid, door een opeenstapeling van stressoren alsnog psychopathologie ontwikkelen.

Als jongeren vervolgens hulp willen zoeken voor hun problematiek blijkt dat er weer een andere cumulatie van stressoren op hun pad komt, die te maken heeft met de toegang en kwaliteit van de zorg.

Schema 2: Overzicht stressoren/risicofactoren

Toegang en kwaliteit van zorg

Persoon:

- Opleidingsniveau is significant voor zoeken naar hulp; laagopgeleiden hebben negatieve houding tav GGZ
- Acculturatiekarakteristiek is bepalend voor gebruik van hulp: sociodemografische kenmerken, leeftijd, opleiding, verblijfsduur nieuw land
- Ontkenning en/of onderschatting van de problemen
- Pessimisme over het nut van de hulpverlening
- Complexe problematiek, veelal ook somatische en materiële problemen
- Cultuur:
    - Communicatieprobleem
    - Herkennen van klachten
    - Laat inroepen van hulp (door onder andere collectivistisch leefpatroon ► schaamte ►moeite met afwijken van de norm)
    - Wantrouwen tav GGZ en anderzijds cultuurverschil bij beleving psychische problemen ► somatische wijze
    - Problemen liggen 'buiten de psyche' nl. bij biografische en/of maatschappelijke factoren
    - Gebrek aan psychische en/of psychiatrische kennis
    - Gebrek aan protoprofessionalisering
    - Cliënt heeft hoge verwachtingen van de Nederlandse zorg
    - Verschil van perceptie bij ouders van psychische problemen; tevens zien ouders psychische problemen niet als iets dat behandeld kan worden
    - Ouders moeite met verantwoordelijkheid en omgang met psychische problematiek
    - *First-things-first principe bij ouders met lvg kind (bv. eerst huisvesting)*
    - *Aandacht gericht op verzorging en niet op activering*
    - *Angst ouderlijke macht te verliezen indien hulp wordt gezocht*
    - *Religie/schaamte/taboe*

Omgeving:

- Nederlandse gezondheidszorg is complex systeem, veel onbekendheid over zorgaanbod en de wijze van hulpverlening
- Nederlandse aanmeldingsprocedure is bureaucratisch, zorg moeilijker toegankelijk geworden
- Complexiteit van de zorg geeft informatieachterstand
- Wantrouwen tegenover GGZ, cliënten gaan eerder naar huisarts
- Nederlandse zorg meer vraaggestuurd (is informatie voor nodig)
- Nederlandse zorg meer gericht op eigen verantwoordelijkheid
- Positie van vrouwen in psychiatrie extra gevoelig voor familie
- Onvoldoende GGZ-capaciteit beschikbaar voor kinder- en jeugpsychiatrie
- Wachtlijsten
- Stellen van de juiste diagnose door communicatieproblemen en herkennen van de klachten door cultuurverschillen
- Geringe opvang door familie/vrienden bij psychische problemen; indien gezin wel professionele steun ('buitenstaander') zoekt wordt lang niet altijd gewaardeerd door familie/vrienden
- School en geloof spelen grotere rol bij het oplossen van problemen
- Hulpverlener is niet genoeg bekend met wensen, noden en verwachtingen van etnische groep
- Overeenkomst etnische achtergrond cliënt en hulpverlener is voor sommige groepen belangrijk
- *De lvg jongere valt onder diverse sectoren: jeugdzorg, gehandicaptenzorg, kinder- en jeugdpsychiatrie, justitiële circuit en informele zorg ► onvoldoende afstemming*
- *Weinig bekend epidemiologie, demografische en maatschappelijke ontwikkelingen*
- *Weinig wetenschappelijk onderzoek over effectiviteit van de zorg*
- *Spanning formele voorzieningen en informele hulp*
- *Spanning Nederland gericht op zelfontplooiing en etnische groep gericht op verzorging*
- *Gebrek aan kennis bij hulpverlening van stoornissen bij lvg jongeren.*

Gebeurtenissen:

- Relatief veel gedwongen opnamen in de GGZ (19-65 jaar) via crisisdienst (politie) met GGZ in contact
- Veelal slechts eenmalig contact ambulante GGZ
- Hoge drop-out uit GGZ
- Etnische jongeren verhoudingsgewijs veel in jeugdbescherming en justitiële rijksinrichting, maar niet in vrijwillige hulpverlening
- *Wachtlijsten voor hulp*
    - *Onvolledig beeld van de zorgvraag*
    - *Geen structurele afstemming tussen zorgsectoren*
    - *Gebrek aan doorstroming en aan vervolgzorg*
    - *Gebrekkige informatie voorzieningen over kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkeling in de zorgvraag en geboden zorg aan lvg jongeren ► lange wachttijden en lange wachtlijsten*
- *Te weinig kinderpsychiaters*
- *Uithuwelijken van lvg kind aan betrouwbare partner (als zorgopvang)*

Tijdsdynamiek:

- Cliënten onvoldoende bereikt ► verheviging van de problematiek
- Verhoudingsgewijs veel etnische jongeren in jeugdbescherming/justitiële rijksinrichting, maar niet vrijwillige hulpverlening
- Laat stadium hulp zoeken door het gescheiden leven van Nederlandse bevolking, vooral Turkse groepen collectivistisch
- Onvoldoende afstemming tussen diverse sectoren ►escalatie problematiek
- Door ontbreken van passende zorg komt toenemend aantal in crimineel circuit
- Of door te lange wachttijden ►zorgmijden ►zwerven

Coping:

- Taal- en communicatieproblematiek
- Wantrouwen
- Religie/schaamte/taboe
- Somatisering
- Hoog niveau van familiegebonden zorgzaamheid

Tijdsdynamiek
Verglijden van tijd speelt zowel een rol bij het (niet of onvoldoende) onderkennen van de psychosociale problemen als bij hulpzoekgedrag en bij kwaliteit van de zorg. In de loop van de tijd kunnen problemen verhevigen en/of escaleren. Uit de gelezen literatuur blijkt dat een van de belangrijke interactie-effecten met de tijd is dat emotionele problemen in de jeugd een belangrijke intermediair zijn bij het ontstaan van etnische verschillen in de maatschappelijke positie van jongvolwassenen. Deze emotionele problemen verklaren voor een derde de achterstand in school- en beroepsloopbaan. Met andere woorden: hoe sneller er wordt ingegrepen des te beter hij zijn levensloop kan bepalen.

Handelingsruimte, omgevingscontrole en coping
In welke mate hebben etnische jongeren de mogelijkheid om het scala van stressoren dat zij in hun bestaan tegenkomen een plaats te geven?
Het dynamische stresskwetsbaarheidsmodel laat zien dat in dit verwerkingsproces zowel handelingsruimte als omgevingscontrole een rol spelen bij het verwerken van de ervaren problematiek. Deze bepalen voor een groot deel in welke mate de jongere zijn/haar omgeving kan uitkiezen en veranderen.
Significante risicofactoren zoals een lage SES van de ouders, wonen in de grote stad, een achtergrond als migrantenfamilie zijn gegevens die niet zijn te beïnvloeden, laat staan te veranderen.
De etnische jongere die een cumulatie aan stressoren ervaart, komt door gebrek aan handelingsruimte in een soort van tangconstructie. Omgevingscontrole zoals bijvoorbeeld sociale vaardigheden zou een hulpmiddel kunnen zijn bij de verwerkingsstrategie. Maar uit de onderzoeksliteratuur blijkt dat ook een gebrek aan sociale vaardigheden de niet-westerse etnische jongere veelal parten speelt.

In Nederland ligt de primaire verantwoordelijkheid voor de opvoeding bij het gezin, de school en het verenigingsleven. De overheid springt pas bij als socialisatiekaders tekortschieten. Daar komt nog bij dat hiërarchie in de zorgen bij migrantenouders een rol speelt bij het aanpakken van problemen. Bij een lvg jongere komt, vergeleken met residentiële zorg, de druk van de zorg veel meer bij het eigen gezin te liggen.

Ontwikkeling van sociaal gedrag is mogelijk in een omgeving die als veilig wordt ervaren. In de rol van genen (biologische kwetsbaarheid), omgevingsfactoren en het ontstaan van psychopathologie zijn interveniërende factoren die de kwetsbaarheid voor psychische stoornissen vergroten.

Een van die interveniërende factoren is hechting. Hechting met de opvoeder speelt een belangrijke rol bij een gezonde psychologische ontwikkeling van het kind. Een veilige hechting is van belang om met stressoren om te kunnen gaan (coping).

2.6.4 Van veilige hechting tot hechtingsstoornis

Een veilige affectieve band tussen de ouder(s) of andere opvoeder(s) en het kind biedt het kind bescherming in zijn/haar ontwikkeling. Het blijkt dat kinderen die goed gehecht zijn aan hun opvoeders zich het beste ontwikkelen.
De Engelse kinderpsychiater Bowlby ontwikkelde de zogenaamde hechtingstheorie in de tweede helft van de vorige eeuw (Bowlby 1969, 1988).
Wat betekent hechting en hoe ontstaat een veilige hechting?

De behoefte tot hechting is aangeboren, maar de kwaliteit van hechting kan variëren van een optimale veilige hechting tot hechtingsstoornis. Afhankelijk van de kwaliteit van de relatie tussen kind en ouders/opvoeders zal het kind zich veilig of onveilig hechten.
Een veilige hechting wordt bevorderd door een sensitieve houding van de opvoeder voor de signalen van het kind, voorts door het tonen van respect voor de autonomie en het ondersteunen en structureren bij het leren van het kind.
Volgens Ainsworth et al. (1978) zijn veilig gehechte kinderen in staat in stressvolle situaties op hun opvoeders terug te vallen. Deze kinderen gebruiken hun opvoeders als een buffer voor stress en leren zo hun emoties adequaat te reguleren. Onveilig gehechte kinderen kunnen dat niet. Zij zijn extra kwetsbaar omdat zij geleerd hebben om stress op een indirecte, niet-adequate manier te reguleren. Deze niet-positieve strategie kan zich uiten in een verhoogde stressactiviteit (bijvoorbeeld verhoogde concentraties van het stresshormoon cortisol) en in psychopathologie en gedragsproblemen (Ainsworth et al. (1978), aangehaald in Janssen en Schuengel 2006).

Problemen van het kind, problemen in het gezin of emotionele problemen van de ouders kunnen ten grondslag liggen aan een niet-veilige hechting. Ook omstandigheden buiten het kind en/of gezin kunnen de hechting verstoren.

Volgens De Wolff en Van IJzendoorn (1997) blijken ouders van niet-veilig gehechte kinderen over het algemeen minder sensitief en responsief te zijn (aangehaald in Janssen en Schuengel 2006), terwijl veilig gehechte kinderen zich op latere leeftijd gunstiger ontwikkelen. De kinderen met een goede hechting blijken beter om te kunnen gaan met tegenslagen, zij hebben meer zelfvertrouwen, zijn sociaal vaardiger, staan meer open voor gevoelens van anderen en zijn minder angstig.
Niet-veilige hechting leidt in het latere leven van kinderen vaak tot bijvoorbeeld leerproblemen, een laag gevoel van eigenwaarde en moeite met aangaan van relaties doordat het vertrouwen in de omgeving minder is dan bij veilig gehechte kinderen. Volgens wetenschappers is er een grote mate van continuïteit in hechting van kindertijd tot volwassen leven doordat het kind een mentale blauwdruk van hechting ontwikkelt.
Hoewel uit de empirie blijkt dat een groep niet-westerse etnische ouders niet als buffer voor stress voor hun jongeren kan dienen, is er toch ook een positief aspect. Uit onderzoek door Fisher et al. (2000), (aangehaald in Janssen en Schuengel 2006), blijkt namelijk het hechtingsysteem ook in positieve zin te kunnen veranderen. Dit laatste is belangrijk met het oog op de aanbevelingen.

Hechting bij licht verstandelijk beperkte jongeren
Voor de groep licht verstandelijk beperkte jongeren zou volgens Janssen en Schuengel (2006) sprake zijn van een verhoogd risico op hechtingsproblemen. Uit een review van Hodapp (1995) (aangehaald in Janssen en Schuengel 2006) blijkt dat de opvoeding van een lvg kind stressvol is. De bemoeilijkte opvoeding kan daarvan de oorzaak zijn, maar ook de verwerkings- of acceptatieproblemen bij de ouders. Ook oorzaak van onveilige hechting kan zijn dat kinderen met een verstandelijke beperking ander, vaak moeilijk 'afleesbaar' gedrag laten zien. Daar komt bij dat veel van deze ouders zelf vaak een geestelijke beperking hebben.
Voor lvg jongeren lijkt het er volgens Janssen en Schuengel (2006) op dat onveilige hechting voor een groot deel kan verklaren waarom bij hen zo vaak gedragsproblemen en psychopathologie voorkomen. Door de onveilige hechting zouden zij moeilijk hun emoties kunnen reguleren, omdat zij een buffer missen tegen stress. De onderzoekers zeggen erbij dat het hier om een enigszins speculatief model gaat dat nog toetsing behoeft.
Ook Janssen et al. (2002) pleiten voor meer onderzoek naar de ontwikkeling van risico's en onveilige hechting. Maar tegelijkertijd laten zij in een review zien dat er een door veel empirisch onderzoek ondersteunde relatie is tussen hechting en stress.

2.6.5 Samenvatting

Op basis van deze koppeling tussen theorie en empirie kan geconcludeerd worden dat voor een grote groep niet-westerse etnische jongeren in Amsterdam de hoeveelheid stressoren zo groot is dat zij in de knel komen bij het verwerken van de problematiek. Het aantal risicofactoren voor de jongere en hun ouders verhoogt de kans op een niet-veilige hechting tussen ouder en kind. Een gevolg hiervan is dat een protectieve factor als het aanleren van sociale vaardigheden in gevaar komt. Hierdoor ontstaat een vicieuze cirkel waarbij de jongeren hun copingstrategie niet adequaat inzetten.
Er ontstaat een dynamiek van risicofactoren, kwetsbaarheid en interactie-effecten met etniciteit waardoor gedragsproblemen en psychopathologie geïnterpreteerd kunnen worden als manieren om met de ervaren hopeloosheid en stressgevoelens om te gaan.
Voor de groep verstandelijk beperkten geldt dat het begrip licht verstandelijk gehandicapt mogelijk een eufemistische connotatie heeft; het dagelijks bestaan levert deze jongeren al een intrinsiek hoge probleemscore op.
Ten slotte is op basis van het gegeven dat het hechtingsysteem ook in positieve richting valt te sturen aandacht voor preventie en zorg van bijzonder belang.

2.7 Aanbevelingen vanuit de bestudeerde literatuur

2.7.1 Inleiding

Psychosociale problemen blijken volgens Junger et al. (2003) vanaf de vroege kindertijd relatief stabiel te zijn. Als psychosociale problemen zich op jonge leeftijd manifesteren is dit vaak een voorspeller voor vele negatieve uitkomsten voor zowel de jongere als voor zijn/haar omgeving in het latere leven. Longitudinale studies laten een zekere persistentie zien. Deze problemen hebben ook een negatief effect op de samenleving. Veel literatuur beschrijft dat het niet gemakkelijk is om ontstane problemen op latere leeftijd nog op te lossen. De vraag rijst dan ook welke aanpak effectief zou kunnen zijn voor preventie van psychosociale problematiek en ten aanzien van de toegang en kwaliteit van de zorg.

2.7.2 Het belang van preventie

Hechtingsstoornissen blijken vaak aan de basis van psychopathologie te liggen.
Gezien de langetermijneffecten van psychosociale problematiek op de levensloop(baan) is het belang van preventief beleid bij jeugdigen niet te onderschatten. Zeker gezien de oorzaak van ongelijkheid die volgens veel onderzoekers al in de vroegste kinderjaren ontstaat. Vooral de familieachtergrond bepaalt wat iemand meekrijgt aan vaardigheden die later van pas komen voor het maatschappelijk functioneren, inclusief de arbeidsmarkt. Of kinderen voldoende gestimuleerd worden heeft vooral te maken met het opleidingsniveau van de moeder.
De Nobelprijswinnaar James Heckman is op basis van zijn onderzoek naar de effecten van het *Perry Preschool Program* [9] van mening dat extra aandacht nodig is voor het aanleren van sociale vaardigheden. Veel problemen bij jongeren worden volgens de onderzoekers veroorzaakt door een tekort aan niet-cognitieve vaardigheden zoals motivatie, zelfvertrouwen, doorzettingsvermogen en discipline. Deze niet-cognitieve vaardigheden worden volgens Heckman sterk door de familiesituatie bepaald. Uit het onderzoek van het Perry Preschool Program onder zwarte kinderen in een achterstandswijk blijkt dat het in een vroeg stadium helpen van kinderen en hun ouders aantoonbaar effect heeft. Volgens Heckman groeien in Amerika en West-Europa relatief steeds meer kinderen op in een achterstandsituatie doordat zij in het gezin niet meer motivatie, doorzettingsvermogen en discipline bijgebracht krijgen.
Extra begeleiding werpt op de lange termijn vruchten af, zowel op school als in werksituaties. Het blijven stimuleren van niet-cognitieve vaardigheden verkleint de kloof tussen welbevinden en achterstand op latere leeftijd.

[9] De 3- tot 4-jarige kinderen uit het Perry Preschool Programma kregen op school een paar uur individuele begeleiding. Daarnaast werden de gezinnen thuis wekelijks bezocht en kregen de ouders opvoedingsadviezen.

2.7.3 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gegeven zoals die in de bestudeerde literatuur naar voren komen. Leidraad hiervoor zijn de stadia in de zorgketen. De aanbevelingen gelden in de meeste gevallen voor zowel psychosociale problematiek als voor problematiek bij een verstandelij- ke handicap. Daar waar het specifiek de verstandelijke handicap betreft wordt dit expliciet genoemd. Aanbevelingen voor preventie, signalering, toegang tot de zorg en kwaliteit van de zorg komen aan bod. Deze aanbevelingen hebben implicaties voor de domeinen school, ouders, buurt, hulpverlening, maatschappij, beleid en wetenschap.

Preventie

- Er is veel aandacht nodig voor het onderkennen van emotionele en/of psychische problemen bij etnische jongeren.
  Scholen kunnen hierbij een centrale rol vervullen door het instellen van zorgadviesteams op alle basisscholen en scholen voor het voortgezet onderwijs (Adviesraad Amsterdam 2007). Daarnaast is een effectieve screening voor alle leerlingen op basisscholen gewenst. Een eenvoudig screeningsinstrument van vier items – door leraren uit te voeren – kan hiervoor als basis dienen. De vier items die volgens Zwirs (2006) voorspellend waren voor een gedragsstoornis zijn: a. rusteloos, overactief, kan niet lang stilzitten, b. doorgaans gehoor zaam, doet gewoonlijkwat volwassenen vragen, c. liegt of bedriegt vaak en d. maakt opdrachten af, kan de aandacht goed vasthouden.
- Stevens (2004) wijst op het belang van het opstellen van preventieprogramma's. De programma's moeten zich voornamelijk richten op de interactie in het gezin, de contacten met de *peers* en het functioneren in en rondom school. De ouders spelen een cruciale rol in het leven van de jongeren en daarom moet de interventie de ouders bereiken. Zij dienen te proberen conflicten te voorkomen én gestimuleerd te worden om het leven van hun kind te monitoren en hun kinderen affectie te tonen. Ouders dienen zich bewust te worden van het negatieve effect van vaak straffen. Vooral adolescente jongens moeten door ouders beter begeleid en affectiever bejegend worden. De effecten van de kwaliteit van de relatie tussen ouders en kind en de gevolgen hiervan op de emotionele en gedragsmatige ontwikkeling van het kind moeten goed uitgelegd worden, evenals de ambivalente acculturatie van meisjes.

Tot slot dient, volgens Stevens, de school de ouders goed op de hoogte te houden van het gedrag van hun kinderen op school.

- De discrepantie in ervaren problemen – inzicht en interpretatie – tussen leraren en ouders zal besproken moeten worden.
- Op jonge leeftijd pestgedrag herkennen en behandelen (GGD Amsterdam 2002).
- De Adviesraad Amsterdam (2007) pleit voor invoering van een crisispreventieplan waarin criteria staan omschreven die interventie legitimeren.
- Leer jongeren hoe zij activiteiten kunnen ondernemen om verveling en rondhangen tegen te gaan. Leer ze tevens copingmechanismen aan om negatieve bejegening uit de omgeving te weerstaan.
  Zorg tegelijkertijd voor buitenschoolse activiteiten vanuit de school en/of de buurt ter voorkoming van verveling en rondhangen (Stevens 2006).
- Voor jongeren met een etnische achtergrond is een balans tussen integratie én handhaving van de culturele identiteit van belang om de risico's op probleemgedrag te reduceren (Sowa, Crijnen, Bengi en Verhulst 2000).
- Volgens Disbudak (2007) is het nodig dat er een betere methode komt voor het opsporen van lvg kinderen die specialistische zorg nodig hebben. 'Wij pikken onze cliënten nu letterlijk van de straat. Ik besef dat het moeilijk is, maar eigenlijk zouden we al achter de voordeur moeten kunnen werken, bijvoorbeeld een IQ test, zodat er indien nodig snel specialistische hulp kan komen.'
- Kinderen met een verstandelijke beperking leven relatief vaak in gezinnen met een lage SES. SES wordt veelal geassocieerd met een gebrekkige ouderlijke opvoedingsstijl. Daarom moet behalve de hulp aan de lvg jongere begeleiding plaatsvinden van de ouderlijke opvoedingsstijl (in Douma et al. 2007).

- Meer onderzoek is nodig met betrekking tot:
  - Verklaring voor onderliggende mechanismen in diversiteit van gebruikmaking van de zorg tussen westerse en niet-westerse kinderen (Zwirs et al. 2006).
  - Mogelijke discrepantie in het gedrag van Marokkaanse jongeren thuis en op school. Mogelijke vooroordeel bij leerkrachten ten aanzien van het gedrag bij Marokkaanse jongeren (Stevens 2004).
  - Cohortonderzoek om meer zicht te krijgen op risicofactoren voor psychische morbiditeit (Trimbos,RVZ 2000).
  - Epidemiologie, niet alleen ten aanzien van prevalentiecijfers maar ook naar de invloed van determinanten of risicofactoren op het ontstaan, het verloop en de uitkomst van psychopathologie en de mogelijkheden voor preventie en zorg bij lvg jongeren (Dekker et al. 2006).

Signalering

- Van groot belang is dat signalering van psychosociale problematiek bij schoolkinderen met een etnische achtergrond niet alleen meer aandacht krijgt van beleidsmakers in de jeugdgezondheidszorg, maar ook van leraren (Zwirs 2006).
- Verbetering van signalering is niet alleen nodig voor de korte termijn maar ook dringend nodig, opdat negatieve langetermijneffecten op de maatschappelijke loopbaan voorkomen kunnen worden (Van Oort 2006).
- Tegelijkertijd moeten in verband met onderrapportages zowel door leerkrachten als hulpverleners ouders met geringe klachten over hun kinderen serieus genomen worden.
  Help deze ouders met het formuleren van een hulpvraag (Stevens, 2004).
- Voorts is het van belang om migrantenouders voor te lichten over de mogelijke oorzaken van gedragsstoornissen, over de symptomen, de daarmee gepaard gaande risico's en de behandelingsmogelijkheden hiervoor (Zwirs, 2006).
- Van belang zijn interventies bedoeld voor het vergroten van de cohesie en sociale controle op scholen en in de wijken; wellicht preventie van probleemgedrag (Zwirs, 2006).
- Resultaten van verschillende onderzoeken versterken de noodzaak voor grotere investeringen voor interventies bij psychosociale problemen (Fergusson et al. 2005).

- Vooral het vmbo behoeft veel ondersteuning; deze leerlingen hebben veel aandachtsstoornissen en denkproblemen (Ter Bogt et al. 2002).
- Ook in het speciaal onderwijs is signalering van psychosociale problematiek van belang. Instrumenten hiervoor zijn bijvoorbeeld de CBCL of de Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag (VOG) (Koot et al. 2001).

Toegang tot de zorg

- Voor het effectief bereiken van migranten in achterstandsposities is het van belang gebruik te maken van de netwerken van het buurtgebonden welzijnswerk, van leerkrachten en soms van de GGD/wijkgezondheidsposten (Raghoebier en Coolen 2002). De Adviesraad Amsterdam (2007) acht het eveneens noodzakelijk dat instanties zich in de wijk vestigen, liefst in combinatie met andere organisaties, met als doel de drempel tot hulpverleningsinstanties te verlagen en het formuleren van een hulpvraag te ondersteunen.
- Samenwerking dient te worden gezocht met platforms en/of andere belangenorganisaties van migranten (Raghoebier en Coolen 2002).
- Hulpverleners moeten meer outreachend te werk gaan. In verband met de gesignaleerde hoge toegangsdrempel tot de zorg is het van belang de ouders in hun eigen omgeving op te zoeken (Zwirs 2006).
- Diverse onderzoekers wijzen op de noodzakelijke investeringen om het taboe op geestelijke gezondheidszorg dat bij veel migranten leeft, te doorbreken. Vanheusden (2008) pleit in deze voor campagnes als Postbus 51-spotjes met een educatieve boodschap als stimulans voor hulpzoekgedrag. Ook Knipscheer en Kleber (2001) stellen dat etnische groepen nog steeds vooroordelen en verkeerde opvattingen ten aanzien van geestelijke gezondheidshulp hebben. Samenwerking met plaatselijke media en migrantenorganisaties zijn van belang om zodoende de migrantenpopulatie te bereiken. Voorlichting over psychische stoornissen en over de behandelingsmogelijkheden zijn nodig om het stigma en de weerstand bij migranten te overwinnen (Vanheusden 2008).
- De Stichting Pandora (2005) pleit voor speciale aandacht voor een interculturele aanpak en voorlichting over gedwongen opname en inbewaringstelling in de jeugdpsychiatrie.

- Overheden en zorgverzekeraars behoren de komende jaren kwaliteitsbeleid te ontwikkelen waarin zij extra aandacht schenken aan migranten met een lichamelijke of verstandelijke handicap (Dillen 2002).
- Het NIZW (2004) pleit er voor dat zorginstellingen voor lvg cliënten zorgen voor laagdrempelige diensten die migranten zelf belangrijk vinden. Een logeerhuis voor allochtone ouders is hiervan een bekend voorbeeld. Een dergelijke aanpak wekt vertrouwen van waaruit een samenspel kan ontstaan tussen zorg van de familie en de professionele zorg.
- Voor verstandelijk gehandicapte jongeren is het volgens De Algemene Rekenkamer (2007) extra van belang om goede en voldoende vervolgzorg en doorstroming te realiseren, zowel bij wisseling van type zorg als bij overstap naar de volwassenenzorg. Door gebrek aan doorstroming ontstaan wachttijden en kan de problematiek verergeren. Daarom is het essentieel om kwantitatief en kwalitatief inzicht te verkrijgen in de omvang van de zorgvraag. Hier ligt hoge prioriteit.

Kwaliteit van de zorg

- ‘Om te beginnen is het belangrijk dat alle partijen erkennen dat niet-westerse allochtone groepen een kwetsbare groep vormen wat betreft de kwaliteit van zorg’ (Urbanus-van Laar 2007).
- Tegelijkertijd is het nodig te benadrukken dat een goede (psychische) gezondheid van belang is voor integratie in de Nederlandse maatschappij. Extra inspanningen zijn hiervoor nodig, vooral voor etnische groepen met een lage economische status. Instellingen moeten financieel wel in staat zijn deze inspanningen te leveren. Een vertrouwensrelatie opbouwen met cliënten kost veel tijd en bovendien zijn er vaak taalbarrières. De huidige financiering houdt hier onvoldoende rekening mee (Bascule 2007).
- De hulpverlening moet zich niet alleen bezighouden met de jeugdige zelf maar ook met de problematiek die in het gezin speelt. Dit betekent een behandeling van het hele systeem in plaats van alleen de jeugdige. Er moet voldoende contact zijn met de familieleden, maar ook met andere belangrijke personen in de omgeving van het kind, zodat de hulp aansluit bij de omgeving van de jeugdige met zijn/haar problematiek (Hosper et al. 2001).

- Interculturele aanpak:
  De geboden zorg vanuit de GGZ-voorzieningen dient beter te worden afgestemd op de zorgvraag van de etnische cliënt. Zorgverleners zijn nog onvoldoende voorbereid en toegerust op de zorg aan allochtone cliënten. Culturele diversiteit en verschillende morele achtergronden bij de hulpvrager doen een beroep op het vermogen van zorgverleners om cultuursensitief te zijn, verschillen te overbruggen en vervolgens zorg op maat te bieden (Trimbos en RVZ 2000).
  Inschakeling van intermediairs (etnische zorgconsulenten) dient voortgezet en organisatorisch ingebed te worden (GGZ Grote Steden 2002). Kortmann (2003) pleit voor het oprichten van een onderzoeksschool transculturele hulpverlening waarin psychiaters, psychologen, antropologen, sociologen en filosofen hun expertise bundelen en onderzoek uitvoeren naar de hulpverlening aan migranten.
- In de literatuur is er geen consensus over de noodzaak van matching van etniciteit tussen cliënt en hulpverlener. Wel is er consensus over het belang van empathie en openheid ten aanzien van andere culturen, waarden, normen en rituelen.
- Volgens Kortmann (2003) en het Platform Transculturele Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie dienen tijdens de bij- en nascholing van artsen, verpleegkundigen en specialisten op het gebied van hulpverlening en etniciteit door de overheid bepaalde eisen te worden gesteld.
- Diverse onderzoekers pleiten voor de mogelijkheid om meer praktische hulp te kunnen aanbieden. Ondersteuning voor administratieve problemen en concrete oplossingen voor materiële problemen bijvoorbeeld, kunnen de kwaliteit van de zorg verhogen (Knipscheer en Kleber 2001; Vanheusden 2008).
- De Adviesraad Amsterdam (2007) pleit voor het instellen van gezinscoaches bij multiprobleemgezinnen. Deze coaches brengen in een paar weken weer structuur in het gezinsleven en adviseren welke acties door de hulpverlening ondernomen moeten worden. Tevens pleit de raad voor het invoeren van contactfunctionarissen als bruggenbouwers tussen moeilijke gezinnen en hulpverleners.
- De islamoloog Ghaly is van mening dat er in de zorg meer aandacht nodig is voor de religieuze dimensie bij mensen met een handicap. Zonder verdieping in de religieuze achtergrond van de patiënt is het lastig om elkaar te begrijpen.

Naar Ghaly's idee nemen hulpverleners 'verkeerde' opvattingen van ouders over waardoor er een vicieuze cirkel ontstaat.
- Nieuwenhuijzen et al. (2006) wijzen op het belang van specifieke hulpverlening voor lvg jongeren omdat de psychosociale behandeling aangepast moet worden aan de cognitieve capaciteiten van deze jongeren.

3. Analyse van beschikbare epidemiologische gegevens en zorgregistraties

3.1 Inleiding

Om de eerste en tweede onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is nagegaan in hoeverre beschikbare bestanden van epidemiologisch onderzoek en gegevens van zorgregistraties van Amsterdamse zorginstellingen inzicht kunnen geven in de aard en omvang van psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen bij de Amsterdamse jeugd. Daarbij was speciale aandacht voor mogelijke verschillen naar etnische achtergrond en het zorggebruik door en voor (ouders/verzorgers van) kinderen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen.

3.2 Analyse van beschikbare gegevens van de GGD Amsterdam

Bij de GGD Amsterdam zijn twee typen gegevensbronnen beschikbaar die mogelijk inzicht geven in de psychosociale problematiek en/of het voorkomen van lichte verstandelijke handicaps bij de Amsterdamse jeugd: gegevens uit epidemiologisch onderzoek en gegevens uit verschillende zorgregistraties.

Jeugdgezondheidszorg
Tabel 6 geeft een overzicht van de etnische achtergrond van leerlingen in de verschillende typen (speciaal) onderwijs in Amsterdam. De gegevens zijn afkomstig vanuit het LAS, met als peildatum september 2006.

Tabel 6: *Leerlingen in basisonderwijs en speciaal basisonderwijs, voortgezet onderwijs en voortgezet speciaal onderwijs naar etniciteit (Schooljaar 2006-2007. Bron: LAS, peildatum 29-9-2006)*

		Onderwijstype									
		sbo	%	bo	%		(v)so	%	vo	%	
Herkomst	Surinaams	218	14	6208	11	*	491	14	4339	13	
	Antilliaans	65	4	1129	2	*	112	3	668	2	*
	Turks	152	10	5079	9		299	9	3338	10	*
	Marokkaans	338	22	9594	17	*	546	16	5674	17	*
	overig niet-westers	217	14	8466	15		428	12	4005	12	
	westers	46	3	4515	8	*	132	4	2336	7	*
	Nederlands	427	28	19753	35	*	1011	29	11014	33	*
	onbekend	57	4	1693	3		440	13	2003	6	*
Totaal		1520	100	56437	100		3459	100	33377	100	

**: significant verschil, p<0.05*

Uit tabel 6 blijkt dat Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse kinderen oververtegenwoordigd zijn in het speciaal basisonderwijs. Nederlandse kinderen en overige westerse kinderen zijn relatief ondervertegenwoordigd in dit type onderwijs.
Voor het voortgezet onderwijs is het beeld echter anders; alleen de Antillianen en de Turken lijken licht oververtegenwoordigd in het speciaal voortgezet onderwijs. Nederlandse en overige westerse jongeren zijn relatief ondervertegenwoordigd.
Helaas is de groep leerlingen van wie de etniciteit niet bekend is relatief oververtegenwoordigd in het speciaal onderwijs. Het betekent dat de gegevens voor het voortgezet speciaal onderwijs met voorzichtigheid moeten worden beschouwd.

In het kader van de jeugdgezondheidszorg krijgen leerlingen in de tweede klas van het voortgezet onderwijs een periodiek geneeskundig onderzoek (PGO). Onderdeel daarvan is de inventarisatie van psychosociale problematiek met behulp van de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). De SDQ is een internationaal gevalideerde vragenlijst die bedoeld is om kinderen met een hoog risico op psychosociale problemen te signaleren. De vragenlijst bevat 25 items die betrekking hebben op: hyperactiviteit/aandachttekort, emotionele problemen, problemen met leeftijdsgenoten, gedragsproblemen. Daarnaast meet het ook de sterke kanten van het kind in de vorm van prosociaal gedrag (www.sdqinfo.com). Tabel 7 geeft een overzicht van het percentage leerlingen met psychosociale problematiek naar schooltype, voor het schooljaar 2006-2007.

Tabel 7: *Percentage leerlingen van de tweede klas vo met psychosociale problematiek naar schooltype, schooljaar 2006-2007*

	Normaal 0-14		Grensgebied 11-16			Abnormaal 17 en hoger		
Onderwijstype	**n**	**%**	**n**	**%**		**n**	**%**	
Praktijkonderwijs (n=13)	9	69,2	1	7,7		3	23,1	*
Vmbo Leerwegondersteunend onderwijs (n =1260)	1078	85,6	79	6,3		103	8,2	*
Vmbo Gemengde theoretische leerweg (n=970)	844	87	48	4,9		78	8,0	*
Havo-vwo (n=1601)	1448	90,4	76	4,7		77	4,8	*
Brugklas (n=955)	847	88,7	57	6		51	5,3	
anders (n=45)	38	84,4	5	11,1		2	4,4	
onbekend (n=68)	55	80,9	8	11,8	*	5	7,4	
totaal (4912)	**4319**	**87,9**	**274**	**5,6**		**319**	**6,5**	

Uit tabel 7 blijkt dat leerlingen in het lagere type onderwijs relatief vaker psychosociale problematiek hebben. Jongeren in het praktijkonderwijs blijken het meest frequent psychosociale problemen te hebben, maar de aantallen zijn echter klein! Na correctie voor etniciteit bleef alleen in de Nederlandse groep het verband tussen opleiding en psychosociale problematiek bestaan. Deze gegevens laten dus geen direct verband zien tussen etniciteit en het voorkomen van psychosociale problematiek onder leerlingen van de tweede klas van het voortgezet onderwijs.
Ook in het schooljaar 2004-2005 werd er geen verband tussen etniciteit en het voorkomen van psychosociale problemen gevonden (Van Vuuren en Nijman, *Overgewicht en psychosociale problematiek onder tweedeklassers van het voortgezet onderwijs in Amsterdam*. GGD Amsterdam 2006).

Amsterdamse Gezondheidsmonitor (AGM)
Om de vier jaar brengt de GGD de gezondheid van de Amsterdamse bevolking van 18 (of 16) jaar en ouder in kaart door gezondheidsonderzoek. De meest recente beschikbare gegevens dateren uit 2004. De prevalentie van psychosociale problematiek is gemeten met de Kessler Psychological Distress Scale (K10). Deze schaal bestaat uit tien items en meet huidige psychische klachten, vooral klachten gerelateerd aan angst en depressie. Er bestaan geen internationaal geaccepteerde afkappunten, zowel 17 als 18 als 20 worden veel gebruikt. Uit Amsterdams onderzoek is bovendien gebleken dat het optimale afkappunt voor het meten van depressieve en angststoornissen niet voor alle etnische groepen gelijk is, maar voor Turkse en Marokkaanse migranten hoger ligt dan voor autochtone Nederlanders.

Tabel 8 geeft de prevalentie van psychosociale problematiek op basis van de K10 voor de deelnemers aan de AGM2004 in de leeftijd tot 24 jaar naar etniciteit. Hierbij is voor alle groepen hetzelfde afkappunt van de K10 gehanteerd (score van 20 en hoger betekent de aanwezigheid van psychosociale problematiek).

Tabel 8: *Prevalentie psychische klachten (K10) naar etniciteit, AGM2004, leeftijd tot 24 jaar (afkappunt 20)*

Etniciteit (volgens CBS)	Psychische klachten		
	n	ruw %	gewogen %
Nederlands (n=20)	3	15	14
Surinaams (n=12)	2	17	17
Turks (n=30)	11	37	34
Marokkaans (n=24)	4	17	16
Overig buitenlands (n=10)	3	30	31

Uit tabel 8 lijkt de prevalentie van psychische klachten vooral hoger bij Turkse Amsterdammers in de leeftijd van 18 tot 24 jaar.

Vangnet Jeugd
In de registratie van de afdeling Vangnet Jeugd van de GGD Amsterdam is nagegaan in hoeverre gezinnen die bij Vangnet Jeugd gemeld worden, te maken hebben met psychiatrische problematiek, gedragsproblematiek dan wel zwakbegaafdheid. Tabel 9 geeft een overzicht voor het jaar 2007. Het is belangrijk om te melden dat in de registratie niet is vermeld bij welk gezinslid, of bij welke gezinsleden, de problematiek speelt. Er kan dus geen onderscheid gemaakt worden naar leeftijd of geslacht. Culturele (of etnische) afkomst wordt in de praktijk van Vangnet Jeugd betrokken op de herkomst van het gezinshoofd (meestal de moeder).

Tabel 9: *Het voorkomen van psychiatrische problematiek, gedragsproblematiek en/of zwakbegaafdheid bij gezinnen aangemeld bij Vangnet Jeugd 2007*

Culturele herkomst	Aantal gemelde gezinnen	Psychiatrische problematiek		Gedragsproblematiek		Zwakbegaafdheid	
	n	n	%	n	%	n	%
Nederlands	457	69	15,1	8	1,8	4	0,9
Surinaams	356	30	8,4	4	1,1	1	0,3
Antilliaans	49	2	4,1	1	2,0	0	0,0
Marokkaans	381	56	14,7	3	0,8	5	1,3
Turks	155	23	14,8	1	0,7	2	1,3
Overig – Westers	214	22	10,3	1	0,5	0	0,0
Overig – niet westers	331	28	8,5	2	0,6	3	0,9
onbekend	133	10	7,5	0	0,0	0	0,0
totaal	2076	240		20		15	

Zwakbegaafdheid en/of gedragsproblematiek worden slechts in minder dan 1 procent van alle aangemelde gezinnen geconstateerd. Gezien de lage aantallen worden ook geen verschillen gezien naar culturele achtergrond van de gezinnen. Psychiatrische problematiek wordt aanzienlijk vaker bij de aangemelde gezinnen geconstateerd; bij Surinaamse gezinnen lijkt het percentage lager dan bij de gezinnen met een andere culturele achtergrond. In hoeverre de psychiatrische problematiek speelt bij het betrokken kind (of kinderen) of bij andere gezinsleden is op basis van de registratie niet na te gaan. Daarnaast is zwakbegaafdheid moeilijk in enkele bezoeken vast te stellen en niet uitgesloten kan worden dat er diagnoses worden gemist.

Vangnet en Advies

In de registratie van de afdeling Vangnet en Advies van de GGD Amsterdam is nagegaan in hoeverre sprake is van psychiatrische en/of psychische problematiek en/of zwakbegaafdheid bij de aanmeldingen in 2007. Van de 4515 nieuwe aanmeldingen voor dat jaar betrof het 663 personen jonger dan 24 jaar. Van deze personen had 40 procent een autochtone achtergrond: 14 procent een Marokkaanse, 12 procent een Surinaamse en 4 procent een Turkse achtergrond.

In 30 procent van de gevallen (n=199) werden psychiatrische en/of psychische problematiek gemeld, in 4 procent van de gevallen (n=27) zwakbegaafdheid. Tabel 10 geeft een overzicht van het voorkomen van psychiatrische en/of psychische problematiek naar culturele achtergrond van de betrokkenen.

Tabel 10: *Het voorkomen van psychiatrische en/of psychische problematiek onder nieuwe meldingen bij Vangnet en Advies 2007 bij personen jonger dan 24 jaar, naar culturele achtergrond*

Culturele herkomst	Geen psychiatrische en/of psychische problematiek		Wel psychiatrische en/of psychische problematiek.	
	n	%	n	%
Nederlands	162	61,6	101	38,4
Surinaams	59	73,8	21	26,3
Antilliaans	14	82,4	3	17,6
Marokkaans	63	70,0	27	30,0
Turks	17	73,9	6	26,1
anders	141	80,1	35	19,9
onbekend	8	57,1	6	42,9
Totaal	464		199	

Over het geheel genomen blijkt er een verband te bestaan tussen culturele herkomst en de mate waarin psychiatrische en/of psychische problematiek worden waargenomen. Het hoogste percentage wordt gezien bij de Nederlandse groep, het laagste percentage bij de Antilliaanse groep. Bij de Turkse groep en de overige buitenlanders is het percentage met psychiatrische en/of psychische problematiek significant lager dan bij de Nederlanders. De etnische verschillen in problematiek doen zich vooral voor onder de vrouwen, bij mannen is het voorkomen van psychiatrische/psychische problematiek in de etnische groepen vergelijkbaar.

Tabel 11 geeft dezelfde gegevens, maar dan voor zwakbegaafdheid.

Tabel 11: *Het voorkomen van zwakbegaafdheid onder nieuwe meldingen bij Vangnet en Advies 2007 bij personen jonger dan 24 jaar, naar culturele achtergrond*

Culturele herkomst	Geen zwakbegaafdheid		Wel zwakbegaafdheid	
	n	%	n	%
Nederlands	251	95,4	12	4,6
Surinaams	76	95,0	4	5,0
Antilliaans	15	88,2	2	11,8
Marokkaans	85	94,4	5	5,6
Turks	22	95,7	1	4,3
anders	174	98,9	2	1,1
onbekend	13	92,9	1	7,1
Totaal	636		27	

In tabel 11 valt het hogere percentage bij de Antilliaanse groep op. Gezien de kleine aantallen kan echter niet worden uitgesloten dat deze verschillen op toeval zijn gebaseerd.

3.3 Analyse van beschikbare gegevens van zorginstellingen in Amsterdam

Methode
Er is begonnen met een inventarisatie van instellingen en instanties die mogelijk zorg verlenen aan jeugdigen in de onderzoeksdoelgroep. Aangezien er geen gegevens bekend zijn over de totale grootte van de onderzoeksgroep in de regio Amsterdam was het van belang dat deze inventarisatie zo volledig mogelijk zou zijn.
De instellingen zijn aangeschreven met het verzoek mee te werken aan het onderzoek. Bij de brief was het complete onderzoeksvoorstel met de achtergrond ervan ter informatie gevoegd. Een medewerker was gedurende de looptijd van het onderzoek op afspraak beschikbaar om een toelichting te geven.
Met alle instellingen is telefonisch contact opgenomen om de onderzoeksvraag te verduidelijken. Er is zoveel mogelijk met een vaste contactpersoon bij de instellingen gewerkt. Om de respons te vergroten is de onderzoeksvraag relatief eenvoudig neergezet.

Er werd gevraagd naar het totaal aantal jeugdigen uitgesplitst naar de volgende variabelen:
- Diagnose/problematiek van de cliënt valt binnen de indeling psychische problemen en/of lichte verstandelijke handicap
- Culturele herkomst van de cliënt (voorkeur voor CBS-indeling)
- Woonplaats van de cliënt in gemeente Amsterdam (postcode 1000 tot en met 1109)
- Geslacht van de cliënt (facultatief)
- Leeftijd (<24 jaar) verdeeld in vier groepen (verdeling was facultatief)

Deze vragen zijn samengevat in een document met een tabel en een uitgebreide toelichting (zie bijlage 3).

Respons en kwaliteit aangeleverde gegevens
In totaal zijn 30 instellingen en instanties aangeschreven met het verzoek mee te werken aan onderliggend onderzoek. Alle instellingen waren in principe bereid mee te werken. Drie instellingen hebben gemeld dat de onderzoeksdoelgroep niet in die van de instelling valt en dat zij derhalve deze jongeren niet in zorg hebben.
Van de resterende 27 instellingen waren er 9 niet in staat de gegevens aan te leveren (dat is 33 procent van de instellingen). In de meeste gevallen was dat omdat er geen centrale registratie bestaat waaruit de onderzoeksvragen beantwoord konden worden. In een aantal gevallen was het wel mogelijk de gegevens met behulp van dossieronderzoek te verzamelen, maar daar was dan niet voldoende personele capaciteit voor.
De instellingen die geen gegevens konden aanleveren is gevraagd of het theoretisch mogelijk zou zijn onze onderzoeksvraag te beantwoorden. Vijf van de negen instellingen hebben hierop positief geantwoord. Met een wat langere looptijd en een aangepaste vraagstelling zou dus 85 procent van de instellingen in regio Amsterdam deze cijfers kunnen leveren.
Bij bijna een derde van de instellingen die werkelijk gegevens hebben aangeleverd werd de culturele herkomst van de cliënten niet geregistreerd. Van de totale cliëntenpopulatie was van 56 procent de etnische herkomst onbekend.
In enkele gevallen is een steekproef op het cliëntenbestand uitgevoerd en zijn de gegevens herberekend voor de hele instelling. Voor andere instellingen was het moeilijk om de juiste cliënten te selecteren, bijna altijd was dat omdat diagnostiek niet in het registratiesysteem wordt vastgelegd. Daarnaast waren niet alle onderzochte instanties echte zorginstellingen.

Die instanties begeleiden dan vaak jongeren, waardoor de onderzoekspopulatie is gedefinieerd zonder dat een diagnose is gesteld door een professionele hulpverlener.
In het onderzoek werd ook gevraagd naar het aantal ouders dat zelf zorg ontvangt. Daarvan waren bijna geen gegevens bekend. Vaak worden de ouders in de praktijk wel betrokken bij het zorgtraject van hun kind, maar dit wordt meestal niet geregistreerd.

De gegevens die uiteindelijk beschikbaar zijn gekomen door het onderzoek betreffen dus een selectie. Dit betekent dat de resultaten met grote voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Zo was Bureau Jeugdzorg wel bereid maar niet in staat om binnen de gegeven termijn gegevens aan te leveren.
Daarnaast is vooral het begrip 'psychosociale problematiek' niet altijd helder gedefinieerd. Ook dit heeft invloed op de gepresenteerde resultaten.

Resultaten
Bij de 18 instellingen die gegevens hebben aangeleverd zijn in totaal 6.400 cliënten geteld die binnen de definities van de onderzoekspopulatie vallen. Daarvan kan met redelijke zekerheid worden gesteld dat er tenminste 1.418 allochtoon zijn. Van 3.600 cliënten was de etnische herkomst onbekend, zie tabel 12.

Tabel 12: *Overzicht van het aantal cliënten naar leeftijd en etnische achtergrond, vallend binnen de criteria van onderhavig onderzoek, bij 18 zorginstellingen in Amsterdam (peiljaar 2007)*

Psychosociale problematiek en/of lvg									
		Niet-westerse allochtonen							
Lfgr	westers totaal	Marok-ko	Ned Antillen en Aruba	Suri-name	Turkije	Overig niet-westers	Autoch-tonen	onbe-kend	totaal
0 t/m 4	0	8	1	4	9	19	107	1.495	1.641
5 t/m 11	11	78	16	72	41	67	334	344	957
12 t/m 17	17	93	16	135	34	85	408	755	1.536
18 t/m 23	5	34	7	57	22	25	362	112	616
Onbekend	0	187	64	166	62	83	172	894	1.650
Totaal	**33**	**400**	**104**	**434**	**168**	**279**	**1.383**	**3.600**	**6.400**
								(56%)	
%- allochtonen	1%	14%	4%	16%	6%	10%	49%	n.v.t.	100%
Geschatte aantallen	75	914	237	992	384	637	3.160	n.v.t.	6.400

N.v.t.: *bij de berekening van percentages en bij de schatting van het aantal cliënten wordt de waarde 'onbekend' buiten de berekening gehouden*

Op basis van de beschikbare gegevens over de etnische herkomst kan bepaald worden dat ongeveer 51 procent van de cliënten allochtoon is en 49 procent autochtoon.
Met behulp van bovenstaande verdeling kan vervolgens ook geschat worden hoeveel allochtonen er ongeveer in de zorg zijn. Bij de onderzochte instellingen gaat het dan om 3.160 allochtonen, van wie bijvoorbeeld 992 Surinamers en 914 Marokkanen.

Van 4.627 cliënten (72 procent) was nadere informatie beschikbaar of het uitsluitend psychosociale problematiek of lvg betrof of een combinatie van beide.
Tabel 13 geeft een overzicht van het aantal cliënten naar leeftijd en etnische achtergrond, waarbij alleen psychosociale problematiek werd geregistreerd.

Tabel 13: *Overzicht van het aantal cliënten naar leeftijd en etnische achtergrond waarbij alleen psychosociale problematiek werd geregistreerd (peiljaar 2007)*

Alleen psychosociale problematiek									
		Niet-westerse allochtonen							
Lfgr	westers totaal	Marok-ko	Ned Antillen en Aruba	Suri-name	Turkije	Overig niet-westers	Autoch-tonen	onbe-kend	totaal
0 t/m 4	0	2	1	1	3	2	6	1.397	1.412
5 t/m 11	0	2	1	2	0	2	5	19	31
12 t/m 17	0	0	0	0	0	0	0	1	1
18 t/m 23	0	1	0	2	0	0	4	2	9
Onbekend	0	0	0	0	0	0	0	178	178
Totaal	**0**	**5**	**2**	**5**	**3**	**4**	**15**	**1.597**	**1.631**
%- allochtonen	0%	15%	6%	15%	9%	12%	44%	n.v.t.	100%
Geschatte aantallen	0	240	96	240	144	192	720	n.v.t.	1.631

N.v.t.: *bij de berekening van percentages en bij de schatting van het aantal cliënten wordt de waarde 'onbekend' buiten de berekening gehouden*

Opvallend is het percentage jeugdigen van 0 tot 4 jaar voor wie uitsluitend psychosociale problematiek werd geregistreerd (87 procent). Dit lijkt in tegenspraak met de gegevens van het NIZW dat 10 procent van de instroom van jeugdigen in de jeugdzorg de leeftijdscategorie 0 tot 5 jaar betreft. Vermoedelijk speelt hierbij de selectie van beschikbare zorgregistraties een belangrijke rol.

De gegevens in bovenstaande tabel worden gedomineerd door Amsterdam Thuiszorg.

Tabel 14 geeft een overzicht van het aantal cliënten naar leeftijd en etnische achtergrond voor wie alleen lvg als problematiek werd geregistreerd.

Tabel 14: *Overzicht van het aantal cliënten naar leeftijd en etnische achtergrond waarbij alleen lvg werd geregistreerd (peiljaar 2007)*

Alleen LVG									
		Niet-westerse allochtonen							
Lfgr	westers totaal	Marok-ko	Ned Antillen en Aruba	Suri-name	Turkije	Overig niet-westers	Autoch-tonen	onbe-kend	totaal
0 t/m 4	0	6	0	3	6	17	98	3	131
5 t/m 11	4	43	3	12	21	29	196	29	331
12 t/m 17	5	20	3	31	8	30	230	47	367
18 t/m 23	4	20	7	25	15	15	315	64	457
Onbekend	0	22	0	3	2	2	7	81	140
Totaal	**13**	**111**	**13**	**74**	**52**	**93**	**846**	**224**	**1.426**
%- allochtonen	1%	9%	1%	6%	4%	8%	70%	n.v.t.	100%
Geschatte aantallen	15	132	15	88	62	110	1.004	n.v.t.	1.426

N.v.t.: *bij de berekening van percentages en bij de schatting van het aantal cliënten wordt de waarde 'onbekend' buiten de berekening gehouden*

Bovenstaande gegevens zijn voornamelijk ontleend uit de registraties van Spirit, MOC 't Kabouterhuis, MEE Amstel-Zaan en het RIPAG (zonder de gegevens van de Bascule). Cliënten met een niet-westerse etnische achtergrond lijken hierin niet oververtegenwoordigd.

Tot slot nog een overzicht van cliënten naar etniciteit waarbij zowel psychosociale problematiek als lvg werd geregistreerd. Deze gegevens zijn voor 75 procent afkomstig uit de registratie van Dienst Werk en Inkomen (DWI). Hierbij is geen onderscheid mogelijk naar leeftijd; omdat de gegevens vooral van DWI afkomstig zijn, zal het veelal de leeftijdscategorie van 17 tot en met 23 jaar zijn.

Tabel 15: *Overzicht van het aantal cliënten naar etnische achtergrond waarbij alleen zowel psychosociale problematiek als lvg werd geregistreerd (peiljaar 2007)*

Psychosociale problematiek en LVG									
		Niet-westerse allochtonen							
Lfgr	westers totaal	Marok-ko	Ned Antillen en Aruba	Suri-name	Turkije	Overig niet-westers	Autoch-tonen	onbe-kend	totaal
Onbekend	0	165	64	163	60	81	165	657	1.354
Totaal	**0**	**165**	**64**	**163**	**60**	**81**	**165**	**873 ***	**1.570 ***
%- allochtonen	0%	24%	9%	23%	9%	12%	25%	n.v.t.	100%
Geschatte aantallen	0	371	144	367	135	182	371	n.v.t.	1.426

Bij een instelling waren wel de leeftijden maar niet de etnische achtergrond bekend (n= 216)
N.v.t.: bij de berekening van percentages en bij de schatting van het aantal cliënten wordt de waarde 'onbekend' buiten de berekening gehouden

Uit de gegevens in tabel 15 lijkt er sprake te zijn van een oververtegenwoordiging van vooral Marokkaanse en Surinaamse jeugdigen als het de combinatie van psychosociale problematiek en lvg betreft.

Discussie

Allereerst is het van belang de beschikbare gegevens in perspectief te plaatsen. Van de benaderde 30 instellingen bleken er 27 te vallen binnen de onderzoeksvraag. Negen van hen konden geen gegevens leveren, de overigen (deels) wel. Niet altijd was het mogelijk om gegevens te krijgen naar etnische achtergrond en/of leeftijd. Vooral informatie over etnische achtergrond ontbreekt vaak (bij meer dan 50 procent). Dit betekent dat er geen sluitende conclusies kunnen worden getrokken uit de gepresenteerde cijfers. De gegevens zijn hooguit indicatief.

Met deze beperking in gedachten is het hoge percentage Surinamers en Marokkanen dat in de registraties naar voren komt, toch opvallend. Van de eerstgenoemde groep is bekend dat zij over het algemeen meer zorg gebruiken dan andere allochtonen. Marokkanen daarentegen zijn vaak in andere onderzoeken ondervertegenwoordigd als het om zorggebruik gaat. Het hoge aantal Marokkanen werd niet veroorzaakt door een (of een enkele) instelling. Het kan overigens zijn dat instellingen die de culturele herkomst wel goed registreren juist ook veel allochtone cliënten in zorg hebben. Dit kan echter niet met feiten worden bevestigd, want het is niet bekend wat het aandeel allochtonen is bij instellingen die dit niet registreren.

Niet alle instellingen hebben gegevens aangeleverd, wat betekent dat hun cliënten dus ook niet zijn meegenomen in het onderzoek. Ook zal een deel van de Amsterdamse jeugdigen mogelijk bij een instelling buiten regio Amsterdam zorg ontvangen. Die cliënten zijn dan niet betrokken bij dit onderzoek.
Ook zal een aantal cliënten in een verslagjaar van meer instellingen tegelijk zorg hebben ontvangen en zullen derhalve dubbel geteld zijn. Het was niet mogelijk dubbeltellingen te voorkomen.

4. Interviews met sleutelfiguren

4.1. Inleiding

Om de resultaten van zowel het literatuuronderzoek als de analyses van beschikbare epidemiologische gegevens en zorgregistraties in perspectief te plaatsen zijn open interviews afgenomen bij sleutelfiguren in zowel de zorg als van migrantenorganisaties. De vier geïnterviewden werken allen in de zorg- en hulpverlening en/of in jongerencentra voor Turken en Marokkanen.

In de interviews kwamen de volgende vragen aan bod:

- Erkenning van de problematiek: komt er meer psychosociale problematiek voor bij Amsterdamse jeugd van allochtone afkomst?
- Erkenning van de problematiek: komen lichte verstandelijke handicaps meer voor bij Amsterdamse jeugdigen van allochtone afkomst?
- Wat zijn mogelijke achtergronden voor deze verschillen? Welke mogelijke oorzaken benoemen de respondenten?
- Hoe beleven de respondenten de zorgvraag van de ouders/verzorgers en betrokken kinderen? Wordt de problematiek erkend en is er sprake van een duidelijke zorgvraag?
- Hoe beleven de respondenten het zorgaanbod in Amsterdam voor de ouders/verzorgers en de betrokken kinderen? Welke zorg is beschikbaar? Is het aanbod bekend? Is het aanbod toegankelijk voor allochtone cliënten?
- Waar zitten volgens de respondenten de knelpunten in zorgvraag, zorgaanbod en de aansluiting van beide?
- Wat zou er volgens de respondenten moeten gebeuren om de knelpunten op te lossen? Welke rol en verantwoordelijkheid zou de gemeente daarin moeten innemen? (‘Als u wethouder van de gemeente Amsterdam zou zijn, wat zou u dan doen?’)

4.2 Resultaten

In de interviews is getoetst in hoeverre de gevonden resultaten uit de literatuurstudie overeenkwamen met de ervaringen van de respondenten. De verkregen gegevens zijn analoog aan de onderzoeksvragen geordend.

1. Wat is de aard en omvang van psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen onder de Amsterdamse jeugd?
De respondenten zijn van mening dat er in Amsterdam veel jongeren rondlopen met sociaalemotionele problemen, meer dan wordt gedacht. Oorzaak is dat de problemen mede door cultuurverschillen en taalbarrières niet meteen worden opgemerkt.
Zij baseren hun mening op de ervaringen in hun eigen werkveld – de hulpverlening – waarin zij zien en horen dat er veel jongeren zijn die met een gevoel van machteloosheid rondlopen waardoor zij zich ongelukkig voelen. Bij jongens zou meer schizofrenie voorkomen en meisjes lijden vaker aan depressieve gevoelens. Een respondent: 'De jongens zijn zwak en de meisjes hebben meer te lijden. Meiden moeten veel harder knokken dan de jongens, die hebben een veel makkelijker leven. De meisjes hebben in het begin geen problemen maar krijgen die later als ze getrouwd zijn. Bij jongens komen deze problemen al in de puberteit.'
Op de lange termijn betekent dit voor deze jongeren dat ze hun opleiding afbreken, met ruzies weggaan op de werkvloer en aan de drank en/of drugs gaan. Depressieve meisjes lijken aanvankelijk braaf, want zij vertonen rustig gedrag en blijven veel thuis. Als zij de huwbare leeftijd bereiken, wijzen zij de haar toegewezen kandidaten veelal af 'want ze heeft wel iets anders aan haar hoofd'. De situatie in het gezin escaleert dan.
De respondenten denken niet dat deze problemen de komende twintig jaar zullen verdwijnen. Zij zien eerder een toename, mede doordat er nog steeds laag of niet-opgeleide partners uit het land van herkomst naar Nederland komen.

2. Wat is het zorggebruik door en voor (ouders/verzorgers van) Amsterdamse kinderen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen?
Ouders zoeken zelf geen hulp, zo menen de respondenten, het komt zelden voor dat zij aan de bel trekken. Ouders zijn met zichzelf bezig en er gebeurt pas iets als de problematiek op de een of andere manier uit de hand loopt en/of de jongeren met de politie in aanraking komen.

Soms zoekt de school hulp, maar als daar geen problemen worden gesignaleerd dan is er bijna niemand die de kinderen kan helpen, behalve soms een familielid of een verstandige broer of zus.

Sommigen menen dat jongeren de laatste jaren iets meer naar de zorg gaan, maar dat er nog wel een hoge drempel is. Als ouders/jongeren eenmaal contact hebben met de GGZ dan is hun mening hierover heel wisselend. Respondenten vinden dat mensen heel hoge verwachtingen hebben van de zorg; ze verwachten bovendien dat ze veel medicijnen krijgen. En als dit niet gebeurt, denken sommigen dat er sprake is van discriminatie. Enerzijds zijn ze heel dankbaar voor de mogelijkheden en voorzieningen in de zorg, die veel beter is dan bijvoorbeeld in Marokko. Anderzijds zijn in Nederland veel obstakels zoals te veel regels en te veel veranderingen in de zorg die de toegang belemmeren, evenals de vraaggerichte zorg. Ook poortwachters belemmeren de toegang naar de zorg, net als late diagnostiek door een gebrek aan communicatie. Zo zijn er bijvoorbeeld vragenlijsten die niet passen bij de cultuur ('Hoe vaak laat u uw hond uit; hoe vaak fietst u'). Daarnaast herkennen de cliënten vaak zelf niet de problematiek en denken dat het wel weer vanzelf zal overgaan. Bovendien is er de vaste regel dat je in de groep niet over problemen en gevoelens praat. Cliënten voelen zich vaak niet begrepen door de arts. Bijvoorbeeld als ze uitleggen dat ze 'bezeten' zijn, een probleem dat de arts ontkent. Er zijn jongeren die zich onttrekken aan alle behandelingen, thuis zitten bij hun ouders en het gezin terroriseren.
Een ander cultuurverschil in de beleving van een ziekteproces is het somatiseren van psychische klachten; dit speelt bij etnische groepen een belangrijke rol. De eerste generatie gastarbeiders heeft de ontwikkelingen in de psychologie en de psychiatrie in het eigen land niet meegemaakt. Daarom is vooral bij lager opgeleiden de culturele identiteit van de hulpverlener van belang om vertrouwen op te bouwen; soms is er ook wantrouwen of de hulpverlener wel over de juiste diploma's beschikt.
Bij dezelfde culturele identiteit van de hulpverlener en de cliënt speelt de houding ten aanzien van religie, verwestersing en alcoholgebruik.
Aan de andere kant menen de respondenten dat de Nederlandse hulpverleners hun cliënten niet begrijpen. 'Cliënten zullen nooit open en eerlijk zijn tegen de hulpverlener, echt niet.'
Een respondent die sinds vijftien jaar in de zorg actief is vindt de Nederlandse hulpverlener heel star. Zij pleit uitdrukkelijk voor veel meer creativiteit en meer individuele hulp, zij is van mening dat de Nederlandse hulpverlening de etnische jongeren niet zal bereiken als het zo blijft als nu.

‘Als je wilt kun je ze echt bereiken. Je bereikt ze waar zij verplicht zijn: op school en als ze jong zijn bij de GGD. En je bereikt ze waar ze graag komen omdat ze het leuk vinden, bijvoorbeeld op voetbalclubjes. Iemand die er veel vanaf weet, moet er naar toe. En empathie, dat is het allerbelangrijkste, empathie moet er zijn; je moet er open voor staan.’

De respondenten menen dat er weinig gebruik wordt gemaakt van de zorg en de mogelijkheden voor begeleiding van lvg jongeren. ‘In ieder geval vind ik dat er te weinig gebruik wordt gemaakt van de voorzieningen die er zijn voor mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking zoals dagbesteding, activiteitenbegeleidingen en dat soort dingen. Waarom weet ik niet, er is weinig vertrouwen, maar ook onwetendheid. De kinderen komen na school thuis en dan worden ze binnen gehouden. Ze worden niet zo snel alleen naar buiten gelaten, want ze worden gepest op straat.’
‘Ouders zullen zelf niet zo snel hulp zoeken, want er heerst een taboe over verstandelijk gehandicapten en over psychosociale hulpverlening, dat wordt allemaal niet geaccepteerd want dat kennen ze niet, heel simpel.’

Toch signaleren de respondenten meer openheid dan tien jaar geleden en zij zien dit als een positieve ontwikkeling. ‘Er zijn heel goede ontwikkelingen en dat zijn dan weer signalen waardoor mensen denken dat ze serieus worden genomen. Er wordt gekeken hoe deze doelgroep begeleid kan worden en zorg aangeboden kan worden. Ook bij de GGZ zijn er goede ontwikkelingen, zoals een Marokkaanse psychiater. Voor mensen met verstandelijke beperkingen is er een opvanghuis, Doenja. Ze houden daar rekening met de culturele achtergrond, er is halal eten, de medewerkers hebben affiniteit met de multiculturele doelgroep. Dit soort initiatieven zijn positief.’

3. Wat is bekend over potentiële oorzaken van mogelijke verschillen in voorkomen van en zorggebruik door kinderen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen naar etnische achtergrond?
De achtergrond, vooral de sociaaleconomische status, van de ouders is volgens de respondenten de grootste risicofactor voor het ontwikkelen van psychosociale problematiek. Het lage inkomen brengt slechte huisvesting met zich mee, waardoor te veel kinderen in te kleine huizen wonen. Het lage opleidingsniveau, de onwetendheid en de geringe bagage van de ouders, die bovendien denken dat opvoeden door de leerkrachten op school wordt gedaan, speelt een rol. ‘Ze denken dat ze alleen hoeven zorgen voor een dak boven hun hoofd en eten. Spelen doen de kinderen buiten.

Zo zijn de ouders zelf opgegroeid. Kinderen voelen zich daardoor eenzaam en praten daar niet over met hun ouders. Natuurlijk hebben kinderen meer nodig dan alleen verzorging; ze krijgen niet voldoende liefde en aandacht. De basis is niet goed, heel simpel. In het land van herkomst is de sociale controle heel groot en is er sociale steun. Hier niet. Dat is moeilijk, de kinderen leven tussen twee culturen: school en thuis.’
‘ In Marokko is men gewend dat iedereen elkaar opvoedt. De verwachting is dat die opvoeding overal doorloopt, op school, op het werk, op straat. In deze samenleving is dat niet zo; je bent als ouders zélf verantwoordelijk voor de opvoeding van je kinderen. En je bent ook verantwoordelijk om te observeren hoe je kind opgroeit. Maar er zijn gezinnen waar de kinderen vrijgelaten worden terwijl ouders echt niet weten wat hun kind doet. Door het gebrek aan aandacht en begeleiding vormen kinderen een groep om de veiligheid in de omgeving te zoeken. Ze laten merken dat ze eigenlijk aandacht willen, ze doen stoer of druk, trekken de aandacht. Ouders willen wel, maar ze kunnen niet zo veel doen aan de ondersteuning van hun kinderen omdat ze niet weten hoe het onderwijssysteem in elkaar zit. Ze spreken de taal niet, kunnen niet rekenen of helpen bij een huiswerkprobleem van hun kind.’
‘Er is bij ouders veel onwetendheid over het belang om betrokken te zijn bij de school van hun kinderen. Daar komt bij dat ze weinig vertrouwen hebben in het onderwijs, terwijl zij het wel belangrijk vinden dat hun kinderen een hoge opleiding krijgen, mede om via hun kinderen meer aanzien te verwerven.’
Gebrek aan taalvaardigheid speelt een grote rol in de communicatie tussen ouders, kinderen en hun omgeving.
Sociale vaardigheden worden wel aangeleerd. Een respondent vindt jongeren heel onbeschoft: ‘Ik vind ze hartstikke brutaal. Echt tegen iedereen.’

De respondenten noemen unaniem een andere belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van psychosociale problemen, namelijk het zich niet thuis voelen, zich niet serieus genomen voelen in de huidige samenleving. ‘Allochtonen hebben nog steeds problemen, als het om politiek gaat, namelijk dat ze als probleemgroep worden gezien, dat ze niet opgenomen zijn in de samenleving. Bepaalde negatieve dingen worden aan de groep toegeschreven, soms wel terecht, maar dat heeft invloed. Dit is een van de belangrijkste redenen waarom mensen zich terugtrekken. Ze isoleren zichzelf en worden geïsoleerd door wat in Nederland gebeurt – zoals de aanslag op Van Gogh – of in Irak. Als allochtonen als probleemveroorzakers worden gezien, stellen Nederlanders zich anders op en als ouders zich niet thuis voelen, werkt dat negatief in de opvoeding.

Hierdoor, maar ook door religieuze en nationalistische opvattingen, kunnen kinderen met dilemma's komen te zitten. Die opvoeding gekoppeld aan al die negatieve berichten uit de samenleving kan heel wat doen met jongeren.
Een grote stressor vormen cultuurverschillen. Bij het zorggebruik spelen cultuurverschillen en taalbarrières een rol waardoor men geen idee heeft wat er nu echt bij een patiënt speelt. Bijvoorbeeld als kinderen over hun moeder vertellen dat ze heimwee heeft, maar ze eigenlijk depressief is.
Een respondent die veel met verstandelijk gehandicapten werkt, zegt over verstandelijke beperkingen en psychosociale problematiek: 'Een verstandelijke handicap gaat vrijwel altijd gepaard met psychosociale problematiek. Doordat de verstandelijke handicap niet geaccepteerd wordt, ontstaan andere problemen, vooral in de puberteit. Ze willen er zo gewoon mogelijk uitzien en zo gewoon mogelijk doen, daarom gaan ze ook niet naar de dagopvang. Soms zie ik op straat daklozen aan wie ik kan zien dat ze verstandelijk gehandicapt zijn.'

4. Wat is bekend over potentiële gevolgen van gebrek aan (kwalitatief goede) zorg voor kinderen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen naar etnische achtergrond?
Ouders en jongeren zien psychologen meer als praatpaal en hebben geen idee waar daadwerkelijke oorzaken van de problemen liggen.
'Een depressieve moeder die niet wordt geholpen leidt er vaak toe dat jongeren die nog thuis wonen ook depressief worden. We proberen op een creatieve en indirecte manier invloed uit te oefenen op de omgeving van de moeder/vader of de jongeren. Maar soms lukt het niet en dan moet je het allemaal laten gebeuren. Eerst raken ze helemaal burn-out en dan komen ze vanzelf; dan kun je mensen goed helpen.'

5. Welke lacunes in kennis bestaan er ten aanzien van voorgaande vragen?
Ook uit de interviews blijkt dat de grootte van de groep jongeren met psychosociale problemen en/of verstandelijke handicap niet bekend is.

Oplossingen
De door respondenten genoemde oplossingen voor knelpunten:

- 'Allereerst sociaaleconomische problemen oplossen.'
- 'In het onderwijssysteem meer gelijke kansen inbouwen.'
  'Het onderwijssysteem zoals actief leren, zelfstandigheid, ook het in therapie zijn en dergelijke zaken is toegeschreven naar de middenklasse. Op zichzelf is dat goed, maar als je in lagere sociaaleconomische klasse leeft, dan sluit dat niet aan.'
- 'Aan ouders uitleggen dat opleiding niet nodig is om mee te helpen op de school van hun kinderen (door schaamte en onzekerheid durven ouders vaak niet mee te doen op school).'
- 'Het onderwijs schiet in de opvoeding tekort. Het onderwijs zou ook veel meer vrijheid moeten hebben om zich te kunnen bemoeien met het kind, in het belang van de toekomst van het kind. Daarnaast zouden ouders verplicht moeten worden om een keer in de week op school te zijn om te zien wat er gebeurt op school, wat de kinderen doen op school. Kinderen zijn op school heel anders dan thuis.'
- 'Ik denk dat maatschappelijke opvoeding heel erg belangrijk is; ouders kunnen niet alleen verantwoordelijk zijn, de opvoeding kan niet alleen op hen worden afgeschoven, gezien de ongelijke kansen door de sociaaleconomische achtergrond. Eigenlijk zou je al moeten beginnen met kinderen vanaf een jaar, een stapje verder met de voorschool. Ouders willen het beste voor hun kinderen, alleen er moet wel goed gecommuniceerd worden met de ouders, dan zijn ze te overtuigen.'
- 'Het is van belang dat de maatschappelijke dienst op school de kloof voor jongeren naar de GGZ-zorg verkleint; dat zij signalen opvangt en contact met ouders onderhoudt. De mentor zou jongeren naar maatschappelijk werk kunnen verwijzen. Ook zou er meer huisbezoek moeten zijn zodat jongeren het gevoel krijgen dat ze meetellen en geaccepteerd worden.'
- 'Ouders kunnen leren rustig naar de kinderen te luisteren, aandacht te geven en te ondersteunen bij hun problemen en bijvoorbeeld bij te staan in het groepsgebeuren.'
- 'Ook zouden ouders overtuigd kunnen worden dat er andere methodes van straffen zijn, bijvoorbeeld door trainingen te geven in het omgaan met pubers. Het geloof en het westerse sociale leven hoeven helemaal niet te botsen.
  De ontwikkeling van de vrouw is hierbij van groot belang, want zij gaat anders kijken naar de opvoeding van het kind. Maar ook proberen de mannen bij allerlei projecten te betrekken.'
- 'Geprobeerd kan worden vanuit de thuiszorg cliënten naar een afdeling psychologie of naar de GGZ te verwijzen voor gesprekken.'
- 'Jongeren indirect ondersteunen en begeleiden, zonder dat zij het zelf doorhebben.
  Dan moet je creatief zijn en via gemeenschappelijke doelen hen

bereiken, bijvoorbeeld via voetballen.'

- 'De mensen zelf betrekken bij het ontwikkelen van beleid, dat is echt heel belangrijk.'
- 'In de opleiding van het onderwijs en de hulpverlening zou veel meer aandacht besteed moeten worden aan de cultuurspecifieke dimensies. Politie en buurtregisseurs zouden in hun opleiding meer moeten leren over verstandelijke beperkingen.'
- 'Televisieprogramma's kunnen ook oplossingen bieden om jongeren en hun ouders te bereiken, bijvoorbeeld in vrouwenprogramma's waarin vrouwen aan het woord worden gelaten over hun eigen ervaringen. Door middel van rollenspel kunnen problemen aan de orde komen die in gezinnen spelen.'

Opvallende uitspraken

- 'Die eerste generatie ouders is een verloren generatie. Die ouders willen het beste voor hun kinderen en ze willen het op de manier doen zoals zij zelf opgevoed zijn, maar dat lukt niet. Zij zeggen: met mij is het ook goed gekomen. Dat vinden ze, maar hun kinderen willen niet hetzelfde eindigen als hun ouders; laag opgeleid, geen toekomstperspectief, niks opgebouwd in land van herkomst en hier niks opgebouwd, nog steeds in een beschimmeld vochtig huis met meubels uit de jaren zeventig.'
- 'Ouders denken dat ze de kinderen stimuleren, maar dat doen ze alleen in woorden: je moet studeren, je moet naar school, je moet je best doen. Maar het is breder dan dat.
  In de Marokkaanse opvoeding wordt kinderen niet bijgebracht vertrouwen te hebben in eigen kunnen. Kinderen worden niet opgevoed met het idee dat je kunt bereiken wat je wilt als je er je best voor doet. Ouders zeggen niet: we gaan met je kijken wat de mogelijkheden zijn, we gaan mee naar de voorlichtingsbijeenkomsten, we gaan kijken welke studie bij je past, doe een studietest of een beroepentest. Dat zijn allemaal factoren die de motivatie bevorderen. Maar dat doet de oudere generatie niet.'
- 'Marokkaanse jongeren leren van huis uit liegen en bedriegen. Ze zijn huichelachtig; ouders geven zelf het voorbeeld.'
- 'Eigenlijk is er weinig contact tussen ouders en kinderen. Bij de oudere generatie zie je nooit dat iemand een kind op schoot neemt en knuffelt, dat hoort gewoon niet.'
- 'Ouders zeggen: zo doen wij dat niet, maar zij leggen niet uit waarom. Die uitleg is heel belangrijk en dat gebeurt niet zo veel. Er zijn maar heel weinig kinderen die hun problemen of gevoelige onderwerpen met hun ouders bespreken. Of de ouders negeren dit omdat ze het niet gewend zijn.'
- 'Als je heel erg sociaal vaardig bent, word je al heel snel gezien als een brutaal bijdehandje. Het missen van sociale vaardigheden kan grote beperkingen geven voor ontplooiing.'

5. Beschouwing en aanbevelingen

5.1 Inleiding

Onderhavig inventariserend onderzoek naar psychische problemen en/of verstandelijke handicaps bij de Amsterdamse jeugd had tot doel antwoord te geven op de volgende vragen:

1. Wat is de aard en omvang van psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen bij de Amsterdamse jeugd, met speciale aandacht voor mogelijke verschillen naar etnische achtergrond?
2. Wat is het zorggebruik door en voor (ouders/verzorgers van) Amsterdamse kinderen met psychische problemen en/ of verstandelijke beperkingen, met speciale aandacht voor mogelijke verschillen naar etnische achtergrond?
3. Wat is bekend over potentiële oorzaken voor mogelijke verschillen in voorkomen en zorggebruik voor Amsterdamse kinderen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen naar etnische achtergrond?
4. Wat is bekend over mogelijke gevolgen van een gebrek aan (kwalitatief goede) zorg voor Amsterdamse kinderen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen naar etnische achtergrond?
5. Welke lacunes in kennis bestaan er ten aanzien van voorgaande vragen?

Om de vraagstellingen zo goed mogelijk te beantwoorden is de volgende aanpak gekozen:

1. Literatuuronderzoek naar beschikbare onderzoeksgegevens over het voorkomen van én de zorg voor kinderen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen, gericht op mogelijke verschillen naar etnische achtergrond.
2. Inventarisatie en analyse van beschikbare epidemiologische gegevens met als doel inzicht te verkrijgen in het voorkomen van psychische problemen en verstandelijke beperkingen bij de Amsterdamse jeugd naar etnische achtergrond.
3. Inventarisatie en analyse van cases gezien bij de GGD (Jeugdgezondheidszorg, Vangnet Jeugd, Vangnet en Advies).
4. Inventarisatie en analyse van beschikbare zorgregistraties om inzicht te verkrijgen in het gebruik van zorg voor en door de Amsterdamse jeugd met psychische problemen en verstandelijke beperkingen.
5. Kwalitatief onderzoek onder sleutelfiguren in de zorg voor de Amsterdamse jeugd en in zelforganisaties van migranten.

Op basis van de zo verzamelde informatie zullen hieronder de onderzoeksvragen beantwoord worden en van commentaar worden voorzien.

5.2 Aard en omvang psychosociale problematiek en/of lvg Amsterdamse jeugd naar etniciteit

Uit de (beperkte) beschikbare gegevens voor Amsterdam komt geen eenduidig beeld naar voren over de relatie tussen etniciteit en het voorkomen van psychosociale problematiek bij de Amsterdamse jeugd. Sommige rapporteren een hogere prevalentie van psychosociale problematiek bij jongeren met een niet-westerse etniciteit; andere rapporteren relaties met opleidingsniveau (meer problematiek bij lager opleidingsniveau) maar niet met etniciteit, en geslacht (meer problematiek bij meisjes). De prevalentie van psychosociale problematiek is verder afhankelijk van de leeftijd.
Zo constateert de jeugdgezondheidszorg bij 18 procent van de 5-jarigen in Amsterdam (circa 1.500 kinderen) psychosociale problematiek, bij 30 procent van de 10-jarigen (circa 2.000 kinderen) en 40 procent bij de leerlingen van de tweede klas van het vo (circa 5.500 kinderen). Deze percentages maken wel duidelijk dat psychosociale problematiek veelvuldig voorkomt bij de Amsterdamse jeugd.
Verschillen in gerapporteerde percentages hangen vooral samen met verschillen in onderzoeksmethoden (gebruikte vragenlijsten, bron van informatie en dergelijke).
Hoeveel kinderen met een verstandelijke beperking er in Amsterdam zijn is niet bekend. Op basis van landelijke schattingen (ook landelijk zijn geen valide cijfers beschikbaar) zou het aantal jeugdigen (tot 24 jaar) met een lichte verstandelijke beperking (IQ lager dan 85) circa 31.000 bedragen.
Cijfers over het voorkomen van verstandelijke beperkingen naar etniciteit ontbreken. Wel blijken Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse Amsterdamse kinderen oververtegenwoordigd in het speciaal basisonderwijs (maar niet in het speciaal voortgezet onderwijs).

Een lichte verstandelijke handicap gaat vaak samen met psychische en psychiatrische problematiek (bij naar schatting 50 procent), vaak ook in combinatie met opvoed- en opgroeiproblemen.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat betrouwbare gegevens over de aard en omvang van zowel psychosociale problematiek als lichte verstandelijke handicaps bij de (Amsterdamse) jeugd naar etniciteit nog ontbreken.

Om beter zicht te krijgen op de omvang en aard van de problematiek is dan ook nader onderzoek nodig. Het ontwerpen en invoeren van een leerlingvolgsysteem psychosociale ontwikkeling voor leerlingen van het basisonderwijs in Amsterdam – zoals is voorgesteld – kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

5.3. Zorggebruik door en voor Amsterdamse jeugdigen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen naar etniciteit

Voor het in kaart brengen van het zorggebruik voor Amsterdamse kinderen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen is gebruikt gemaakt van de registraties van een aantal zorginstellingen. De beschikbare gegevens omvatten slechts een deel van de gebruikte zorg. Instellingen zijn bereid om gegevens te leveren, maar vaak daartoe niet in staat. Ook is het vaak niet mogelijk gegevens terug te voeren naar etnische achtergrond en leeftijd van de cliënt.
Dit betekent dat de nu beschikbare gegevens een vertekening geven van het werkelijke zorggebruik.

Over het zorggebruik in verband met psychische problemen naar etniciteit zijn op grond van de beschikbare gegevens geen uitspraken te doen.
Over het zorggebruik in verband met verstandelijke beperkingen naar etniciteit is beperkt inzicht verkregen. Indien wordt gekeken naar alleen lichte verstandelijke beperkingen dan lijken autochtone Amsterdamse kinderen oververtegenwoordigd, als het gaat om een combinatie van lvg en psychosociale problematiek dan lijken juist Marokkaanse en Surinaamse Amsterdamse kinderen oververtegenwoordigd.

Alle zorginstellingen die betrokken zijn bij de zorg aan Amsterdamse kinderen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen zijn in principe bereid gegevens (op termijn) te leveren. Gezien het beperkte beeld dat op dit moment kan worden verkregen verdient het aanbeveling om verder met de zorginstellingen te overleggen hoe en op welke termijn de registraties een betrouwbaar beeld kunnen geven van het zorggebruik. In combinatie met beter inzicht in de aard en omvang van de problematiek kan dan ook nader onderzocht worden in hoeverre zorgaanbod en zorgvraag op elkaar aansluiten.

5.4. Mogelijke oorzaken voor verschillen in voorkomen van en zorggebruik voor Amsterdamse jeugdigen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen naar etniciteit

Op basis van de beschikbare epidemiologische gegevens en zorgregistraties kunnen geen duidelijke verschillen geconstateerd worden naar etnische achtergrond. Toch komt duidelijk een aantal risicofactoren en stressoren naar voren voor het ontwikkelen van psychosociale problematiek bij vooral jongeren met een niet-westerse achtergrond en jeugdigen met een verstandelijke beperking met een niet-westerse achtergrond. Deze risicofactoren en stressoren zijn niet zozeer verbonden met etniciteit, maar veeleer met migratie en een laag opleidingsniveau. Het migratieproces geeft vooral voor laagopgeleiden (en hun kinderen) veel stressfactoren die kunnen leiden tot psychosociale problematiek.
De cultureel-etnische beleving van gezondheid en ziekte lijkt een belangrijke factor bij het zorggebruik, zowel in geval van psychosociale problematiek als van licht verstandelijke beperkingen.

Aan de hand van het dynamische stresskwetsbaarheid model van Ormel et al. (2001) zijn de uit de literatuur bekende stressoren en risicofactoren voor de ontwikkeling van psychosociale problematiek en/of een verstandelijke beperking, en (gebrek aan) de toegang of gebruik van de zorg voor etnische jongeren geordend (zie pagina's 81 t/m 87). Deze ordening geeft handvatten om zowel wat betreft in de preventie van psychosociale problematiek en/of verstandelijke beperkingen als de toegang en de kwaliteit van de zorg te interveniëren. Ondanks het feit dat de exacte aard en omvang van de problematiek niet bekend is, wordt uit de beschikbare kennis uit de literatuur wel duidelijk dat vooral etnische – laagopgeleide – jongeren zich in een zeer kwetsbare positie bevinden die ingrijpen noodzakelijk maakt.

5.5 Wat is bekend over mogelijke gevolgen van een gebrek aan (kwalitatief goede) zorg voor Amsterdamse jeugdigen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen naar etnische achtergrond?

Verhoudingsgewijs komen veel etnische jongeren terecht in de jeugdbescherming en justitiële inrichtingen en minder in de vrijwillige hulpverlening. Dit wijst er op dat er mogelijk te laat een beroep gedaan wordt op de reguliere lichtere vormen van zorg, dan wel dat de aangeboden zorg onvoldoende aansluit bij de zorgvraag. Op basis van het literatuuronderzoek zijn stressoren en risicofactoren naar voren gekomen die een rol spelen bij vooral de beperkingen van toegang tot de zorg en van de kwaliteit van zorg voor etnische jongeren. Over het algemeen werden deze factoren ook benoemd en herkend door de geïnterviewden; zij bieden aanknopingspunten voor zowel het verbeteren van de toegang tot de zorg als het verbeteren van de kwaliteit van de zorg.
Emotionele problemen in de (vroege) jeugd zijn een belangrijke oorzaak bij het ontstaan van etnische verschillen in sociaaleconomische positie van jongvolwassenen. Vroegtijdige signalering en inzet van de juiste zorg zijn dus van groot belang.

5.6 Lacunes in kennis

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat er vooral lacunes in kennis bestaan op het gebied van de volgende twee onderzoeksvragen:

- gebrek aan betrouwbare informatie over de aard en omvang psychosociale problematiek en verstandelijke handicaps bij Amsterdamse jongeren;
- gebrek aan betrouwbare informatie over het gebruik van de zorg, en de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod (ook wat betreft kwaliteit).

Samenvatting

Uit de samenleving komen de afgelopen tijd signalen dat psychische problemen en verstandelijke beperkingen onder etnische kinderen meer lijken voor te komen dan gemiddeld in de bevolking en dat de zorgvraag en het zorgaanbod onvoldoende op elkaar aansluiten. Dit leidt soms tot incidenten met groot maatschappelijk effect.

Het ontbreekt op dit moment aan een systematisch en betrouwbaar overzicht van de beschikbare gegevens over psychische problemen en verstandelijke beperkingen bij de Amsterdamse jeugdigen en hun zorggebruik, vooral bij kinderen met een etnische achtergrond.
Om de signalen te kunnen beoordelen heeft het College van Burgemeester & Wethouders van Amsterdam inzicht nodig in:

- Het voorkomen van psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen bij de Amsterdamse jeugd, met speciale aandacht voor mogelijke verschillen naar etnische achtergrond.
- Het gebruik van zorg door en voor Amsterdamse kinderen met psychische problemen en/of een verstandelijke handicap, waarbij ook mogelijke verschillen naar etnische achtergrond relevant zijn.

Het College van Burgemeester & Wethouders heeft daarom in december 2007 de GGD Amsterdam opdracht gegeven een inventariserend onderzoek uit te voeren naar psychische problemen en lichte verstandelijke handicaps onder de Amsterdamse jeugd. De aandacht gaat hierbij vooral uit naar aard en omvang, mogelijke knelpunten in de zorg en mogelijke verschillen naar etnische achtergrond. Het onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met de UvA.

Vraagstellingen

Het inventariserend onderzoek beoogt antwoord te geven op de volgende vraagstellingen:

1. Wat is de aard en omvang van psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen bij de Amsterdamse jeugd?
2. Wat is het zorggebruik door en voor (ouders/verzorgers van) Amsterdamse jeugdigen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen?

3. Wat is bekend over potentiële oorzaken van mogelijke verschillen in voorkomen van en zorggebruik door jeugdigen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen naar etnische achtergrond?
4. Wat is bekend over mogelijke gevolgen van een gebrek aan (kwalitatief goede) zorg voor jeugdigen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen naar etnische achtergrond?
5. Welke lacunes in kennis bestaan er ten aanzien van voorgaande vragen?

Onderzoekspopulatie

Het onderzoek richt zich op de Amsterdamse jeugd tot 24 jaar. Deze leeftijdgrens is gekozen omdat het onderwijs- en jeugdbeleidsplan Jong Amsterdam van de gemeente Amsterdam en partners (schoolbesturen in het primair, voortgezet, speciaal, middelbaar en hoger beroepsonderwijs, instellingen op het terrein van welzijn, jeugdzorg en jeugdhulpverlening en politie en justitie) is bedoeld voor jongeren tot en met 23 jaar.

Methoden

Om de vraagstellingen zo goed mogelijk te beantwoorden is voor de volgende aanpak gekozen.

1. Literatuuronderzoek naar beschikbare onderzoeksgegevens.
2. Inventarisatie en analyse van beschikbare epidemiologische gegevens met als doel inzicht te verkrijgen in het voorkomen van psychische problemen en verstandelijke beperkingen bij de Amsterdamse jeugd naar etnische achtergrond.
3. Inventarisatie en analyse van cases gezien bij de GGD (Jeugdgezondheidszorg, Vangnet Jeugd, Vangnet en Advies).
4. Inventarisatie en analyse van beschikbare zorgregistraties om inzicht te verkrijgen in het gebruik van zorg voor en door de Amsterdamse jeugd met psychische problemen en verstandelijke beperkingen.
5. Beperkt kwalitatief onderzoek onder sleutelfiguren in de zorg voor de Amsterdamse jeugd en in zelforganisaties van migranten.

Resultaten

Aard en omvang psychosociale problematiek en/of lichte verstandelijke beperkingen Amsterdamse jeugd naar etniciteit
Uit de (beperkte) beschikbare gegevens voor Amsterdam komt geen eenduidig beeld naar voren over de relatie tussen etniciteit en het voorkomen van psychosociale problematiek bij de Amsterdamse jeugd. Sommige rapporteren een hogere prevalentie van psychosociale problematiek bij jongeren met een niet-westerse etniciteit, andere rapporteren relaties met opleidingsniveau (meer problematiek bij lager opleidingsniveau), niet met etniciteit, maar wel met geslacht (meer problematiek bij meisjes). De prevalentie van psychosociale problematiek neemt verder toe met de leeftijd. Zo constateert de jeugdgezondheidszorg bij 18 procent van de 5-jarigen in Amsterdam (circa 1.500 kinderen) psychosociale problematiek, bij 30 procent van de 10-jarigen (circa 2.000 kinderen) en bij 40 procent van de leerlingen van de tweede klas van het vo (circa 5.500 kinderen). Deze percentages maken wel duidelijk dat psychosociale problematiek veelvuldig voorkomt bij de Amsterdamse jeugd.
Verschillen in gerapporteerde percentages hangen vooral samen met verschillen in onderzoeksmethoden (gebruikte vragenlijsten, bron van informatie en dergelijke).
Hoeveel kinderen met een verstandelijke beperking er in Amsterdam zijn is niet bekend. Op basis van landelijke schattingen (ook hier zijn geen valide cijfers beschikbaar) zou het aantal jeugdigen (tot 24 jaar) met een licht verstandelijke beperking (IQ tussen 50 en 85) circa 31.000 bedragen. Cijfers over het voorkomen van verstandelijke beperkingen naar etniciteit ontbreken. Wel blijken Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse Amsterdamse kinderen oververtegenwoordigd in het speciaal basisonderwijs.

Een lichte verstandelijke handicap gaat vaak samen met psychische en psychiatrische problematiek (bij naar schatting 50 procent), vaak ook in combinatie met opvoed- en opgroeiproblemen.

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat betrouwbare gegevens over de aard en omvang van zowel psychosociale problematiek als lichte verstandelijke handicaps bij de (Amsterdamse) jeugd naar etniciteit nog ontbreken.

Om beter zicht te krijgen op de omvang en aard van de problematiek is dan ook nader onderzoek nodig. Het ontwerpen en invoeren van een leerlingvolgsysteem psychosociale ontwikkeling voor leerlingen van het

basisonderwijs in Amsterdam – zoals is voorgesteld – kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

Zorggebruik door en voor Amsterdamse jeugdigen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen, naar etniciteit
Voor het in kaart brengen van het zorggebruik voor Amsterdamse kinderen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen is gebruik gemaakt van de registraties van een aantal zorginstellingen. De beschikbare gegevens omvatten slechts een deel van de gebruikte zorg. Instellingen zijn bereid om gegevens te leveren, maar zijn daartoe vaak niet in staat of het is niet mogelijk gegevens terug te voeren naar etnische achtergrond en leeftijd van de cliënt.
Dit betekent dat de nu beschikbare gegevens een vertekening geven van het werkelijke zorggebruik.

Over het zorggebruik in verband met psychische problemen naar etniciteit zijn op grond van de beschikbare gegevens geen uitspraken te doen.

Over het zorggebruik in verband met verstandelijke beperkingen naar etniciteit is beperkt inzicht verkregen. Als gekeken wordt naar alleen lichte verstandelijke beperkingen dan lijken autochtone Amsterdamse kinderen oververtegenwoordigd. Als het gaat om een combinatie van lichte verstandelijke beperkingen en psychosociale problematiek dan lijken juist Marokkaanse en Surinaamse Amsterdamse kinderen oververtegenwoordigd.

Alle zorginstellingen die betrokken zijn bij de zorg aan Amsterdamse jeugdigen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen zijn in principe bereid gegevens (op termijn) te leveren. Gezien het beperkte beeld van dit moment verdient het aanbeveling om verder met de zorginstellingen te overleggen hoe en op welke termijn de registraties een betrouwbaar beeld kunnen geven van het zorggebruik. In combinatie met beter inzicht in de aard en omvang van de problematiek kan dan ook nader worden onderzocht in hoeverre zorgaanbod en zorgvraag op elkaar aansluiten.

Mogelijke oorzaken voor verschillen in voorkomen van en zorggebruik voor Amsterdamse kinderen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen naar etniciteit
Uit het literatuuronderzoek komt duidelijk een aantal risicofactoren en stressoren naar voren voor het ontwikkelen van psychosociale problematiek bij vooral jongeren met een niet-westerse migrantenachtergrond en jeugdigen met een verstandelijke beperking. Deze risicofactoren en stressoren zijn niet zozeer verbonden met etniciteit, maar veeleer met migratie en een lage sociaal economische positie. Het migratieproces geeft vooral voor laagopgeleiden (en hun kinderen) veel stressfactoren die kunnen leiden tot psychosociale problematiek.
De cultureel-etnische beleving van gezondheid en ziekte lijkt een belangrijke factor bij het zorggebruik, zowel in geval van psychosociale problematiek als van lichte verstandelijke beperkingen.

Aan de hand van het dynamische stresskwetsbaarheidmodel van Ormel et al. (2001) zijn de uit de literatuur bekende stressoren en risicofactoren voor psychosociale problematiek en/of een verstandelijke beperking en (gebrek aan) toegang of gebruik van de zorg voor etnische jongeren geordend (zie pagina's 81 t/m 87). Deze ordening geeft handvatten om zowel bij de preventie van psychosociale problematiek en/of verstandelijke beperkingen als bij de toegang en de kwaliteit van de zorg te interveniëren.

Hoewel de exacte aard en omvang van de problematiek niet bekend is, wordt wel duidelijk dat vooral etnische jongeren uit gezinnen met een lage welstand zich in een zeer kwetsbare positie bevinden die ingrijpen noodzakelijk maakt. Daarbij is het van belang de problematiek zo vroeg mogelijk te signaleren om de kans op versterking van de problemen later in het leven te verkleinen. Emotionele problemen in de jeugd zijn een belangrijke oorzaak bij het ontstaan van etnische verschillen in sociaal-economische positie van de jong volwassenen.

Wat is bekend over mogelijke gevolgen van een gebrek aan (kwalitatief goede) zorg voor Amsterdamse jeugdigen met psychische problemen en/of verstandelijke beperkingen naar etnische achtergrond?
Verhoudingsgewijs komen veel etnische jongeren terecht in de jeugdbescherming en justitiële inrichtingen en minder in de vrijwillige hulpverlening. Dit wijst er op dat er mogelijk te laat een beroep wordt gedaan op de reguliere lichtere vormen van zorg, dan wel dat de aangeboden zorg onvoldoende aansluit bij de zorgvraag. Op basis van het literatuuronderzoek zijn stressoren en risicofactoren in beeld gekomen die een rol spelen bij vooral de beperkte toegang tot de zorg en de kwaliteit van de zorg voor etnische jongeren. Over het algemeen werden deze factoren ook benoemd en herkend door de geïnterviewden. Deze factoren bieden aanknopingspunten voor zowel het verbeteren van de toegang tot de zorg als het verbeteren van de kwaliteit van de zorg.

Lacunes in kennis.
Uit het voorgaande wordt duidelijk dat er vooral lacunes in kennis bestaan op het gebied van de volgende twee onderzoeksvragen:

- Informatie over de aard en omvang van psychosociale problematiek en verstandelijke handicaps bij Amsterdamse jongeren;
- Informatie over het gebruik van de zorg en de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod (ook voor wat betreft kwaliteit).

Dankwoord

De auteurs willen graag een woord van dank richten tot de volgende personen en instanties voor hun bijdragen aan het onderzoek:

- De heer drs. Martijn ten Dam, Bureau SIGRA Dienstverlening, voor zijn belangrijke bijdrage aan het bijeenbrengen en het analyseren van de beschikbare relevante zorgregistraties
- De zorginstellingen die bereid waren gegevens te leveren uit hun zorgregistraties.
- De respondenten voor hun bereidheid voor medewerking aan een interview.
- Mevrouw dr. Marielle Dekker, tot voor kort verbonden aan de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van Erasmus MC – Sophia, zijn wij speciale dank verschuldigd voor haar kritische commentaar en uitgebreide aanvullende onderzoeksinformatie over verstandelijke beperkingen en gedragsproblemen.
- De heer prof. dr. Joop de Jong, Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling Gemeente Amsterdam, voor zijn kritische commentaar op het concept van het literatuuronderzoek.
- Mevrouw dr. Loes Verplanke en mevrouw drs. Ineke Teijmant, beiden afdeling Sociologie en Antropologie, Universiteit van Amsterdam, voor hun bijdrage aan het literatuuronderzoek en de opzet van de kwalitatieve interviews.
- Mevrouw dr. Matty de Wit en mevrouw drs. Adèle Diepenmaat, beiden GGD Amsterdam, voor de analyse van zorgregistraties en databestanden beschikbaar bij de GGD Amsterdam.
- De heer Jan Vlierhuis en de heer Edwin Steenbergen, beiden GGD Amsterdam, voor hun hulp bij de literatuursearch.
- Mevrouw Tia M. Lücker voor het redigeren van de hoofdtekst van het rapport.

Geraadpleegde literatuur (hoofdstuk 2)

Algemene Rekenkamer. Kopzorgen: zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen. Tweede kamer, vergaderjaar 2007-2008, kamerstuk 31 245.

Allochtone gehandicapt kind heeft het moeilijk. Trouw 30 juni 2000.

Beer PA. De ZMLK-leerlingen van Amsterdam. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1999.

Bellaart H, Azrar F. Jeugdzorg zonder drempels: eindverslag van een project over de toegankelijkheid en de kwaliteit van de jeugdzorg voor allochtone cliënten. Utrecht: Forum, 2003.

Bellaart HB. Transculturele toegang tot de Jeugdzorg: commentaar op het advies van de Projectgroep Toegang. Utrecht : NIZW, 1997.

Bengi-Arslan L, Verhulst F, Crijnen AAM. Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in the Netherlands. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2002;37:118-124.

Bengi-Arslan L, Verhulst FC, Ende J van der, Erol N. Understanding childhood (problem) behaviors from a cultural perspective: comparison of problem behaviors and competencies in Turkish immigrant, Turkish and Dutch children. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1997;32(8):477-484.

Berg M van den, Ruiter C de, Schoemaker C. Brancherapport GGZ-MZ 2000 - 2003: geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke zorg. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.

Berry JW, Sam DL. (1997). Acculturation and adaptation. In Berry JW, Segall MH, Kagitcibasi C. (Ed.). Handbook of Cross-cultural Psychology: social behavior and applications, vol 3. Needham Heights: Allyn and Bacon, 1997. p. 291-327.

Beunderman R, Savenije A, Mattheijer M, Willems P. Meer kleur in de Jeugd-GGZ. Assen: Van Gorcum, 2004.

Beusekamp, W. Verstandelijke beperking als taboe. Volkskrant 29 september 2007.

Bildt AA de The Friesland Study: Pervasive Developmental Disorders in Mental Retardation. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2003.

Boendermaker L, Veldt MC van der, Booy Y. Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg. Utrecht: NIZW, 2003.

Bogt T ter, Dorsselaer S van, Vollebergh W. Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren. Utrecht: Trimbos-Instituut, 2003. (HBSC - Nederland; 2002).

Bowlby J. Attachment and loss: Vol. I: Attachment. New York: Basis Books, 1969.

Bowlby J. A secure base: parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books, 1988.

Bouchier T, Groenwold L, Slot J. Quick Scan 0-5 jarigen in het kader van het Sociaal Structuurplan. Amsterdam: O+S, 2001.

Burger I, Hemert AM van, Bindrahan CA, Schudel WJ. Parasuïcides in Den Haag: meldingen in de jaren 2000-2004. Epidemiologisch Bulletin: tijdschrift voor Volksgezondheid en onderzoek in Den Haag 2005;40(4):2-8.

CBS. Jeugd 2003: cijfers en feiten. Voorburg [etc.]: CBS, 2003.

College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Signaleringsrapport GGZ-problematiek groten steden. Utrecht: Cbz, 2002.

College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Signaleringsrapport licht verstandelijk gehandicapte jongeren met probleemgedrag. Utrecht: Cbz, 2004.

Crijnen AA, Bengi-Arslan L, Verhulst FC. Teacher-reported problem behaviour in Turkish immigrant and Dutch children: a cross-cultural comparison. Acta Psychiatrica Scandinavica 2000;102(6):439-44.

Dekker M, Douma J, Ruiter K de, Koot H. Aard, ernst, comorbiditeit en beloop van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking. In: Didden R. (ed.). In perspectief: gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking. Houten : Bohn Stafleu van Loghum, 2006. p. 20-40.

Dekker MC, Koot HM. Disorders in children with borderline to moderate intellectual disability: prevalence and impact. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2003;42:915-922.

Dekker MC, Koot HM, van der Ende J, Verhulst FC. Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines 2002;43(8):1087-98.

Dekker MC. Psychopathology in children with intellectual disability. Dissertation Erasmus MC- Sophia Children's Hospital Rotterdam, 2003.

Dekovic M, Janssens JMAM, As NMC. Family predictors of antisocial behavior in Adolescence. Family Process, 2003;42(2):223-235.

Didden R. (ed.). In perspectief: gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006.

Diepenmaat ACM, Wal MF van der. Psychosociale gezondheid & pestgedrag van adolescenten in Amsterdam. Amsterdam: GG&GD Amsterdam. Cluster Epidemiologie, Documentatie & Gezondheidsbevordering, 2001.

Dieperink C, Dijk R van, Vries S de. Allochtonen in de GGZ1990-2004: groei en diversiteit. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2007;62(9):710–720.

Dillen T van. Zorg voor mensen met een lichamelijk of zintuiglijke handicap. In: Handboek interculturele zorg deel III-2.11. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2002.

Douma J C H, Dekker MC, Ruiter KP de, Tick NT, Koot H M. Antisocial and Delinquent Behaviors in Youths With Mild or Borderline Disabilities. American Journal on Mental Retardation 2007;112:207-220.

Douma JCH, Dekker MC, Ruiter KP de, Verhulst FC, Koot HM. Help-seeking process of parents for psychopathology in youth with moderate to borderline intellectual disabilities. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2006;45:1232-1242.

Douma JCH. Mental Health problems in youths with intellectual disability: need for help and help-seeking. Rotterdam: Erasmus MC, 2006.

Douma JCH, Dekker MC, Koot HM. Supporting parents of youths with intellectual disabilities and psychopathology. Journal of Intellectual Disability Research 2006;50:570-581.

Dykens EM, Hodapp RM. Research in mental retardation: toward an etiologic approach. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 2001;42(1):49-71.

Eldering L. Enkele episodes uit het leven van Marokkaanse en Turkse gezinnen. Leiden: Universiteit Leiden, 2002.

Eldering L, Adriani P, Hamel M, Vedder P. Verstandelijk gehandicapte kinderen in Marokkaanse en Turkse gezinnen. Assen: Van Gorcum, 1999.

Emerson E. Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. Journal of intellectual disability research 2003;47:51-8.

Ferdinand RF, van der Ende J, Verhulst FC. Parent-teacher disagreement regarding behavioral and emotional problems in referred children is not a risk factor for poor outcome. European child & adolescent psychiatry 2007;16(2):121-7.

Fergusson DM, Horwood LJ. Early Conduct Problems and Later Life Opportunities. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 1998;39(8):1097-1108.

Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 2005 Aug;46(8):837-49.

GGD Amsterdam. Psychosociale problematiek: factsheet monitor jeugd-gezondheidszorg Amsterdam (MJA) 2005. GGD Amsterdam. cluster Jeugd-gezondheidszorg. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2006.

Gemeente Amsterdam. Adviesraad Diversiteit en Integratie. Jong en kwetsbaar in Amsterdam: risicofactoren op school. Amsterdam: Adviesraad Diversiteit en Integratie, 2006.

Gemeente Amsterdam. Project Om Arm Amsterdam. Amsterdamse Armoedemonitor: nummer 7, juni 2004. Amsterdam: Sociale Dienst Amsterdam, 2004.

Ghaly M. Islam and disability: perspectives in Islamic theology and jurisprudence. Leiden: Leiden University. Faculty of Religious Studies, 2008.

Gilsing R. Lokaal jeugdbeleid: een inventariserend onderzoek. Den Haag: SCP, 1999.

Graaf M de, Schouten R, Konijn C. De Nederlandse jeugdzorg in cijfers 1998 – 2002. Utrecht: NIZW, 2005.

Herderschee, G. Vroeg ingrijpen helpt risicogezin. Volkskrant 29 mei 2008.

Hodapp R, Zigler E. Past, present and future issues in the developmental approach to mental retardation and developmental disabilities. In: Cicchetti D, Cohen D.(Ed.). Developmental psychopathology. New York: JohnWiley, 1995. p. 299-331.

Hofstra MB, Van der Ende J, Verhulst FC. Pathways of self-reported problem behaviors from adolescence into adulthood. The American Journal of Psychiatry 2002;159(3):401-7.

Hosper K, Konijn C, Vollebergh, W. Jonge allochtonen en hulp bij psychische problemen: verbetering van de kwaliteit van de ambulante GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.

Huiberts A, Meeus W, Oosterwegel A, Vollebergh W. Etnische verschillen in verbondenheid met ouders en gedragsautonomie. Pedagogiek 2002;22(3):233-249.

Ingleby D. Nieuwe visies op migratie, etniciteit en schizofrenie. Cultuur, Migratie en Gezondheid 2008;5(1):10-23.

Janssen CGC, Schuengel C. Gehechtheid, stress, gedragsproblemen en psychopathologie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking: aanzetten voor interventie. In: R. Didden (ed.). In perspectief: gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking. Houten : Bohn Stafleu van Loghum, 2006. p. 67-83.

Junger M, Mesman J, Meeus W. Psychosociale problemen bij adolescenten: prevalentie, risicofactoren en preventie. Den Haag: Ministerie van VWS, 2003.

Kamperman AM, Komproe IH, Jong JTVM de; Migrant mental health: a model for indicators of mental health and health care consumption. Health psychology 2007;26(1):96-104.

Knipscheer JW, Kleber RJ. A need for ethnic similarity in the therapist-patient interaction?: Mediterranean migrants in Dutch mental-health care. Journal of Clinical Psychology 2004;60:543-554.

Knipscheer JW, Kleber RJ. Help-seeking attitudes and utilization patterns regarding mental health problems of Surinamese migrants in The Netherlands. Journal of Counseling Psychology 2001;48(1):28-38.

Knipscheer JW, Kleber RJ. Help-seeking behaviour regarding mental health problems of Mediterranean migrants in the Netherlands: familiarity with care, consultation attitude and use of services. International Journal of Social Psychiatry 2005;51(4):372-382.

Knipscheer JW, Kleber RJ. Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. Tijdschrift voor Psychiatrie 2005(11):753-759.

Konijn, C. GGZ voor kinderen en jeugdigen samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid [website gegevens]. Bilthoven: RIVM, 2001.

Koot HM, Dekker MC. Handleiding voor de VOG: ouder- en leerkrachtversie = Manual VOG: parent and Teacher version. Rotterdam: Erasmus University, 2001.

Kouratovsky V. Psychotherapie, migratie en etniciteit. Kinder- en Jeugdpsychotherapie 2002;29(1):46-57.

Laar JJN van. Ethnic inequalities in quality of care for children in the Netherlands. Amsterdam: Thesis, 2006.

Landelijk kenniscentrum LVG. Indicatiecriteria LVG-jeugd met meervoudige problematiek. LKC-LVG, 2005.

Looij – Jansen PM van de, Bun CJE, Wilde EJ de. De samenhang tussen psychisch welbevinden en gezinsfactoren bij Turkse en Nederlandse adolescenten. TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2003, 4:189-95.

Lucht F van der, Verkleij H. Gezondheid in de grote steden. Houten [etc.]: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.

Messing J. De andere stem: interculturalisatie van de ggz vanuit het perspectief van migranten en vluchtelingen. Utrecht: GGZ Nederland, 2003.

Miech RA, Caspi A, Moffitt TE, Wright BE, Silva PA. Low socio-economic status and mental disorders: a longitudinal study of causation and selection. American Journal of Sociology 1999;04:1096-1131.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brancherapport GGZ-MZ'98-'01. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002.

Murad SD, Joung IMA, Verhulst FC, Mackenbach JP, Crijnen AA. Determinants of self-reported emotional and behavioral problems in Turkish immigrant adolescents aged 11–18. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2004;39(3):196-207.

Murad SD, Joung IM, Lenthe FJ van, Bengi-Arslan L, Crijnen AA. Predictors of self-reported problem behaviours in Turkish immigrant and Dutch adolescents in the Netherlands. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 2003;44(3):412-23.

Nabben T, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2006: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Jellinek [etc.], 2007.

Nederland T, Steketee M. De cliëntenvisitatie in de GGZ: handboek voor kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief. Utrecht: Verwey-Jonker, 2004.

Nicolai, N. Hechting en psychopathologie: een literatuuroverzicht. Tijdschrift voor psychiatrie 2001;43(5):333-342.

Nieuwenhuijzen M van, Orobio de Castro B, Matthys WCHJ. Problematiek en behandeling van LVG jeugdigen: een literatuurreview. Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Mensen met Verstandelijke Beperkingen 2006;32:211-228.

Oort FV van, Ende J van der, Crijnen AA, Verhulst FC, Mackenbach JP, Joung IM. Ethnic disparities in problem behaviour in adolescence contri-bute to ethnic disparities in social class in adulthood. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2007;42(1):50-6.

Oort FVA van. Emotional and behavioral problems of Turkish adolescents and young adults in the Netherlands. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2006.

Oort FV van, Joung IM, Ende J van der, Mackenbach JP, Verhulst FC, Crijnen AA. Internalising and externalising behaviours in young adults: Dutch natives and Turkish migrants in the Netherlands. Ethnicity & health 2006;11(2):133-51.

Ormel J, Neeleman J, Wiersma D. Determinanten van psychische ongezondheid: implicaties voor onderzoek en beleid. Tijdschrift voor Psychiatrie, 2001;43(4):245-257.

Pawliuk N, Grizenko N, Chan-Yip A, Gantous P, Mathew J, Nguyen D. Acculturation style and psychological functioning in children of immigrants. The American journal of orthopsychiatry 1996;66:111-121.

Pels T, Nijsten C. Myths and realities of diversity in parenting and parent-child relations: non-indigenous compared to indigenous families in the Netherlands. In: Hagendoorn L, Veenman J, Vollebergh W. (red.) Assimilation and integration of immigrants in the Netherlands. Aldershot: Ashgate, 2003. p. 63-91.

Pels, T. Respect van twee kanten: een studie over last van Marokkaanse jongeren. Assen: Van Gorcum, 2003.

*Raghoebier R, Coolen J.*Toegang tot zorgvoorzieningen voor migranten met een verstandelijke handicap: een verkenning van knelpunten en kansen. Utrecht: NIZW, 2002.

Rijnen A. Hechting: tussen genen en omgeving. Leidraad 2003 (1):11-14.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg: achtergrondstudie. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Rekenen en taal zijn niet het belangrijkste. NRC 7 maart 2008.

Roeleveld N, Zielhuis GA, Grabreëls F. The prevalence of mental retardation: a critical review of recent literature. Developmental Medicine & Child Neurology 1997;39:125-132.

Salter Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1978.

Schudel WJ, Struben HWA, Vroom-Jongerden JM. Suicïdaal gedrag en etnisch-culturele afkomst Den Haag 1987-1993. Epidemiologisch Bulletin 's-Gravenhage 1998;33(4):7-13.

Simonoff E. The Croydon Assessment of Learning Study: prevalence and identification of mild mental retardation. Journal of child psychology and psychiatry 2006;47:828-839.

Sociaal Cultureel Planbureau. Rapportage gehandicapten 2002: maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps. Den Haag: SCP, 2002.

Sociaal Cultureel Planbureau. De Sociale Staat van Nederland 2007. Den Haag: SCP, 2007.

Soenen SMA, Dijkxhoorn YM, Berckelaer-Onnes IA van. LVG in beeld: van profilering naar zorgaanbod binnen Come On, Mobile & Bison. Leiden Rijksuniversiteit. Afdeling Orthopedagogiek, 2003.

Sowa H, Crijnen AA, Bengi-Arslan L, Verhulst FC. Factors associated with problem behaviors in Turkish immigrant children in The Netherlands. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2000;35(4):177-84.

Spijker J, Wurff FB van der, Poort EC, Smits CH, Verhoeff AP, Beekman AT. Depression in first generation labour migrants in Western Europe: the utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). International Journal of Geriatric Psychiatry 2004;19(6):538-44.

Stevens GW, Vollebergh WA. Mental health in migrant children. Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines 2007;49(3):276-94.

Stevens GWJM. Mental Health in Moroccan Youth in the Netherlands. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2004.

Stevens GWJM, Pels T, Bengi-Arslan, L, Verhulst FC, Vollebergh WAM, Crijnen AAM. Parent, teacher and self-reported problem behavior in The Netherlands: comparing Moroccan immigrant with Dutch and with Turkish immigrant children and adolescents. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2003;38(10);576-585.

Stevens GW, Vollebergh WA, Pels TV, Crijnen AA. Predicting internalizing problems in Moroccan immigrant adolescents in The Netherlands. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2005;40(12):1003-11.

Stoll J, Bruinsma W, Konijn C. Nieuwe cliënten voor bureau jeugdzorg?: jeugdigen met meervoudige problemen waaronder een lichte verstandelijke beperking en instrumenten voor herkenning en signalering. Utrecht: NIZW, 2004.

Teeuwen MLEM. Jeugdzorg en jeugdbeleid. Hoofdstuk 5 van Rapport Toekomstverkenning Jeugd. Den Haag: WRR (interne publicatie), 2005.

Teeuwen MLEM. Criminaliteit onder licht verstandelijk gehandicapten: een studie van 40 dossiers Jeugdreclassering van de William Schrikker Stichting. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2000.

Tenneij N, Koot H. Doelgroep in beeld: een nauwkeurige omschrijving van mensen met een licht verstandelijke beperking en meervoudige complexe problematiek. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2006.

Vanheusden K. Mental health problems and barriers to service use in Dutch young adults. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2008.

Veling W. Schizophrenia among ethnic minorities: social and cultural explanations for the increased incidence of schizophrenia among first- and second-generation immigrants in the Netherlands. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2008.

Veling WA, Mackenbach JP, Hoek HW. Sociale context, etnische identiteit en schizofrenie bij immigranten. Tijdschrift voor psychiatrie 2008;50(S1),OP-223.

Verhulst FC, Achenbach TM, van der Ende J, Erol N, Lambert MC, Leung PW, Silva MA, Zilber N, Zubrick SR. Comparisons of problems reported by youths from seven countries. The American Journal of Psychiatry 2003;60(8):479-85.

Verhulst FC, Ende J van der, Rietbergen A. Ten-year time trends of psychopathology in Dutch children and adolescents: no evidence for strong trends. Acta Psychiatrica Scandinavica 1997b;96:7-13.

Verhulst FC, Ende J van der, Ferdinand RF, Kasius MC. De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Nederlandse adolescenten. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1997a;141:777-781.

Verkleij H, Verheij RA. Zorg in de grote steden. Bilthoven: RIVM, 2003.

Vliet K van, Gruijter M de, Singels L. Diversiteit in participatie in gezondheidsbevordering: een verkennende studie voor en een advies over het vervolg van het gerichte traject Doelgroepparticipatie allochtonen van het programma Gezond Leven van ZonMw: eindrapportage. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2006.

Vollebergh WAM. Gemiste kansen: culturele diversiteit en jeugdzorg. Oratie Katholieke Universiteit Nijmegen, 2002.

Vollebergh WAM, Have M ten, Dekovic M, Oosterwegel A, Pels T, Veenstra R, Winter A de, Ormel H, Verhulst F. Mental health in immigrant children in the Netherlands. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2005;40(6):489-96.

Vuuren CL van, Nijman MCE. Monitor Jeugdgezondheidszorg (JGZ) Amsterdam 2005: een monitor in ontwikkeling. Amsterdam: GGD Amsterdam. Cluster Jeugdgezondheidszorg, 2005.

Wal MF van der, Wit CAM de, Diepenmaat ACM, Hirasing RA. Probleemgedrag van kinderen van 9-13 jaar in Amsterdam. TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2004;82:21-26.

Wal MF van der, Wit CAM de, Hirasing RA. Psychosocial health among young victims and offenders of direct and indirect bullying. Pediatrics 2003;111:1312-1317.

Wal MF van der, Diepenmaat ACM. Psychosociale gezondheid van kinderen in groep 7 en 8 van de basisschool. Amsterdam: GG&GD Amsterdam. Cluster Epidemiologie, Documentatie & Gezondheidsbevordering, 2002.

Wallander JL, Dekker MC, Koot HM. Risk factors for psychopathology in children with intellectual disability: a prospective longitudinal population-based study. Journal of Intellectual Disability Research 2006;50:259-268.

Weel S van der. Zorg in kleur: begeleiding van Antilliaanse en Surinaamse mensen met een verstandelijke handicap. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.

Windemuller S, Huskens BEBM, Grootenboer J, Teeuwisse JM. Psychotherapie bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren. Assen: Van Gorcum, 1998.

Winter AF de, Oldehinkel AJ, Veenstra R, Brunnekreef JA, Verhulst FC, Ormel J. Evaluation of non-response bias in mental health determinants and outcomes in a large sample of pre-adolescents. European Journal of Epidemiology 2005;20(2):173-81.

Wurff FB van der, Beekman AT, Dijkshoorn H, Spijker JA, Smits CH, Stek ML, et al. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan immigrants in the Netherlands. Journal of Affective Disorders 2004;83(1):33-41.

Zwirs, BW, Burger H, Schulpen TW, Buitelaar JK. Different treatment thresholds in non-Western children with behavioral problems. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2006;45(4):476-83.

Zwirs BWC. Disorders among children of different ethnic origin in the Netherlands. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2006.

Geraadpleegde websites

www.amsterdam.nl	14-02-2008
www.bascule.nl	10-04-2008
www.childandfamilystudies.leidenuniv.nl	29-07-2008
www.encyclo.nl	11-07-2008
www.gezond.amsterdam.nl	
www.google.nl	
www.jeugdengezin.nl/kamerstukken/2007/	20-05-2008
www.mikadonet.nl	10-04-2008
www.minvws.nl/dossiers/gehandicapten	
www.os.amsterdam.nl	15-02-2008
www.rivm.nl	15-02-2008
www.scholar.google.nl	
www.stichtingpandora.nl	20-05-2008
www.trails.nl	11-07-2008
www.zetnet.nl	09-01-2008
www.zorgenwelzijn.nl	10-03-2008

Bijlage 1

Begrippenlijst

Allochtoon
De meest gebruikte definitie van allochtoon, die ook door het CBS (2000) wordt gebruikt, is: een persoon die zelf of van wie een van de ouders in het buitenland is geboren. De eerste generatie zijn daarbij personen die zelf in het buitenland geboren zijn en de tweede generatie personen die in Nederland geboren zijn, maar van wie tenminste een van de ouders in het buitenland is geboren.

Tot de niet-westerse allochtonen worden gerekend personen die afkomstig zijn uit Turkije, Afrika, Latijns-Amerika en Azië (met uitzondering van Japan en Indonesië).

Psychisch welzijn van allochtone jeugdigen
Probleemgedrag wordt meestal onderscheiden in probleemgedrag gericht naar de buitenwereld (geëxternaliseerd) en probleemgedrag dat naar binnen is gericht (geïnternaliseerd). Kenmerkend voor geëxternaliseerde problematiek is destructief, agressief en crimineel gedrag. Ander riskant gedrag zoals roken, drinken, gokken en drugsgebruik wordt ook gerekend tot de geëxternaliseerde problematiek. Kenmerken van geïnternaliseerd probleemgedrag zijn onder andere teruggetrokken gedrag, eenzaamheid, angst, depressiviteit en lichamelijke klachten (uit Trimbos 2001, 14: Hosper, Konijn en Vollebergh).

Psychosociale problemen
Psychosociale problemen kunnen zeer uiteenlopend zijn. Een veel gebruikt onderscheid bij jongeren is de indeling in; 1. geïnternaliseerde of emotionele problemen 2. geëxternaliseerde of gedragsproblemen en 3. middelengebruik (Junger et al. 2003).

Geïnternaliseerde of emotionele problemen
Emotionele problemen worden gekenmerkt door stoornissen in stemming of gedrag die naar binnen gericht zijn. Het gaat hierbij vooral om problemen die nadelig zijn voor de persoon zelf: terugtrekgedrag, somatische klachten, depressieve gevoelens, suïcidale gedachten, suïcidepogingen, angst en eenzaamheid.

Gedragsstoornissen/gedragsproblemen
Gedragsstoornissen (alleen bij kinderen en jongeren) zijn te onderscheiden in antisociale gedragsstoornis en een lichtere variant daarvan: de oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD). De diagnose wordt alleen bij kinderen en jongeren gesteld. Kenmerken van een antisociale gedragsstoornis zijn onder andere regelmatig stelen, liegen, spijbelen, dingen vernielen, vechten en dieren of mensen mishandelen. Kinderen met ODD vertonen langdurig vijandig en openlijk ongehoorzaam gedrag. Gedragsstoornissen kenmerken zich door een vroege en een late variant; de vroege begint rond de peuter- of kleuterleeftijd, de late rond de puberteit.
De vroege variant heeft een slechtere prognose dan de late variant. Meijer (RIVM), Verhulst (Erasmus MC), Konijn (NIZW). (www.nationaalkompas.nl www.rivm.nl geraadpleegd op 28-01-2008).
Deze stoornissen gaan gepaard met aanzienlijke leer- en opvoedingsproblemen en sociaal disfunctioneren. En op de lange termijn kan geweldadig en delinquent gedrag volgen (Zwirs 2006).
Het onderscheid tussen gedragsprobleem en gedragstoornis is dat een gedragsstoornis voor een deel genetisch bepaald is; een gedragsprobleem wordt vaak gestuurd door de omgeving. In de praktijk blijkt er vaak een mengeling van beide te zijn en is een strikte scheiding moeilijk te maken.
De term psychiatrische stoornissen heeft betrekking op gedragsstoornissen, maar ook op angststoornissen en stemmingsstoornissen (Zwirs 2006).

Comorbiditeit
Comorbiditeit is het naast elkaar voorkomen van verschillende syndromen of stoornissen. Dit hangt vaak samen met een algemeen lager niveau van functioneren en een hogere ernst van de problematiek (Junger, Mesman en Meeus 2003).
Waarschijnlijk vormen adolescenten bij wie sprake is van comorbiditeit de kwetsbaarste groep.

Middelengebruik
Bij middelengebruik kan het gaan om verschillende soorten genotsmiddelen zoals alcohol, sigaretten en (illegale) drugs. Deze gedragingen worden als een aparte categorie beschouwd omdat ze, bij matig gebruik, niet zonder meer als problematisch kunnen worden beschouwd en omdat deze zowel een naar binnen als een naar buiten gerichte component hebben (Junger et al. 2003).

Verstandelijke handicap, verstandelijke beperking
In 1992 heeft de American Association of Mental Retardation (voorheen de American Association of Mental Deficiency) de definitie van het begrip verstandelijke handicap gewijzigd (Luckasson et al. 1992): het intellectueel functioneren ligt duidelijk onder het gemiddelde, daarnaast is er sprake van aan de beperkte intelligentie gerelateerde beperkingen van het aanpassingsgedrag op twee of meer van de volgende tien gebieden: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, gezondheid en veiligheid, functionele intellectuele vaardigheden, vrijetijdsbesteding en werk. Ten slotte manifesteert de verstandelijke handicap zich voor het achttiende jaar. Een laag IQ (lager dan 70 tot 75) is dus wel voorwaarde, maar niet voldoende voor de diagnose 'verstandelijke handicap'. Doel van de wijziging van de definitie is een goede aansluiting van zorg op de zorgbehoefte. www.nationaalkompas.nl / www.rivm.nl/ Trimbos-instituut Koedoot PJ/ 18-01-2008.
(Licht) verstandelijk gehandicapt (lvg) zoals dit begrip is vastgelegd in de aanpassing van het Zorgindicatiebesluit AWBZ (brief VWS maart 2007). Deze luidt nu als volgt:
'Conform de DSM IV classificatie is sprake van een verstandelijke handicap als de persoon cognitief/intellectueel beneden gemiddeld scoort op een algemene intelligentietest (norm: IQ 70 of lager) én er blijvende beperkingen zijn op het gebied van de sociale redzaamheid én dit voor het achttiende levensjaar is ontstaan (DSM IV is de mate van verstandelijke handicap, ingedeeld op basis van de niveaus van intellectueel functioneren: lichte zwakzinnigheid. Lichte verstandelijke beperking IQ 50 tot 70).
Een IQ score tussen 70 en 85 mag worden opgevat als een signaal voor een lichte verstandelijke handicap/zwakbegaafdheid. Als daarnaast ook sprake is van beperkingen in de sociale redzaamheid, leerproblemen en/of gedragsproblemen en het langdurig aangewezen zijn op AWBZ-zorg (chroniciteit) indiceert het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) deze groep als zodanig ook onder de grondslag verstandelijke handicap (CIZ 2007).

Acculturatie
Acculturatie is het proces waarbij de immigrant een manier moet vinden om zich staande te houden in de cultuur van de meerderheid. De daarmee gepaard gaande acculturatiestress kan negatieve gevolgen hebben voor de psychische gezondheid; het kan leiden tot angst, depressiviteit en rouw (Berry 1994, 1992) (uit Trimbos 2001: Hosper, Konijn en Vollebergh).
Stevens onderscheidt drie klassen van psychologische acculturatie.

De eerste twee klassen zijn min of meer analoog aan de twee typen van Berry. De derde klasse is een aanvulling op de typologie van Berry.

1. Een hoge mate van verbondenheid met de cultuur van het land van herkomst en zich gemiddeld tot in hoge mate verbonden voelen met Nederlanders en de Nederlandse cultuur (geïntegreerd).
2. Een grote verbondenheid met de inwoners en de cultuur van het land van herkomst en een lage verbondenheid met Nederlanders en de Nederlandse cultuur (gesepareerd).
3. Gemiddelde verbondenheid met Nederlanders en met de inwoners van het land van herkomt (ambivalent geacculturereerd).

Kwaliteit van zorg
Voor het begrip kwaliteit worden verschillende definities gebruikt. Hosper et al. hanteert in het onderzoek Trimbos (2001) de brede definitie van Walburg (1997): 'Kwaliteit is het voldoen aan of overtreffen van de verwachtingen van de cliënt.' (Walburg 1997, 25).
Vollebergh (2002) splitst een goede kwaliteit van hulpverlening (AGGz) aan allochtone jeugdigen en hun ouders op in drie onderdelen. Deze onderdelen behoeven alle drie aandacht.

1. Selectieve processen in de toegang tot de zorg.
2. Etnische stereotypering bij mogelijke cliënten, verwijzers en hulpverleners.
3. Effectiviteit van de jeugdzorg voor allochtone jongeren.

Prevalentie
Prevalentie is het aantal gevallen op een bepaald meetmoment ten opzichte van het totaal.

Epidemiologie
Epidemiologie is de wetenschappelijke studie van het voorkomen en de verspreiding van ziekten onder de bevolking.

Bijlage 2

Meetinstrumenten

- Child Behavior Check List (CBCL) voor ouders en leerkrachten.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) IV. DSM is een Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen dat in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient.
- Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).
- Teacher's Report Form (TRF).
- Tracking Adolescents Individual Lives Survey (TRAILS), een grote longitudinale studie over de ontwikkeling van adolescentengedrag in Nederland.
- Youth Self-Report (YSR) is een zelfrapportage vragenlijst voor 11- tot 18- jarigen. Deze bevat 103 items die zowel geïnternaliseerde (emotionele) als geëxternaliseerde (gedrags) problemen dekt gedurende de voorafgaande zes maanden.
- Young Adult Self-Report (YASR) is een zelf-rapportage vragenlijst voor jongeren tussen 18 en 30 jaar, opgebouwd naar YSR model.

Volgens Junger, Mesman en Meeus (2003) lijkt de CBCL het meest geschikt als men een breed scala aan problemen in brede leeftijdsgroep wil inventariseren. Voor de praktijk van de jeugdgezondheidszorg wordt door GGD-Nederland de SDQ aanbevolen.