



Gezondheidsraad

---

**Psychische gezondheid en  
zorggebruik van migrantenjeugd**

---



---

**Gezondheidsraad**

Health Council of the Netherlands

Aan de minister en staatssecretaris van  
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

---

Onderwerp : aanbieding advies *Psychische gezondheid en zorggebruik  
van migrantenjeugd*

Uw kenmerk : CZ/CGG-2989643

Ons kenmerk : I-487-10/SK/bp/856-E

Bijlagen : 1

Datum : 13 september 2012

Geachte minister en staatssecretaris,

Hierbij bied ik u het advies *Psychische gezondheid en zorggebruik van migrantenjeugd* aan. Om dit advies is op 30 maart 2010 gevraagd door de toenmalige minister voor Jeugd en Gezin, de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de toenmalige minister voor Wonen, Wijken en Integratie en de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Aanleiding voor het verzoek was het vermoeden dat migrantenkinderen vaker psychische problemen hebben dan autochtone kinderen en bovendien lang niet altijd de hulp ontvangen die ze nodig hebben. Ter voorbereiding van dit advies heeft een hiertoe ingestelde commissie van deskundigen zich gebogen over de uitkomsten van het beschikbare onderzoek op dit terrein. De Beraadsgroep Maatschappelijke gezondheidszorg en de Beraadsgroep Geneeskunde hebben de bevindingen getoetst.

De commissie heeft zich gericht op de beschikbare gegevens over de vier grootste migrantengroepen in Nederland: Marokkaanse, Turkse, Antilliaanse en Surinaamse kinderen en jongeren. Door de heterogeniteit van migrantengroepen en de verschillen in de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg laat de situatie in Nederland zich niet vergelijken met die in andere Europese landen. Wel zijn er aanwijzingen dat onze buurlanden met vergelijkbare vraagstukken kampen.

De commissie stelt vast dat 'de migrantenjeugd' niet bestaat. Hoewel de gegevens schaars zijn, maakt de beschikbare literatuur duidelijk dat de migrantenjeugd onmogelijk als een homogene groep beschouwd kan worden. Het advies schetst dan ook een genuanceerder beeld. Zo zijn er tussen de migrantengroepen verschillen gevonden in de mate waarin

---

**Bezoekadres**

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

E-mail: [s.Kunst@gr.nl](mailto:s.Kunst@gr.nl)

Telefoon (070) 340 71 70

**Postadres**

Postbus 16052

2500 BB Den Haag

[www.gr.nl](http://www.gr.nl)



---

**Gezondheidsraad**

Health Council of the Netherlands



Onderwerp : aanbieding advies *Psychische gezondheid en  
zorggebruik van migrantenjeugd*

Ons kenmerk : I-487-10/SK/bp/856-E

Pagina : 2

Datum : 13 september 2012

---

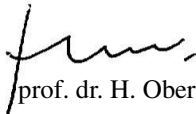
psychische problemen voorkomen en in de zorgconsumptie. Hieruit blijkt dat met name Marokkaanse jongens, Turkse kinderen en in mindere mate Antilliaanse kinderen minder zorg ontvangen dan verwacht zou mogen worden op basis van hun aandeel in de bevolking en de in die groepen voorkomende psychische problemen. Opvallend is verder dat een aantal migrantengroepen niet verschilt van hun autochtone leeftijdgenoten als het gaat om psychische problemen en zorggebruik.

Harde gegevens die de verschillen kunnen verklaren, ontbreken nog. De verschillen kunnen echter richtinggevend zijn voor het beleid om ieder kind in ons land zo nodig passende zorg te bieden. De commissie beveelt daarom aan specifiek aandacht te besteden aan die groepen kinderen over wie aanwijzingen bestaan dat ze niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Hiervoor is onder andere meer kennis nodig over de zorgbehoefte en het zorggebruik van deze groepen.

Ik onderschrijf de aanbevelingen van de commissie.

Dit advies wordt eveneens aangeboden aan de minister voor Immigratie, Integratie en Asiel en de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.

Met vriendelijke groet,



/prof. dr. H. Obertop  
vicevoorzitter

---

Bezoekadres  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
E-mail: s.Kunst@gr.nl  
Telefoon (070) 340 71 70

Postadres  
Postbus 16052  
2500 BB Den Haag  
www.gr.nl



---

# **Psychische gezondheid en zorggebruik van migrantenjeugd**

---

---

aan:

de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

de minister voor Immigratie, Integratie en Asiel

de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap

---

Nr. 2012/14, Den Haag, 13 september 2012

---

---

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en het gezondheids-(zorg)onderzoek’ (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; Infrastructuur & Milieu; Sociale Zaken & Werkgelegenheid; Economische Zaken, Landbouw & Innovatie en Onderwijs, Cultuur & Wetenschap. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



De Gezondheidsraad is lid van het European Science Advisory Network for Health (EuSANH), een Europees netwerk van wetenschappelijke adviesorganen.



**INAHTA**

De Gezondheidsraad is lid van het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), een internationaal samenwerkingsverband van organisaties die zich bezig houden met *health technology assessment*.

---

U kunt het advies downloaden van [www.gr.nl](http://www.gr.nl).

---

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:  
Gezondheidsraad. Psychische gezondheid en zorggebruik van migrantenjeugd.  
Den Haag: Gezondheidsraad, 2012; publicatienr. 2012/14.

Preferred citation:  
Health Council of the Netherlands. The mental health of young migrants and their uptake of care. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2012; publication no. 2012/14.

---

auteursrecht voorbehouden

all rights reserved

---

ISBN: 978-90-5549-915-1

---



---

# Inhoud

---

Samenvatting *11*

---

Executive summary *15*

---

1 Inleiding *19*

1.1 Een lacune in de jeugd-GGZ? *19*

1.2 Uitgangspunten bij de advisering *20*

1.3 Adviesvragen en opzet *24*

---

2 Psychische problemen bij migrantenkinderen *27*

2.1 Werkwijze bij de inventarisatie *27*

2.2 Inventarisatie van psychische problemen *29*

2.3 Bespreking van de onderzoeksbevindingen *33*

2.4 Verklaren van verschillen in psychische problemen *35*

2.5 Conclusie *36*

---

3 Gebruik van de jeugd-GGZ door migrantenkinderen *39*

3.1 Vormen van zorg *39*

3.2 Werkwijze bij de inventarisatie *40*

3.3 Inventarisatie van gegevens per zorgvorm *43*

3.4 Bevindingen per groep migrantenkinderen *48*

---

3.5	Conclusie	49
<hr/>		
4	Discrepanties tussen zorgbehoefte en zorggebruik	53
4.1	Discrepanties identificeren	53
4.2	Conclusie	60
<hr/>		
5	Conclusie en aanbevelingen	63
5.1	Gedifferentieerd beeld	63
5.2	Adviesvraag 1: prevalentie van psychische problemen	63
5.3	Adviesvraag 2: gebruik van zorg	65
5.4	Adviesvraag 3: ondergebruik van zorg en knelpunten	65
5.5	Adviesvraag 4: oplossingsrichtingen	67
<hr/>		
	Literatuur	71
<hr/>		
	Bijlagen	77
A	De adviesaanvraag	79
B	De commissie	83
C	Literatuur prevalentiecijfers algemene bevolking	85

---

# Samenvatting

---

## Lacune in de zorg?

Het vermoeden bestaat dat migrantenkinderen in ons land vaker te maken krijgen met psychische problemen, en daarvoor lang niet altijd de hulp ontvangen die ze nodig hebben. Dit zou betekenen dat er een kloof gaapt tussen de behoefte aan zorg en het gebruik ervan. Maar is dit ook zo? Voor de toenmalige minister voor Jeugd en Gezin was dit aanleiding om de Gezondheidsraad te vragen de huidige stand van kennis in kaart te brengen, en eventuele lacunes aan het licht te brengen. Elk kind in ons land heeft immers recht op gepaste zorg bij psychische problemen.

---

## Een gedifferentieerde groep

De speciaal ingestelde commissie van deskundigen heeft om te beginnen geconstateerd dat de migrantenjeugd tot 23 jaar geen homogene groep vormt. Daarom is apart naar de vier grootste groepen gekeken: kinderen en jongeren van Marokkaanse, Turkse, Antilliaanse en Surinaamse herkomst. Waar mogelijk is de informatie verder uitgesplitst naar leeftijd en sekse, omdat zich ook daarbij relevante verschillen kunnen voordoen in problemen en zorggebruik. Verder is een onderscheid gemaakt tussen emotionele en gedragsproblemen (respectievelijk meer naar binnen en naar buiten gericht).

---

---

## Gegevens over psychische problemen

Op grond van deze uitgangspunten is geïnventariseerd wat we weten over het vóórkomen van psychische problemen in de vier groepen migrantenkinderen, in vergelijking met de prevalentie onder autochtone kinderen. Daarbij moet worden afgegaan op rapportages door ouders en kinderen zelf en andere betrokkenen, zoals leerkrachten.

Dit maakt het lastig om de gegevens op waarde te schatten, omdat geen objectieve diagnostiek heeft plaatsgevonden. Het beschikbare wetenschappelijke onderzoek laat op dit moment dan ook geen harde conclusies toe over de hoeveelheid psychische problemen in de vier migrantengroepen. Maar er tekent zich wel een beeld af, en dat beeld is gedifferentieerd.

In bepaalde opzichten lijken er meer problemen te zijn. Zo worden over jongens van Marokkaanse afkomst meer gedragsproblemen gemeld dan over hun autochtone leeftijdgenoten. Kinderen met een Turkse achtergrond hebben vaker last van emotionele problemen. Bij Antilliaanse kinderen komen beide soorten problemen vaker voor.

Op andere punten lijkt de situatie beter dan in de autochtone groep, of zijn er geen verschillen gevonden. Zo melden kinderen van Marokkaanse afkomst minder emotionele problemen, en melden meisjes uit deze groep minder pogingen tot zelfdoding. Kinderen van Surinaamse herkomst lijken ongeveer even vaak psychische problemen te hebben als hun autochtone leeftijdgenoten, al doen meisjes uit deze groep wel vaker een poging tot zelfdoding.

---

## Gegevens over het gebruik van zorg

Vervolgens is gekeken naar wat bekend is over het zorggebruik. Kloppen kinderen uit de vier groepen (of hun ouders) aan voor hulp in de mate die je zou verwachten? De commissie heeft geprobeerd dit in te schatten door het zorggebruik te vergelijken met de hoeveelheid psychische problemen (bij meer problemen verwacht je ook meer zorggebruik) en met het aandeel in de bevolking (bij een groter aandeel in de bevolking verwacht je een groter zorggebruik).

Hieruit komt naar voren dat Marokkaanse kinderen met gedragsproblemen waarschijnlijk niet de zorg krijgen die ze nodig hebben: ze worden minder vaak in de jeugd- geestelijke gezondheidszorg (jeugd-GGZ) gezien dan je zou verwachten op basis van het voorkomen van deze problemen, en de omvang van deze groep. Ook bij kinderen van Antilliaanse herkomst tekent zich een beeld af

---

van meer psychische moeilijkheden (in hun geval: emotionele en gedragsproblemen) en minder zorggebruik dan verwacht.

Kinderen van Turkse herkomst weten de weg naar de huisarts goed te vinden als ze emotionele problemen hebben, maar worden in de jeugd-GGZ minder vaak gezien dan verwacht op basis van de omvang van deze groep. Voor kinderen van Surinaamse herkomst is geen laag gebruik van de zorg geconstateerd: zij lopen in lijn met hun autochtone leeftijdgenoten.

Overigens vormt de autochtone jeugd niet per definitie een goede maatstaf voor het vaststellen van de ‘juiste hoeveelheid’ zorg. Maar de vergelijking laat wel zien waar zich verschillen aftekenen.

---

### **Knelpunten in het zorgtraject**

Is ook al iets te zeggen over de oorzaken voor de gevonden verschillen in het gebruik van zorg? Harde gegevens ontbreken, maar een paar aanwijzingen zijn er wel.

De toegang tot de huisarts lijkt geen probleem op te leveren: daar melden kinderen uit de vier migrantengroepen zich even vaak als kinderen met een autochtone achtergrond, en soms zelfs vaker. Maar die toegang tot de eerste lijn vertaalt zich niet in een evenredige instroom in de jeugd-GGZ. De doorstroming lijkt niet optimaal te verlopen. Kwalitatief onderzoek maakt gewag van communicatieproblemen en gebrek aan aansluiting.

Er wordt wel beweerd dat een oververtegenwoordiging van bepaalde groepen in de forensische psychiatrie het gevolg kan zijn van ondergebruik van de reguliere zorg. De commissie ziet echter geen aanwijzingen voor een direct verband. De beschikbare gegevens maken het niet mogelijk deze conclusie te trekken, en er zijn bovendien ook andere redenen om in de forensische psychiatrie terecht te komen.

---

### **Aanbevelingen**

Een belangrijke constatering is dat empirische bewijzen vaak nog ontbreken, en dat nader onderzoek gewenst is. Toch tekent zich wel een beeld af dat aanleiding geeft tot vervolgstappen. Daarbij is het van belang om niet in te zetten op kwantiteit (meer migrantenkinderen in de jeugd-GGZ), maar op passende zorg voor *elk* kind in ons land. Rekening houden met specifieke kenmerken van de verschillende groepen migrantenjongeren is belangrijk in het bereiken van dat doel.

---



---

## Executive summary

Health Council of the Netherlands. The mental health of young migrants and their uptake of care. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2012; publication no. 2012/14.

---

### Mapping possible gaps in the provision of mental health care

There are signs that young migrants in the Netherlands are more likely to suffer from mental health problems, and do not always get the help they need to cope effectively with these problems. In other words, there may be a gap between the need for care in this field and the actual provision of care. Further data are required on this topic. The than Minister of Youth and Families therefore asked the Health Council of the Netherlands (*Gezondheidsraad*) to inventory the current state of affairs in order to pinpoint any gaps in the provision of care, since every child in the Netherlands who is suffering from mental health problems has the right to appropriate care.

---

### Inhomogeneities in the target group

The expert Committee set up to study this problem observed first of all that young migrants up to the age of 23 in the Netherlands do not form a homogeneous group. It was therefore decided to study the four main groups – children and young people of Moroccan, Turkish, Antillean and Surinamese origin – separately. Where possible, the data was further broken down by age and gender, since the problems encountered and the uptake of care may vary in relation to these variables. A distinction was also made between emotional and

---

behavioural problems (i.e. mental health problems that are inwardly directed and those that concern relations with the outside world).

---

### **Data on mental health problems**

On the basis of these criteria, an inventory was made of what is known about the prevalence of mental health problems in the four above-mentioned groups, in comparison with that among young people of Dutch origin. This study had to make use of reports by the parents of the young people concerned, the young people themselves and other people (such as teachers) who are involved.

It was difficult to get a clear picture on the basis of the information collected, since no objective diagnoses were available. Hard conclusions about the current prevalence of mental health problems in the above-mentioned four migrant groups cannot be drawn on the basis of scientific research in this field either. Nevertheless, a picture does emerge – and this picture suggests that the problems encountered vary from one group to another.

In certain respects, these groups show more problems than their Dutch counterparts. For example, there are more reports of behavioural problems among young males of Moroccan origin than among Dutch males of the same age, while young people of Turkish origin have more emotional problems. Young people of Antillean origin show a higher prevalence of both types of problems.

In other respects, the young migrants show fewer mental health problems than their Dutch counterparts, or no differences are observed. For example, young people of Moroccan origin report fewer emotional problems, and fewer suicide attempts are reported for young females in this group. Young people of Surinamese origin seem to have about the same prevalence of mental health problems as their Dutch counterparts of the same age, though more suicide attempts are reported for young females from this group.

---

### **Data on the uptake of care**

The expert Committee then inventoried what is known about the uptake of care. Do young people from the four groups concerned (or their parents) request care for their mental health problems to the extent that might be expected? The Committee tried to estimate this by comparing the uptake of care with the prevalence of mental health problems (a group with more mental health problems would be expected to call on the services of care providers more often) and with the size of the group in relation to the population as a whole (a larger group would be expected to call on the services of care providers more often).

---



It was found on the basis of this approach that young people of Moroccan origin with behavioural problems appear to have a relatively low uptake of care: they are not seen by the child and youth mental health services (known as *jeugd-GGZ* in Dutch) as often as might be expected on the basis of the frequency of mental health problems in this group and the size of the group. Young people of Antillean origin show more mental health problems (both emotional and behavioural) and lower uptake of care than might be expected on the basis of the size of the group.

Young people of Turkish origin consult their general practitioner (GP) readily when they have emotional problems, but their uptake of youth mental health services is lower than might be expected on the basis of the size of the group. Young people of Surinamese origin show the same level of uptake of mental health care as their Dutch counterparts of the same age.

It may be noted that comparison with young Dutch people of the same age does not necessarily provide an accurate measure of whether uptake of care is at the 'right' level. It does however highlight the main differences in this field.

---

### **Bottlenecks in the mental health care supply chain**

Is it possible to explain the observed differences in the uptake of mental health care? While hard data is not available in this field, some indications may be given.

Access to the GP does not seem to be a problem: young people from the four migrant groups considered consult their GP just as often as their Dutch counterparts, or even more often. However, the transition from primary health care to the youth mental health care services does not seem to run as smoothly as it should. Qualitative studies indicate that communication problems and lack of understanding of the position of young migrants on the part of care providers may play a role here.

It has been suggested that the overrepresentation of certain groups in the field of forensic psychiatry might be due to low uptake of regular mental health services. The Committee could not find any evidence of a direct link here, however. The available data does not support this conclusion – and there are other ways of ending up in the domain of forensic psychiatry.

---

### **Recommendations**

One important conclusion that may be drawn from this report is that empirical evidence is often lacking, and that further investigation is therefore required.

---

Nevertheless, a picture does emerge that provides a basis for proposals for further action. It is important in this connection not simply to aim at increasing the uptake of youth mental health services by young people from the various migrant groups, but to ensure that *every* young person in the Netherlands gets the mental health care he or she needs. The specific characteristics of the various groups of young people of migrant origin must be taken into account if this objective is to be achieved.

---

# Inleiding

---

## 1.1 Een lacune in de jeugd-GGZ?

Wanneer kinderen psychische problemen hebben en dreigen vast te lopen willen we daar als samenleving graag wat aan doen. Psychische problemen ontstaan als de balans tussen de dagelijkse moeilijkheden waar iemand mee te maken krijgt (draaglast) en het vermogen om hiermee om te gaan (draagkracht) verstoord raakt. Als de klachten zo ernstig zijn dat het functioneren wordt aangetast (niet meer naar school of werk gaan, vrienden vermijden, enzovoort), dan is er sprake van een psychische stoornis. (American Psychiatric Association, 2000)

Juist in de jeugd liggen er veel kansen om psychische problemen te signaleren en te voorkomen dat deze zich tot stoornissen ontwikkelen. Vroegtijdig signaleren en behandelen van psychische problemen bij kinderen en jongeren zijn daarom belangrijke pijlers van de jeugdzorg in ons land geworden. Bovendien moet er goede hulp beschikbaar zijn wanneer er op jonge leeftijd toch stoornissen worden geconstateerd.

Signalering zonder blinde vlekken en gelijke toegang tot zorg voor alle kinderen en jongeren is bij dit alles cruciaal. Toch bestaat op dit moment de indruk dat kinderen van niet-westerse migranten in Nederland meer risico lopen op psychische problemen dan hun autochtone leeftijdgenoten, en dat zij niet altijd tijdig toegang hebben tot de juiste zorg. Daar zou dus een lacune kunnen liggen.

Voor de toenmalige minister voor Jeugd en Gezin, de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de toenmalige minister voor Wonen, Wijken en Inte-

---

gratie en de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap was deze indruk de aanleiding zich te wenden tot de Gezondheidsraad. De bewindslieden vroegen om advies over manieren om de mogelijke kloof te dichten tussen de zorgbehoefte onder de niet-westerse migrantenjeugd en de jeugd-GGZ. De adviesaanvraag is opgenomen in bijlage A.

Een speciaal benoemde commissie van de Gezondheidsraad heeft zich over deze materie gebogen. De samenstelling van de commissie staat in bijlage B. In een vroeg stadium werd duidelijk dat de adviesvraag alleen goed beantwoord kan worden als we weten of de aannames over een verhoogde zorgbehoefte en een verminderde toegang tot de jeugd-GGZ kloppen. Daarom heeft de commissie de stand van kennis hierover in kaart gebracht. Gewapend met die kennis heeft zij vervolgens geanalyseerd waar mogelijk lacunes bestaan en aanbevelingen geformuleerd om tot verbetering te komen.

### **Leeftijdgrens**

In de jeugdzorg gelden verschillende bovengrenzen voor wie gerekend wordt tot de categorie jeugd, variërend van 18 tot 23 jaar. In dit advies verstaan we onder jeugd iedereen van 0 tot 23 jaar, met daarbinnen de volgende groepen: 0-11 jaar (kinderen), 12-18 jaar (jeugdigen/adolescenten), en 18-23 jaar (jongvolwassenen).<sup>1</sup>

---

## **1.2 Uitgangspunten bij de advisering**

Een goed beeld krijgen van de zorgbehoefte in bepaalde groepen, en deze afzetten tegen het zorggebruik in de praktijk, is niet eenvoudig. Om hierover op wetenschappelijke gronden toch iets te kunnen zeggen heeft de commissie in haar aanpak een aantal belangrijke uitgangspunten gehanteerd.

### **Terminologie**

In de adviesaanvraag wordt gesproken over migrantenjeugdigen met een niet-westerse achtergrond. De commissie gebruikt in dit advies varianten van die term: migrantenjeugd, migrantenkinderen, migrantenjongeren. Daarmee verwijst zij naar kinderen en jongeren tot 23 jaar die niet in Nederland geboren zijn of van wie één of beide ouders niet in Nederland geboren

---

zijn. Deze invulling komt overeen met de CBS-definitie van ‘allochtoon’:  
‘Iemand die in Nederland woont (en staat ingeschreven) en van wie ten  
minste één ouder in het buitenland is geboren. Daarbij wordt onderscheid  
gemaakt tussen personen die zelf in het buitenland zijn geboren (de eerste  
generatie) en personen die in Nederland zijn geboren (de tweede generatie:  
CBS, 2005).’

---

### **De gegevens worden per migrantengroep uitgesplitst**

Tussen migranten bestaan veel verschillen in culturele achtergrond, migratiehis-  
torie en sociale positie in Nederland. Iedere migrantengroep heeft zijn specifieke  
kenmerken, die van invloed kunnen zijn op het psychisch welbevinden. Wanneer  
het gaat om zorgbehoefte kan dus niet worden gesproken over ‘migrantenjeugd’  
als een homogene groep.<sup>2,3</sup>

Algemene cijfers over geestelijke gezondheidsproblemen bij migrantenjon-  
geren zijn bovendien schaars, en leveren op dit moment een inconsistent beeld  
op.<sup>4</sup> Een paar voorbeelden. Het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) van  
het CBS laat geen significante verschillen zien in psychosociale gezondheid tus-  
sen migranten- en autochtone kinderen tot 12 jaar.<sup>5</sup> In het grootschalige onder-  
zoek Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) rapporteren  
migrantenleerlingen van 11-16 jaar daarentegen bijna twee keer zo veel gedrags-  
problemen of problemen met leeftijdgenoten – hoewel dat verschil wegvalt na  
correctie voor opleidingsniveau en gezinswelvaart. Verder komt naar voren dat  
migrantenleerlingen minder vaak emotionele problemen ervaren dan hun autoch-  
tone leeftijdgenoten.<sup>6,7</sup> Maar er zijn ook studies die laten zien dat migrantenjon-  
geren vaker emotionele problemen rapporteren.<sup>2,8</sup> Autochtone leerlingen melden  
juist significant vaker problemen met hyperactiviteit.

Kortom: een onderscheid naar etnische herkomst binnen de grote en diverse  
groep van migrantenjongeren is essentieel. Omdat nagenoeg alleen onderzoeks-  
gegevens beschikbaar zijn over de vier grootste groepen in Nederland focust de  
commissie dit advies op: Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en Antilliaanse jon-  
geren.

### Demografische informatie

Van alle jongeren in Nederland is 23% van niet Nederlandse herkomst. Dat betekent dat er momenteel een klein miljoen migrantenjongeren in Nederland leven.<sup>9</sup> Van deze migrantenjongeren is 15% eerste generatie allochtoon en 85% tweede generatie allochtoon (conform de definitie die het CBS hanteert). De grootste groep migranten heeft een Marokkaanse achtergrond (3,6% van de Nederlandse bevolking), direct gevolgd door jongeren met een Turkse achtergrond (3,4%). Surinaamse jongeren maken voor 2,4 % deel uit van de Nederlandse bevolking. De kleinste groep vormen de Antilliaanse en Arubaanse jongeren met een percentage van 1,2%.<sup>9</sup>

Tabel 1 Absolute aantallen jongeren in Nederland van 0-20 jaar in 2010.

	Totaal	Mannen	Vrouwen
Totaal	3.928.334		
Autochtonen	3.026.835	1.548.237	1.478.598
Totaal niet westerse allochtoon	638.221	326.620	311.601
Totaal westerse allochtoon	263.278	134.773	128.505
Marokko	140.994 (3,6%)	71.811	69.183
Ned. Antillen en Aruba	46.427 (1,2%)	23.584	22.843
Suriname	93.762 (2,4%)	47.979	45.783
Turkije	133.246 (3,4%)	68.549	64.697

### Psychische problemen fungeren als indicatie voor de zorgbehoefte

Als je wilt vaststellen of er op populatieniveau een zorgbehoefte is die zich niet vertaalt in het zorggebruik dat je daarbij zou verwachten, is kennis over hoeveel mensen last hebben van psychische problemen of psychische stoornissen essentieel.

In dit advies worden voornamelijk uitspraken gedaan over psychische *problemen*, omdat kennis over de prevalentie van psychische *stoornissen* nagenoeg ontbreekt. Psychische stoornissen zijn namelijk alleen vast te stellen in een persoonlijk interview met een zorgprofessional, zoals een arts, psychiater of GZ-psycholoog, en hiervan wordt in populatieonderzoek nauwelijks gebruik gemaakt. Als het gaat om mensen die reeds zorg ontvangen is deze informatie uiteraard vaker beschikbaar, maar dit levert weer geen kennis op over de mate waarin een bepaalde populatie als geheel een verhoogde dan wel verlaagde kans

heeft op bepaalde problematiek. Bovendien gaat het dan om mensen die de weg naar hulp gevonden hebben. Zo vind je geen blinde vlekken.

Dat is anders bij psychische problemen: die zijn te identificeren zonder dat er contact is geweest met hulpverleners. Om het voorkomen daarvan vast te stellen, kan bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van vragenlijsten (ingevuld door ouders, leerkrachten of jeugdigen zelf).

Om lacunes op het spoor te komen gebruikt de commissie dus gegevens over de prevalentie van psychische problemen. Daarbij maakt zij een onderscheid tussen emotionele problemen (die zich primair uiten in moeilijk te hanteren stemmingen en gevoelens) en gedragsproblemen (die zich primair uiten in handelingen die door anderen als lastig worden ervaren). Ook in de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt veel met deze tweedeling gewerkt.

Emotionele problemen worden daarbij gezien als internaliserend, wat wil zeggen dat zij vooral tot uiting komen in innerlijk ervaren verschijnselen, zoals somberheid en angst. Gedragsproblemen worden externaliserend genoemd, omdat ze tot uiting komen in gedrag dat voor anderen waarneembaar is. Deze problemen worden door de omgeving vaak duidelijker als lastig ervaren. Globaal lijken meisjes vaker emotionele problemen te hebben en jongens meer geneigd te zijn tot gedragsproblemen. Om rekening te kunnen houden met deze aanzienlijke sekseverschillen worden, als daartoe gelegenheid bestaat, de verschillen tussen problemen bij meisjes en jongens in het advies meegenomen.

#### **De hele zorg**

De focus ligt op de jeugd-GGZ als zorgvorm, maar de commissie plaatst deze wel in een breder kader. Consultatiebureaus, huisartsen, jeugdgezondheidszorg (JGZ) en alternatieve hulpvormen worden ook meegenomen. Naast de toegankelijkheid van zorg onderzoekt de commissie ook de doorstroom en de uitstroom.

---

#### **De resultaten geven indicaties, geen zekerheden**

Op grond van deze uitgangspunten kan een beeld ontstaan van de *match* tussen het vóórkomen van psychische problemen enerzijds en zorggebruik bij de migrantenjeugd anderzijds. Harde uitspraken over de mate waarin migranten-jeugdigen met medisch objectiveerbare psychische stoornissen gebruik maken van de zorg zijn op basis van deze gegevens echter moeilijk te doen.

---

Wel kunnen we verschillen constateren tussen groepen (de ene groep heeft bijvoorbeeld meer psychische problemen dan de andere), of opmerken dat er een kloof gaapt tussen de prevalentie van psychische problemen en het op grond daarvan te verwachten zorggebruik – ervan uitgaande dat een deel van de problemen zich ontwikkelt tot stoornissen.

Al met al zal blijken dat via deze weg een aantal gefundeerde conclusies te trekken is, die de weg kunnen wijzen naar verbetering. In andere gevallen kan de commissie niet meer doen dan constateren dat we nog te weinig weten.

---

### **1.3 Adviesvragen en opzet**

Op basis van de gehanteerde uitgangspunten heeft de commissie de specifieke vragen uit de adviesaanvraag, die in vier clusters zijn weergegeven (zie bijlage A), in hun totaliteit beschouwd en enigszins herordend. Met het oog op een overzichtelijke behandeling van de complexe problematiek komen eerst alle vragen aan bod die met de prevalentie van psychische problemen en met het meten daarvan te maken hebben. Vervolgens richt de commissie zich op de vragen over de toeleiding tot en het gebruik van de jeugd-GGZ. Daarna worden de geïnventariseerde knelpunten besproken. Samenvattend geformuleerd gaat het om de volgende vier kernvragen:

#### **Inventariseren van de psychische problemen**

- 1 Hoe verhouden de aard en omvang van psychische problemen onder migrantenkinderen van Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en Antilliaanse herkomst zich tot de aard en omvang van psychische problemen bij de rest van de Nederlandse jeugd tot 23 jaar? Wat zijn de oorzaken voor eventuele verschillen?

#### **Inventariseren van het zorggebruik**

- 2 Hoe verhouden de aard en omvang van het zorggebruik voor psychische stoornissen onder migrantenkinderen van Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en Antilliaanse herkomst zich tot het zorggebruik voor psychische stoornissen onder de rest van de Nederlandse jeugd tot 23 jaar?



## Analyse van de verhouding tussen psychische problemen en zorggebruik

- 3 In hoeverre is er een kloof tussen zorgbehoefte en zorggebruik in de genoemde bevolkingsgroepen? Wat zijn de oorzaken van eventuele discrepanties?

## Aanbevelingen voor verbetering van de match tussen zorgbehoefte en zorggebruik

- 4 Welke oplossingsrichtingen dienen zich aan om de huidige situatie in deze bevolkingsgroepen te verbeteren? Welke stappen kunnen worden gezet?

De opzet van het advies volgt deze opeenvolging van vragen. In hoofdstuk 2 wordt de eerste adviesvraag beantwoord: daar wordt geïnventariseerd wat de prevalentie is van psychische problemen onder de migrantenjeugd, in vergelijking met die bij de rest van de kinderen in Nederland. Hoofdstuk 3 is gewijd aan de gegevens over het gebruik van de jeugd-GGZ. Daar wordt ook kort geschetst hoe kinderen daar terechtkomen. In hoofdstuk 4 wordt geanalyseerd wat de twee soorten gegevens ons vertellen over de mogelijke verschillen in zorgbehoefte en zorggebruik bij migrantenkinderen. Dat vergt een uitgebreide beschouwing, onder meer over de complicaties bij het vaststellen van over- of ondergebruik in bepaalde groepen. Hoofdstuk 5 bevat de aanbevelingen voor volgende stappen.



---

## **Psychische problemen bij migrantenkinderen**

---

De eerste stap is om een beeld te vormen van de aard en omvang van de psychische problemen waar de vier groepen migrantenkinderen last van hebben, en deze, voor zover mogelijk, te vergelijken met die bij de rest van de Nederlandse jeugd. Dat heeft de commissie gedaan door alle beschikbare literatuur over psychische problemen in deze groepen te inventariseren. Ook gaat de commissie in op verklaringen van eventuele verschillen tussen het voorkomen van psychische problemen.

---

### **2.1 Werkwijze bij de inventarisatie**

---

#### **Gebruik van bronnen**

Als uitgangspunt bij het inventariseren van de gegevens diende een systematische review uit 2008 over de geestelijke gezondheid van migrantenjeugd. Daarin bekeken Stevens en Vollebergh alle beschikbare internationale literatuur aan de hand van een aantal selectiecriteria, zoals de kenmerken van de onderzochte groep en de wijze waarop psychische problematiek en etnische herkomst werden gemeten.

Hoewel aanvankelijk een groot aantal onderzoeken was gevonden in de internationale literatuur, voldeden uiteindelijk slechts 24 studies aan deze criteria.<sup>3</sup>

De commissie nam uit dit geheel de Nederlandse studies door die specifieke informatie bevatten over één of meer van de vier grootste migrantengroepen in

---

Nederland. De beschikbare gegevens werden vervolgens aangevuld met recenter verschenen onderzoek, volgens dezelfde selectiecriteria. Een uitgebreid literatuuroverzicht, met methodologische karakteristieken, is te vinden in bijlage C.

Hoeveel informatie beschikbaar is bleek per groep te verschillen. Naar Turkse en Marokkaanse jongeren is het meeste onderzoek verricht. Over Surinaamse en Antilliaanse jongeren zijn veel minder gegevens beschikbaar. De Rotterdamse Jeugdmonitor 2008, met de grootste onderzoekspopulatie, geeft informatie over alle vier de groepen onder alle schoolgaande kinderen in Rotterdam (0 en 19 jaar) op vijf meetmomenten.<sup>10</sup>

De beschikbare gegevens werden per migrantengroep geordend naar emotionele problemen (internaliserend) en gedragsproblemen (externaliserend). Aanvullend is ook informatie over suïcidaal gedrag en psychotische symptomen weergegeven, waar die beschikbaar was. Indien gegevens voorhanden waren over verschillen in problematiek tussen jongens en meisjes, zijn ook die weergegeven.

Grootschalig onderzoek naar de prevalentie van psychische stoornissen in de algemene bevolking door middel van diagnostische interviews is nauwelijks beschikbaar. Een uitzondering vormen de studies van Zwirs e.a. en Crone e.a.<sup>11,12</sup> Die zijn hier gebruikt. De informatie in de andere studies is verkregen aan de hand van vragenlijsten die door de jongere zelf, de ouders of de leerkracht zijn ingevuld. Alle studies bekeken zowel eerste als tweede generatie migrantenjongeren.

#### **Cijfers over alle kinderen in Nederland**

In Nederland leven anno 2010 ruim 4,5 miljoen kinderen en jongeren tot 23 jaar. Cijfers over psychische aandoeningen bij kinderen en jongeren zijn schaars. Geschat wordt dat ongeveer 5% van de kinderen en jongeren in Nederland psychische problemen heeft die zodanig ernstig zijn dat ze gepaard gaan met een verstoorde ontwikkeling en/of duidelijk disfunctioneren in het dagelijks leven.<sup>13</sup> Een studie van Verhulst bij jongeren onder de 18 combineert de prevalentie van stoornissen met duidelijk disfunctioneren, en concludeert dat 5 tot 6% op grond daarvan in aanmerking komt voor tweedelijns jeugd-GGZ.<sup>14</sup> Uit crosscultureel onderzoek naar door ouders gerapporteerde gedragsproblemen bij adolescenten (13-18 jaar) uit twaalf verschillende landen blijkt dat de prevalentie van ernstige psychische problematiek in Nederland vergelijkbaar is met die in andere landen (79 per 1.000).<sup>15</sup> In de HBSC-studie scoort de Nederlandse jeugd wat welzijn en

geluk betreft al jaren het hoogst in vergelijking met de kinderen uit de 38 andere landen in Europa en die in Noord-Amerika. Ook scoort de Nederlandse jeugd systematisch hoog op de steun die kinderen van hun ouders ervaren, het aantal vriendschappen en een positieve schoolbeleving.<sup>16</sup>

---

## 2.2 Inventarisatie van psychische problemen

In deze paragraaf geeft de commissie de belangrijkste bevindingen van onderzoek naar het vóórkomen van psychische problemen weer, uitgesplitst per groep migrantenkinderen. Een volledig overzicht van alle onderzoeken, met de rapportagemethodes en conclusies per onderzoek, is te vinden in bijlage C.

---

### Jeugd van Marokkaanse herkomst

In acht studies werd onderscheid gemaakt naar jongeren met een Marokkaanse achtergrond, waarvan Stevens e.a. en Zwirs e.a. de grootste onderzoeksgroepen hebben bestudeerd, gevolgd door de studie van Adriaanse e.a.<sup>2,11,17-22</sup> Daarnaast zijn er gegevens uit onderzoek van de Rotterdamse jeugdmonitor.<sup>10</sup>

#### Emotionele problemen

Uit de Rotterdamse Jeugdmonitor blijkt dat ouders van Marokkaanse herkomst bij peuters en kleuters meer emotionele problemen (huilen, neerslachtig, verdrietige indruk) rapporteren dan bij leeftijdgenootjes van Nederlandse herkomst (16 en 7% respectievelijk bij peuters en 21 en 9% respectievelijk bij kleuters). Maar zelfrapportage door kinderen uit groep 7 toont geen verschil. In de derde klas van het voortgezet onderwijs rapporteert maar 13% van de jongeren van Marokkaanse herkomst emotionele problemen, tegen 20% van hun leeftijdgenoten. Andere onderzoeken tonen geen verschillen, of laten soms iets meer en soms juist minder emotionele problemen zien.

Uit de beschikbare onderzoeken zijn geen duidelijke aanwijzingen naar voren gekomen voor een verhoogde prevalentie van emotionele problemen onder Marokkaanse jeugdigen, in vergelijking met hun Nederlandse leeftijdgenoten.<sup>2,10,11,19</sup>

## Gedragsproblemen

Anders ligt het bij gedragsproblemen. In de verschillende studies worden door leerkrachten meer gedragsproblemen gesignaleerd onder de jeugd van Marokkaanse afkomst, met name bij de jongens. Dat beeld wordt ook bevestigd door de Rotterdamse Jeugdmonitor, waarin ouder-, leerkracht en zelfrapportage duiden op meer gedragsproblemen bij kinderen van Marokkaanse herkomst. De verhoogde prevalentie van gedragsproblemen bij Marokkaanse jongens wordt vooral door leerkrachten gerapporteerd en veel minder door ouders of de jongeren zelf. Zelfrapportage van Marokkaanse jongens in de verschillende studies laat geen eenduidig beeld zien, maar resulteert in overwegend minder of evenveel problemen ten opzichte van hun autochtone leeftijdgenoten.<sup>2,10,11,17-19</sup>

## Suïcidaal gedrag

Zelfrapportages tonen minder suïcidaal gedrag onder Marokkaanse meisjes dan onder Nederlandse meisjes.<sup>20,21</sup> Voor jongens en meisjes samen is het beeld ook gunstiger: uit de Rotterdamse Jeugdmonitor blijkt 13% van de bevraagde jongeren van Marokkaanse herkomst suïcidegedachten te kennen, tegen 19% van hun autochtone leeftijdgenoten.<sup>10</sup> Het aantal gerapporteerde suïcidepogingen onder Marokkaanse meisjes (6,1%) ligt lager dan bij de Nederlandse meisjes (8,8%).<sup>21</sup>

## Psychotische symptomen

In de studie van Adriaanse e.a. rapporteren kinderen en adolescenten van Marokkaanse herkomst vaker waanideeën dan hun autochtone leeftijdgenoten.<sup>19</sup> In een ander onderzoek rapporteren Marokkaanse jongeren/jongvolwassenen (19-30) uit deze groep vaker hallucinaties (21%) dan hun autochtone leeftijdgenoten (3%). Dit verschil werd alleen gevonden voor mannen en niet voor vrouwen.<sup>22</sup> Ander onderzoek toont aan dat jongvolwassen mannen van Marokkaanse herkomst een groter risico hebben om een psychotische stoornis te ontwikkelen dan hun leeftijdgenoten.<sup>23</sup>

---

## Jeugd van Turkse herkomst

In tien studies werd separaat gekeken naar Turkse migrantenjongeren.<sup>2,11,17-18,20,21,24-27</sup> Stevens e.a. en Zwirs e.a. hebben de grootste onderzoeksgroepen bestudeerd, gevolgd door de Rotterdamse Jeugdmonitor.<sup>10</sup>

---

## Emotionele problemen

Zelfrapportages en rapportages door ouders laten in de meeste gevallen een verhoogde prevalentie zien van emotionele problemen bij kinderen en jongeren met een Turkse achtergrond, in vergelijking met hun leeftijdgenoten. Uit de Rotterdamse Jeugdmonitor blijkt uit ouderrapportage een verschil van respectievelijk 22% en 7% bij peuters en 27% en 9% bij kleuters. Rapportages van leerkrachten laten daarentegen geen verschillen zien.<sup>2,10,17,18,24-27</sup>

## Gedragsproblemen

Onderzoek suggereert een mogelijk iets hogere prevalentie van gedragsproblemen in de migrantenjeugd van Turkse herkomst, al zijn de bevindingen niet consistent. Uit de beschikbare zelf- en ouderrapportages blijkt evenveel of meer probleemgedrag in vergelijking met autochtone leeftijdgenoten. Leerkrachten ervaren niet meer problemen bij deze migrantengroep.<sup>2,10,17,18,24-27</sup>

## Suïcidaal gedrag

Meisjes met een Turkse achtergrond rapporteren vaker suïcidaal gedrag dan hun leeftijdgenoten: het aantal gerapporteerde suïcidepogingen in deze groep lag significant hoger.<sup>20,21</sup> In één studie werd een percentage gemeld van 14,8%, in vergelijking met 8,8% bij meisjes met een Nederlandse achtergrond.<sup>21</sup>

Ook uit onderzoek naar suïcidaal gedrag onder jongeren in Den Haag blijkt dat Turkse meisjes (15-24 jaar, data uit zorginstellingen) significant meer suïcidepogingen ondernamen dan Nederlandse meisjes.<sup>28</sup>

---

## Jeugd van Surinaamse herkomst

In drie studies is separaat gekeken naar de Surinaamse migrantenjeugd.<sup>17,18,21</sup> Daarnaast zijn er gegevens uit de Rotterdamse Jeugdmonitor.<sup>10</sup> De studie van Zwirs e.a. en de Rotterdamse Jeugdmonitor hebben de grootste studiepopulatie onderzocht.

Voor een beter begrip zou een onderscheid tussen de twee grootste groepen Surinaamse migranten, Hindoestaanse en creoolse Surinamers, wezenlijk zijn. In de beschikbare studies is dit onderscheid echter nauwelijks gemaakt. Als we over Surinaamse jongeren spreken, hebben we het daarom over de groep als geheel. Als er naar een subgroep gekeken is, wordt dit expliciet vermeld.

---

### Emotionele problemen

Het schaarse onderzoek op grond van zelf-, ouder- en leraarrapportage laat geen verschil zien in de prevalentie van emotionele problemen bij kinderen en jongeren van Surinaamse herkomst en die bij hun autochtone leeftijdgenoten.<sup>10,17,18</sup>

### Gedragsproblemen

Ook als het gaat om gedragsproblemen laten de drie typen rapportages geen verschillen zien tussen kinderen en jongeren van Surinaamse herkomst en hun autochtone leeftijdgenoten.<sup>10,17,18</sup>

### Suïcidaal gedrag

Het beschikbare onderzoek wijst consistent op een iets hoger aantal gerapporteerde suïcidepogingen onder Surinaamse jongeren (9% ten opzichte van 6% onder leeftijdgenoten).<sup>10</sup> Ook hebben zij vaker gedachten over zelfdoding. Het verschil tussen jongeren met een Nederlandse en Surinaamse achtergrond is groter voor meisjes dan voor jongens. In een onderzoek dat specifiek gekeken heeft naar Hindoestaanse meisjes heeft 19,2% naar eigen zeggen wel eens een poging gedaan, tegen 8,8% onder hun leeftijdgenoten van Nederlandse herkomst.<sup>21</sup> Uit onderzoek naar suïcidaal gedrag onder jongeren in Den Haag blijkt dat Surinaamse meisjes (15-24 jaar, data uit zorginstellingen) significant meer suïcidepogingen ondernamen dan Nederlandse meisjes.<sup>28</sup>

---

## Jeugd van Antilliaanse herkomst

### Emotionele problemen

Over het voorkomen van psychische problemen onder Antilliaanse migrantenkinderen in de algemene bevolking geeft alleen de Rotterdamse Jeugdmonitor informatie. Ouderrapportage laat daar zien dat bij Antilliaanse peuters (17%) en kleuters (19%) vaker sprake is van emotionele problemen (snel huilen, neerslachtig, verdrietige indruk) dan bij Nederlandse peuters (7%) en kleuters (9%). Sombere gevoelens worden door een groter deel van de Antilliaanse kinderen (33%) genoemd dan door Nederlandse kinderen (25%).<sup>10</sup>

---



## Gedragsproblemen

Ouders en leerkrachten scoren peuters en kleuters met een Antilliaanse achtergrond hoger op gedragsproblemen dan hun leeftijdgenootjes. Scholieren melden zelf meer probleemgedrag dan hun autochtone leeftijdgenoten.<sup>10</sup>

## Suïcidaal gedrag

Het aantal Antilliaanse jongeren in de derde klas van het voortgezet onderwijs dat bekend is met gedachten aan suïcide blijkt hoger dan onder leeftijdgenoten van autochtone herkomst (26% versus 19%).<sup>10</sup>

---

## 2.3 Bespreking van de onderzoeksbevindingen

Welk belang kan worden gehecht aan informatie over gerapporteerde psychische problemen in de beschikbare onderzoeken? Geven de studies met elkaar een goede indicatie van wat er speelt, of zijn voorbehouden nodig? De commissie bespreekt hier een aantal factoren die van invloed zijn op de uitkomsten van de onderzoeken, en daarmee op hun betekenis voor dit advies.

### Verschillen in opzet maken vergelijken lastig

De beschikbare studies blijken erg heterogeen. Ze gebruiken verschillende rapporteurs (de kinderen zelf, hun ouders, of leerkrachten), ze verschillen in de manier waarop ze de vergelijking maken met autochtone groepen, en ze beslaan verschillende leeftijdscategorieën. Dat maakt het soms moeilijk om een consistent beeld te vormen: bevindingen kunnen verschillen zonder dat duidelijk is of dat te maken heeft met de onderzoeksopzet.

Uit het voorafgaande blijkt dat de gebruikte rapporteur van invloed is op de mate waarin emotionele en gedragsproblemen zijn geconstateerd bij de verschillende groepen jeugdigen. Verschillende rapporteurs hebben een verschillend perspectief op de problematiek van kinderen, onder andere omdat zij het kind meemaken in verschillende situaties en in meer of mindere mate op de hoogte zijn van wat er met het kind aan de hand is.<sup>29</sup> Zo lijken leerkrachten relatief vaak niet te weten dat kinderen in hun klassen emotionele problemen hebben. De kinderen en jongeren zelf rapporteren die emotionele problemen wel; zij ondervinden die immers direct, zonder dat dit zich altijd vertaalt in voor iedereen herkenbaar gedrag. In dit licht moet de relatief hoge zelfrapportage van emotionele problemen door Turkse meisjes en jongens zeker serieus genomen worden.

---

Verschillen in rapportage kunnen ook ontstaan doordat kinderen niet in elke situatie hetzelfde gedrag laten zien. Thuis kunnen kinderen zich bijvoorbeeld anders gedragen of anders reageren dan op school.

Een ander punt is dat verschillen in uitkomsten beïnvloed kunnen zijn doordat mensen antwoorden vanuit verschillende referentiekaders. Zo kunnen ouders bepaald gedrag normaal of acceptabel vinden, en leerkrachten niet.

Ook is er het verschil tussen onderzoek met vragenlijsten en het (schaarse) onderzoek waarin aanvullend diagnostisch onderzoek werd verricht door middel van een interview door een zorgprofessional.<sup>11</sup> Ook dat levert verschillen in uitkomsten op. Zo bleek uit het deels diagnostisch opgezette onderzoek van Crone e.a. dat Turkse en Marokkaanse kinderen (5-12 jaar) niet meer psychische problemen hadden dan autochtone kinderen, terwijl rapportages door ouders juist duidden op meer problemen. Maar wanneer expliciet werd gevraagd of deze ouders zich zorgen maakten over het gedrag van hun kind, werd weer geen verschil gezien met de referentiegroep. Ander onderzoek toont soortgelijke verschillen.<sup>30,31</sup> Zo blijkt uit onderzoek van Bevaart e.a. dat de probleempceptie van Marokkaanse en Turkse ouders niet gelijk was aan de hoge probleemrapportage die naar voren kwam uit onderzoek met een gevalideerde vragenlijst.

Tot slot, kan er sprake zijn van onderrapportage omdat rapporteurs niet aangeven dat er sprake is van problemen.<sup>32</sup> Ook is het mogelijk dat de beeldvorming van bepaalde rapporteurs (bv de leerkracht) beïnvloed is door het maatschappelijke beeld dat bestaat van bepaalde bevolkingsgroepen.

### Relevante verfijningen ontbreken vaak

Een tweede complicatie bij het schetsen van een consistent beeld is dat bepaalde verfijningen ontbreken. In hoofdstuk 1 heeft de commissie belangrijke uitgangspunten van haar advies geformuleerd. Maar de beschikbare studies zijn uiteraard niet opgezet om juist daaraan tegemoet te komen.

Het grootste bezwaar is dat het aantal studies waarin gedifferentieerd wordt naar de vier grootste migrantengroepen in Nederland vrij beperkt is. Dat geeft per groep maar een beperkte hoeveelheid gegevens, waarbij er af en toe flinke lacunes zijn. Over psychische problemen bij Antilliaanse jongeren in de algemene bevolking is bijvoorbeeld slechts één onderzoek bekend.<sup>10</sup>

Wel is er over deze groep ander onderzoek beschikbaar – zij het met een voorgeselecteerde patiëntenpopulatie – dat het beeld van meer psychische problemen in deze groep bevestigt. Uit onderzoek van Bongers e.a. onder Antilliaanse probleemjongeren (17-26 jaar) blijkt namelijk dat zij meer emotionele en

gedragsproblemen rapporteren dan de referentiegroep (jongeren die in een justitiële jeugdinstelling verblijven).<sup>33,34</sup>

Ook over psychische problemen bij kinderen van Surinaamse herkomst is maar weinig onderzoek beschikbaar. In slechts twee van de studies die zijn meegenomen in het literatuuroverzicht van Stevens en Vollebergh werd separaat gekeken naar Surinaamse migrantenjeugd; verder zijn er alleen nog gegevens beschikbaar van de Rotterdamse Jeugdmonitor uit 2008. Bovendien wordt geen onderscheid gemaakt tussen de twee grootste groepen, Hindoestaanse en creoolse Surinamers. Dat kan belangrijke verschillen aan het oog onttrekken.

Daarnaast wordt er vaak geen uitsplitsing gemaakt van meisjes en jongens, terwijl de aard en prevalentie van hun psychische problemen flink kunnen verschillen. Verder zijn er vermoedelijk verschillen in de aard en ernst van gezondheidsproblemen die in de onderzoeken niet tot uiting kwamen.

---

## 2.4 Verklaren van verschillen in psychische problemen

Uit bovenstaande analyse blijkt dat er aan de resultaten van beschikbaar onderzoek een aantal beperkingen kleeft. Daarmee rekening houdend, lijkt niettemin de conclusie gerechtvaardigd dat vooral bij kinderen van Marokkaanse, Turkse en Antilliaanse herkomst meer psychische problemen voor lijken te komen dan bij hun autochtone leeftijdgenoten. Bij Marokkaanse kinderen lijkt dat vooral te gelden voor gedragsproblemen, bij Turkse kinderen voor emotionele problemen en bij Antilliaanse kinderen voor beide type problemen. Wat kan daarvan de oorzaak zijn?

De primaire verklaring van verschillen moet gezocht worden in een andere verdeling van risicofactoren: in bepaalde groepen zullen meer risicofactoren aanwezig zijn voor het ontwikkelen van psychische problemen dan in andere. Maar het is ook mogelijk dat beschermende factoren in bepaalde groepen minder voorkomen: ook dat heeft invloed op de prevalentie in die groep.<sup>35</sup>

Voor een aantal van de factoren die van invloed kunnen zijn op het psychisch welbevinden weten we inderdaad dat die niet in gelijke mate voorkomen in de groepen migranten. Zo groeien veel Antilliaanse kinderen op binnen eenoudergezinnen. In 2009 gold dat voor 38%, in vergelijking met 11% van de autochtone kinderen.<sup>9</sup> Toch is het maar de vraag of dat een verklarende factor is voor het vaker voorkomen van psychische problemen. We weten namelijk ook dat in de groep van kinderen van Surinaamse herkomst nauwelijks meer problemen voorkomen dan bij hun autochtone leeftijdgenoten, terwijl ze ongeveer even vaak als Antilliaanse kinderen opgroeien in een eenoudergezin.

Van kinderen met een Marokkaanse achtergrond is gebleken dat het opgroeien in een groter gezin een risicofactor kan zijn, hetgeen relatief vaak voorkomt in Marokkaanse gezinnen.<sup>19</sup> Beschermende factoren, zoals de ervaren ondersteuning door de moeder en wonen in een goede buurt (bepaald naar leefbaarheid met de VROM leefbarometer), komen bij hen minder vaak voor dan bij de Nederlandse jeugd.<sup>19</sup>

Risicofactoren zijn dus van groot belang bij het verklaren van de verschillen. Maar hoe komt het dat bepaalde risicofactoren meer en bepaalde beschermende factoren juist minder voorkomen bij specifieke migrantengroepen? Onderzoek laat zien dat de verschillen voor een deel corresponderen met de verschillen in sociaaleconomische achtergrond van de kinderen en hun ouders.<sup>36</sup> Maar er zijn mogelijk ook andere factoren in het spel die specifiek te maken hebben met de positie van de kinderen en jongeren uit migrantengroepen in de samenleving. Dan gaat het bijvoorbeeld om de mate van acculturatie en het 'ethnic density effect'.<sup>37-41</sup>

Welke invloed van dat laatste kan uitgaan toont onderzoek van Veling e.a. aan: daaruit komt naar voren dat de kans op het ontwikkelen van een psychose afhangt van de etnische dichtheid in de wijk. In wijken waar Turkse, Marokkaanse of Surinaamse migranten minder vertegenwoordigd zijn (lagere etnische dichtheid) ligt de incidentie van psychotische stoornissen onder deze migrantengroepen hoger.<sup>39</sup> Gieling e.a. onderzochten de invloed van etnische dichtheid in de klas. Het blijkt dat adolescenten meer gedragsproblemen rapporteren wanneer zij tot een etnische minderheid behoren in hun klas.<sup>38</sup>

Verder wijzen verschillende onderzoeken uit dat de mate van acculturatie (in dit geval verbondenheid met de Nederlandse en Marokkaanse cultuur) de kans op het ontwikkelen van psychische problemen beïnvloedt.<sup>40,42-45</sup> Uit onderzoek van Stevens e.a. bleek bijvoorbeeld dat Marokkaanse meisjes met een gemiddelde oriëntatie op zowel de Marokkaanse als de Nederlandse cultuur meer emotionele en gedragsproblemen rapporteerden, dan meisjes die zich sterk verbonden voelden met de Marokkaanse (maar niet met de Nederlandse) cultuur of meisjes die zich juist sterk verbonden voelden met de Nederlandse en de Marokkaanse cultuur. Een verklaring die hiervoor werd gevonden was dat meisjes in de eerst genoemde groep veel meer conflicten hadden met hun ouders.<sup>45</sup>

---

## 2.5 Conclusie

In dit hoofdstuk is geprobeerd uitspraken te doen over de prevalentie van psychische problemen in de vier groepen migrantenkinderen, op basis van de beschikbare literatuur. De heterogene opzet van de studies maakt de interpretatie van de

---

bevindingen lastig. Zo speelt het verschil in perspectief (ouders, leerkrachten, de kinderen zelf) een grote rol, zonder dat met zekerheid te zeggen valt aan welke bevindingen meer waarde toegekend moet worden. Dat maakt het moeilijk om een consistent beeld te vormen voor de vier groepen.

Toch zijn er wel degelijk duidelijke aanwijzingen af te leiden. Zo blijkt dat over Marokkaanse jongens consistent meer gedragsproblemen worden gemeld dan over autochtone leeftijdgenoten. Deze verhoogde prevalentie van gedragsproblemen bij Marokkaanse jongens wordt vooral door leerkrachten gerapporteerd en veel minder door ouders of de jongeren zelf. Onder Turkse jongeren lijken juist meer emotionele problemen voor te komen. Bij Antilliaanse jongeren komen zowel emotionele als gedragsproblemen vaker voor.

Onder een deel van de migrantenjeugd lijken psychische problemen *niet* vaker voor te komen dan bij autochtone jongeren. Zo worden tussen Surinaamse en autochtone jongeren, zij het op basis van heel schaarse gegevens, geen duidelijke verschillen in het voorkomen van psychische problemen gevonden. Wel lijkt bij Surinaamse meisjes het aantal zelfmoordpogingen hoger te liggen.

Ook in de groep van Marokkaanse herkomst lijken sommige problemen minder voor te komen dan bij autochtone leeftijdgenoten. Marokkaanse jongeren rapporteren minder emotionele problemen, en Marokkaanse meisjes melden minder vaak suïcidaal gedrag.



---

## **Gebruik van de jeugd-GGZ door migrantenkinderen**

---

In dit hoofdstuk inventariseert de commissie het gebruik van de GGZ bij migrantenkinderen uit de vier groepen. Dat is de tweede stap op weg naar het antwoord op de vraag in hoeverre er sprake is van een kloof tussen het vóórkomen van psychische problemen en het daarbij te verwachten zorggebruik. In paragraaf 1 wordt kort geschetst hoe de jeugd-GGZ in elkaar zit, en hoe kinderen daar terecht komen. Daarna volgt de inventarisatie van het zorggebruik. In de conclusie wordt het zorggebruik per groep migrantenkinderen besproken.

---

### **3.1 Vormen van zorg**

De zorg voor kinderen en jongeren met psychische problemen en stoornissen kan opgedeeld worden in drie niveaus (zie figuur 1).

---

#### **De nulde lijn**

Ten eerste is er de ‘nulde lijn’. Die bestaat uit de pedagogische basisvoorzieningen waar alle kinderen en ouders mee te maken krijgen: scholen, kinderopvang, sportverenigingen, et cetera. Zij maken geen deel uit van het stelsel voor jeugd-zorg, maar kunnen wel een rol spelen in het signaleren van problemen, en zo de eerste stap zijn op weg naar de juiste zorg. Daarnaast zijn het plaatsen waar veel aandacht wordt besteed aan preventie.

---

---

### **De eerste lijn**

Vervolgens is er de eerste lijn. Daaronder vallen de jeugdgezondheidszorg, de opvoed- en opgroeiondersteuning en de 'lichte' hulpverlening. De zorgverleners zijn op dit niveau belast met de uitvoering van preventieprogramma's, vroegtijdige signalering en vroeghulp. Tot deze groep behoren: consultatiebureaus (0-4 jaar), schoolarts of school verpleegkundige en de huisarts. In veel gemeenten zijn deze voorzieningen gebundeld in Centra voor Jeugd en Gezin.

---

### **De tweede lijn**

De gespecialiseerde tweedelijns geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-GGZ) wordt vervolgens geboden door negen kinder- en jeugdpsychiatrische centra en 32 jeugdafdelingen van GGZ-instellingen. Daarnaast wordt intensievere hulp geboden door instellingen voor jeugdhulpverlening, bijvoorbeeld in het kader van gesloten jeugdzorg en door middel van jeugdreclassering. Ook binnen justitiële jeugdinstanties (JJI's) wordt hulp geboden voor psychische problemen en stoornissen.

---

## **3.2 Werkwijze bij de inventarisatie**

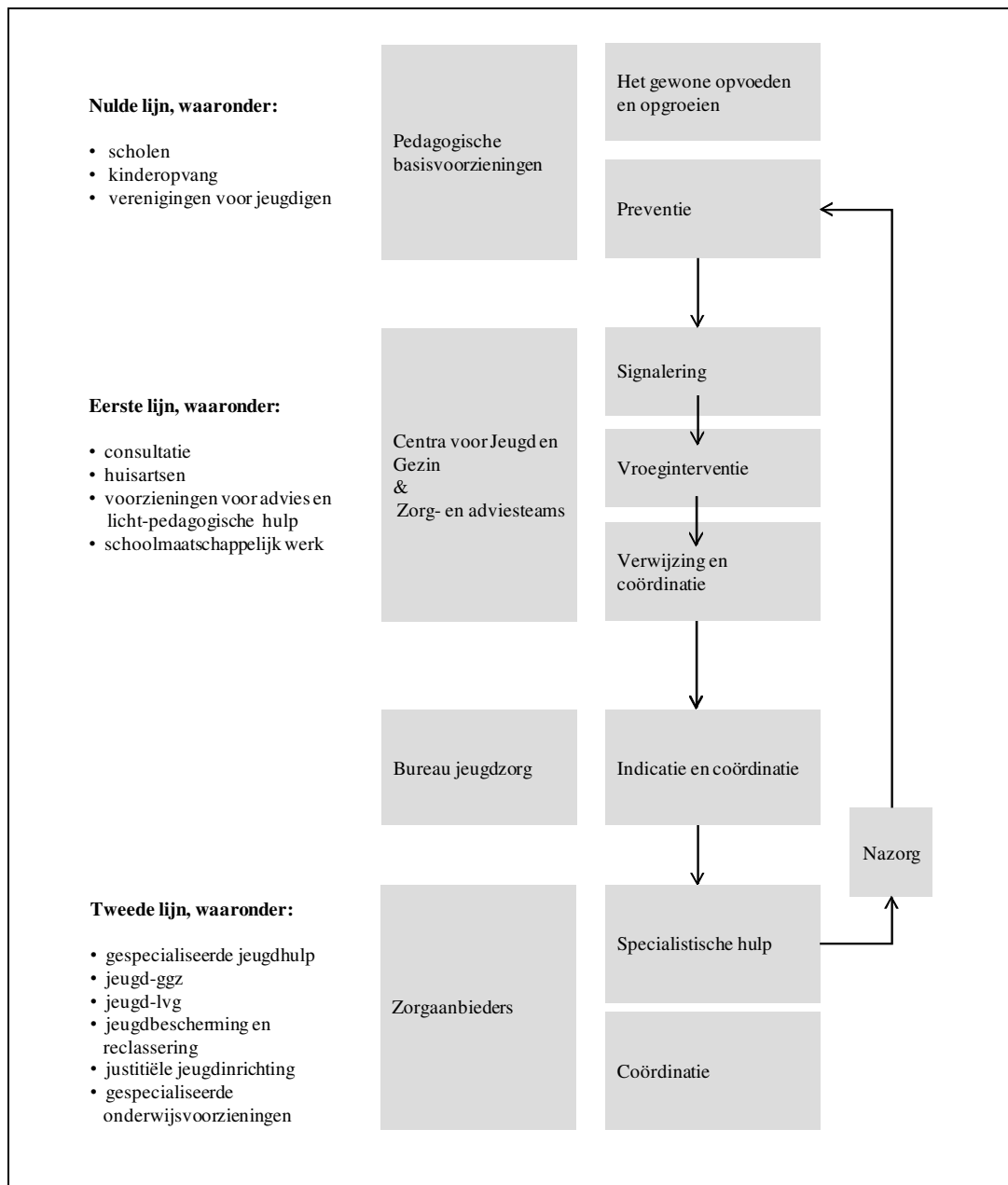
---

### **Beschikbaarheid van gegevens**

Etniciteit (aan de hand van het land van herkomst van de patiënt of diens ouders) wordt binnen de verschillende zorgvormen niet consequent geregistreerd. Dit beperkt sterk de bruikbaarheid van registratiegegevens in de zorg. De gegevens die er wel zijn komen uit enquêtes of uit incidentele analyses van routinematig verzamelde data door eenmalige koppelingen met gegevens over etnische herkomst.

Voor data over het zorggebruik in de eerste lijn zijn gegevens gebruikt van statline, verkregen via het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).<sup>5,9</sup> Dit geeft informatie over het aantal jeugdigen uit de verschillende migrantengroepen dat bij de huisarts is geweest wegens psychische problemen. Daarnaast zijn er cijfers over het aantal gestelde diagnoses van psychische ziekten door de huisarts. De commissie heeft gekeken naar de cijfers over 2008 bij jeugdigen van 0 tot 15 jaar.





Figuur 1 Schematisch overzicht van het Nederlands jeugdzorgstelsel.

Een beperking is dat deze gegevens uitsluitend afkomstig zijn van de huisarts. Die is met 45% weliswaar nog steeds de grootste verwijzer naar de jeugd-GGZ, maar verwijzing verloopt ook via andere kanalen, met name via Bureau Jeugdzorg (15%). Voor dat laatste traject zijn echter geen betrouwbare verwijsgegevens per migrantengroep beschikbaar.<sup>9,46,47</sup>

### **Absolute aantallen**

In 2009 ontvingen 267.500 jeugdigen en ouders een behandeling in de jeugd-GGZ-instellingen. In de subgroep van 0 tot 17-jarigen waren er in totaal 140.600 in behandeling: 66% jongens en 34% meisjes. Het merendeel van de cliënten, namelijk 96%, ontving een ambulante behandeling; 4% volgde een deeltijd- of klinische behandeling. In vergelijking met 2008 groeide het aantal cliënten met 8%, tegen 17% van 2006 naar 2007.<sup>48</sup>

Voor gegevens over het zorggebruik binnen de reguliere jeugd-GGZ had de commissie beschikking over twee grote informatiebronnen: het psychiatrisch casusregister Rijnmond en data over de regio Haaglanden.

De publicatie van Boon e.a. over de stichting Jutters in de regio Haaglanden geeft een overzicht van de vertegenwoordiging van de migrantengroepen in verschillende vormen van de jeugd-GGZ ten opzichte van hun aandeel in het verzorgingsgebied van de zorginstelling.<sup>49</sup> Meer specifiek is daarbij gekeken naar de instellingscijfers van 2008 en hun verhouding tot gegevens over de bevolking van het verzorgingsgebied.<sup>49</sup> De GGZ-instelling de Jutters registreert het geboorteland van cliënten en hun ouders. Bevolkingsgegevens werden opgevraagd bij het CBS.<sup>9</sup>

De cliëntgroep bestaat uit alle jongeren die stonden ingeschreven bij de ambulante (dag)klinische voorzieningen en de preventieafdeling van de Jutters. Boon e.a. maakt een onderscheid in jongeren tot en met 14 jaar en jongeren van 15 jaar of ouder. In 2008 hadden zij in totaal bijna 5000 jongeren onder behandeling. Hiervan is 60% autochtoon. In het verzorgingsgebied ligt dat percentage rond de 50%.

Het psychiatrisch casusregister Rijnmond geeft inzicht in de instroom van nieuwe cliënten over een periode van drie jaar. Instellingscijfers van alle Kinder- & Jeugd GGZ-instellingen van de regio Rijnmond werden geanalyseerd in de periodes van 2001-2003 en 2008-2010. In de periode van 2001 tot 2010 was er een groei van de prevalentie in de jeugd-GGZ van 33%. In 2010 waren er in

totaal bijna 5.000 jongeren in zorg. In 2001 was dit nog ruim 3.500.<sup>50-52</sup> Het psychiatrisch casusregister Rijnmond maakt onderscheid in twee leeftijdscategorieën: 0-11 jaar en 12-18 jaar. Informatie over de bevolkingssamenstelling in Rotterdam zijn afkomstig van het Centrum Onderzoek en Statistiek (COS).<sup>53,54</sup> In het verzorgingsgebied Rotterdam ligt het percentage autochtone jeugdigen van 0-18 jaar in de onderzoeksperiode op ongeveer 38%. Voor de groepen migranten die we in dit advies bespreken is dat: Surinaamse herkomst 12%, Antilliaanse herkomst 6%, Marokkaanse herkomst 11% en Turkse herkomst 13%.

---

### 3.3 Inventarisatie van gegevens per zorgvorm

---

#### 3.3.1 *Uit de eerste lijn*

---

#### **Psychische problemen geregistreerd door de huisarts**

Net als bij autochtone kinderen blijken bij jongens uit de vier migrantengroepen vaker dan bij meisjes psychische klachten door de huisarts te worden geregistreerd. Onder jongens met een Antilliaanse/Arubaanse achtergrond blijkt de prevalentie zelfs aanmerkelijk hoger dan onder autochtone jongens.

Voor de andere groepen zijn de verschillen geringer. Maar ook de prevalentie onder Turkse en Antilliaanse/Arubaanse meisjes is verhoogd ten opzichte van hun autochtone vrouwelijke leeftijdgenoten.

Surinaamse jongens vormen een uitzondering. Met 73 jongens met psychische problemen per 1.000 personen scoren zij lager dan de 80 autochtone jongens met psychische problemen per 1.000 personen.

In onderstaande tabel worden de aantallen 0-15 jarigen per 1.000 personen met door de huisarts geregistreerde psychische symptomen en klachten weergegeven.<sup>5,9</sup> De data gaan over 2008.

*Tabel 2* Aantal personen per 1.000 met psychische symptomen en klachten geregistreerd door de huisarts.

	totaal	jongens	meisjes
Autochtonen	61	80	41
Marokko	64	80	45
Ned. Antillen en Aruba	87	121	53
Suriname	60	73	48
Turkije	69	82	54

---

---

### Door huisarts gediagnosticeerde psychische stoornissen

Het aantal (per 1.000 personen) door de huisarts gediagnosticeerde psychische ziekten bij 0-15 jarigen wordt in onderstaande tabel weergegeven voor autochtone kinderen en voor de vier groepen migrantenkinderen.<sup>5,9</sup> Ook hier valt op dat bij kinderen van Antilliaanse/Arubaanse herkomst twee keer vaker een psychisch probleem wordt gediagnosticeerd dan bij autochtone kinderen. Bij kinderen met een Marokkaanse en Turkse achtergrond wordt niet vaker een diagnose van psychische aard gesteld dan bij autochtone jongeren. Surinaamse jongeren nemen een middenpositie in.

*Tabel 3* Aantal personen per 1.000 met een door de huisarts gediagnosticeerde psychische stoornis.

	Totaal
Autochtonen	7
Marokko	6
Ned. Antillen/ Aruba	14
Suriname	10
Turkije	5

---

#### 3.3.2 *Uit de tweede lijn*

---

### Gegevens uit de reguliere jeugd-GGZ

In onderstaande tabellen worden cliëntpercentages uit 2008 weergegeven van stichting de Jutters in het verzorgingsgebied Haaglanden.<sup>49</sup> Daar valt uit af te lezen dat autochtone kinderen meer zorg gebruiken dan op grond van hun aandeel in de bevolking te verwachten is.

Het tegenovergestelde zien we juist bij kinderen tot 15 jaar van Marokkaanse en Turkse herkomst: in de reguliere jeugd-GGZ is hun aanwezigheid ongeveer de helft van wat op basis van hun aandeel in de algemene bevolking in het verzorgingsgebied verwacht mag worden.

Ook Antilliaanse jongeren ouder dan 15 jaar zijn minder vertegenwoordigd in de reguliere jeugd-GGZ dan je op basis van hun aandeel in de bevolking mag verwachten, al is het verschil bij hen minder groot. Bij kinderen tot 15 jaar uit die groep is er geen discrepantie.

Surinaamse kinderen en jongeren gebruiken precies de hoeveelheid zorg die je op grond van hun aandeel in de bevolking zou verwachten.

Tabel 4 Percentage jeugdigen 0-14 jaar in de reguliere jeugd-GGZ.

	% in de regio (haaglanden)	% cliënten Jutters regulier
Autochtonen	51.7	63.4
Marokko	7.5	4.3
Ned. Antillen/Aruba	2.6	2.7
Suriname	8.5	8.4
Turkije	8.2	4.1

Tabel 5 Percentage jeugdigen >15 jaar in de reguliere jeugd-GGZ.

	% in de regio (haaglanden)	% cliënten Jutters regulier
Autochtonen	52	60
Marokko	6.2	3.1
Ned. Antillen/Aruba	3.1	2.4
Suriname	11.1	11.5
Turkije	7.7	3.5

In de volgende tabel worden de prevalentiecijfers van regio Haaglanden nog eens gepresenteerd, nu in aantallen per 1.000.

Tabel 6 Aantal jeugdigen in de reguliere jeugd-GGZ per 1.000 in het verzorgingsgebied Haaglanden.

	jeugd-GGZ 0-14 jaar	jeugd-GGZ >15 jaar
Autochtonen	36	32
Marokko	18	14
Ned. Antillen/Aruba	33	21
Suriname	30	29
Turkije	16	13

### Gegevens uit de forensische psychiatrische zorg

In de volgende tabel worden forensische cliëntengegevens weergegeven uit de regio Haaglanden.<sup>49</sup> Antilliaanse jongeren (ouder dan 15 jaar) blijken ruim twee keer zo vaak vertegenwoordigd in de forensische psychiatrische zorg als op basis van hun aandeel in de bevolking verwacht mag worden. Voor jongeren van Marokkaanse herkomst geldt hetzelfde. Bij de Turkse en Surinaamse jongeren is de vertegenwoordiging zo goed als evenredig ten opzichte van hun aandeel in de algemene bevolking. Autochtone jongeren worden in deze vorm van zorg minder vaak gezien dan je zou verwachten op basis van hun aandeel in de bevolking.

Tabel 7 Jeugdigen >15 jaar in de forensische psychiatrische zorg.

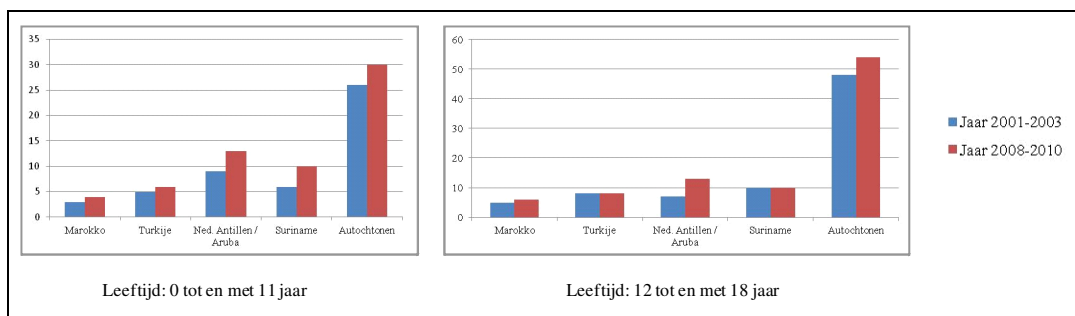
	% in de regio (haaglanden)	% cliënten Jutters forensisch psychiatrisch	aantal per 1.000 in verzorgingsgebied
Autochtonen	52	37	5
Marokko	6.2	14.5	18
Ned. Antillen/Aruba	3.1	6.5	17
Suriname	11.1	12.6	9
Turkije	7.7	7.3	7

### Meerjars incidentiecijfers uit de jeugd-GGZ

Het psychiatrisch casusregister Rijnmond heeft de cijfers uit regio Rijnmond geanalyseerd van 2001 tot 2010 en kwam tot de conclusie dat er in die periode in totaal een groei van 23% in incidentie en een groei van 33% in prevalentie is opgetreden. Deze groei zat voornamelijk bij de autochtone kinderen en jongeren, maar ook in specifieke groepen (met name Antilliaanse jongens) werd een toename gezien.

Voor Marokkaanse jongens van 12 jaar en ouder zijn de driejars incidentiecijfers in de periode van 2008-2010 in vergelijking met de periode van 2001-2003 toegenomen van 4 naar 7 per 1.000 personen in de bevolking. De incidentiecijfers voor jongens en meisjes met een Turkse achtergrond zijn vrijwel gelijk gebleven. Surinaamse jongens tot en met 11 jaar laten met een incidentie van 19 per 1.000 personen in de periode 2008-2010 bijna een verdubbeling in incidentie zien ten opzichte van 2001-2003 (10 per 1.000). De incidentiecijfers van Antilliaanse jongens in de leeftijdscategorie van 12 jaar en ouder zijn in de periode van 2008-2010 ruim verdubbeld ten opzichte van 2001-2003: van 7 naar 17 per 1.000 personen.

In figuur 2 worden de driejars incidentiecijfers in de jeugd-GGZ over de perioden 2001-2003 en 2008-2010 voor kinderen en jongeren (jongens en meisjes) getoond.<sup>51</sup> De cijfers laten zien dat jeugdigen van de vier migrantengroepen in regio Rijnmond aanzienlijk minder vaak binnenkomen als nieuwe gebruiker van de zorg dan jeugdigen met een Nederlandse achtergrond.



Figuur 2 Driejaars incidentie in de jeugd-GGZ over de perioden 2001-2003 en 2008-2010, patiënten per 1.000 inwoners, woonachtig in Rotterdam.

### Gegevens over zorgpatronen

Het psychiatrisch casusregister Rijnmond deed een verkennende analyse naar patronen in het zorggebruik bij de verschillende migrantengroepen. Er is gekeken naar het niveau van zorg (opname versus ambulante contacten), de duur van de zorg, de intensiteit van de zorg (contactfrequentie per maand) en het percentage patiënten in zorg per maand.

Ruim 40% van alle nieuwe patiënten bleef minder dan 1 maand in zorg. De drop-out (minder dan 1 maand gebruikmaken van zorg) varieerde niet significant tussen de verschillende migrantengroepen. Wel kwam de drop-out meer voor bij hogere inkomens. De gemiddelde zorgduur in de periode was 2,2 jaar. Alleen de Antilliaanse jongeren bleven significant minder lang in zorg dan hun leeftijdsgenoten.

Over een tijdspanne van twaalf maanden na het eerste contact is vastgesteld of patiënten naast ambulant ook klinisch zijn behandeld (fulltime of in deeltijd). Slechts 2,6% van alle nieuwe patiënten kwam in het eerste jaar in de klinische zorg terecht.

De contactfrequentie lag gemiddeld op één *face-to-face* contact per twee à drie weken. Het aantal contacten per maand is, met name voor de lagere inkomens, in 2008-2010 toegenomen ten opzichte van de periode 2001-2003.

De contactfrequentie in de periode 2008-2010 (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht) lag significant lager voor de vier migrantengroepen in vergelijking met de autochtone groep.<sup>52</sup>

---

### **3.4 Bevindingen per groep migrantenkinderen**

Wat kunnen we aflezen aan deze gegevens? De commissie bespreekt per groep de belangrijkste bevindingen over het zorggebruik.

---

#### **Jeugd van Marokkaanse herkomst**

Bij de huisarts komen kinderen van Marokkaanse afkomst even vaak met psychische problemen als autochtone leeftijdgenoten. Maar hun zorggebruik in de tweedelijns jeugd-GGZ is lager dan dat van autochtone kinderen, en blijft ook achter bij wat je zou verwachten op grond van hun aandeel in de bevolking. Bovendien laat het psychiatrisch casusregister Rijnmond zien dat ze aanzienlijk minder vaak binnenkomen als nieuwe gebruiker van de zorg dan jeugdigen met een Nederlandse achtergrond.

In de forensische psychiatrische zorg zijn Marokkaanse jongeren vaker vertegenwoordigd dan op basis van hun aandeel in de bevolking verwacht zou mogen verwachten.

---

#### **Jeugd van Turkse herkomst**

Met name Turkse meisjes presenteren zich vaker bij de huisarts met psychische klachten en/of symptomen dan Nederlandse meisjes. Toch lijkt de huisarts bij hen niet vaker een diagnose te stellen van psychische aard. In de jeugd-GGZ blijken kinderen van Turkse herkomst minder vaak vertegenwoordigd ten opzichte van hun aandeel in de algemene bevolking. Daarnaast liggen de driejaars incidentiecijfers van het psychiatrisch casusregister Rijnmond voor Turkse kinderen lager dan die voor hun autochtone leeftijdgenoten. Van oververtegenwoordiging in de forensische psychiatrische zorg is in deze groep geen sprake.

---

#### **Jeugd van Antilliaanse herkomst**

Antilliaanse kinderen gaan vaker naar de huisarts met psychische problemen dan hun autochtone leeftijdgenoten. Dit geldt in sterkere mate voor de jongens dan voor de meisjes. De huisarts stelt bij hen ook aanzienlijk vaker een diagnose van psychische aard (twee keer zo vaak). Dit vertaalt zich echter niet in een hoger gebruik van de jeugd-GGZ, zo blijkt uit het beschikbare onderzoek: in dit echelon is de jeugd van Antilliaanse herkomst evenredig of iets ondervertegenwoordigd ten opzichte van hun aandeel in de algemene bevolking.

---



Ook de beschikbare driejaars incidentcijfers van zorggebruik liggen voor Antilliaanse jongeren lager dan die voor autochtone jongeren. Omdat zij ten opzichte van autochtone jongeren meer psychische problemen lijken te hebben, zou verwacht kunnen worden dat zij juist meer gebruikmaken van de zorg.

In de forensische psychiatrische zorg blijken Antilliaanse jongeren ten slotte meer te zijn vertegenwoordigd dan op basis van hun aandeel in de bevolking verwacht mag worden.

---

### **Jeugd van Surinaamse herkomst**

In de huisartsregistratie is het percentage kinderen van Surinaamse herkomst met psychische klachten even groot als onder autochtone jongeren. Huisartsen stellen net iets vaker een diagnose van psychische aard in vergelijking met autochtone jongeren.

In de jeugd-GGZ zijn Surinaamse kinderen evenredig vertegenwoordigd ten opzichte van hun aandeel in de algemene bevolking.

De driejaars incidentcijfers van de jeugd-GGZ liggen voor de groep Surinaamse migrantenkinderen lager dan voor autochtone jongeren. Surinaamse jongeren zijn evenredig vertegenwoordigd in de forensische psychiatrische zorg ten opzichte van hun aandeel in de algemene bevolking.

---

## **3.5 Conclusie**

Op grond van de beschikbare gegevens kunnen nu de volgende conclusies getrokken worden. Enige voorzichtigheid is daarbij geboden: er is maar een beperkte hoeveelheid cijfermateriaal, dat bijvoorbeeld maar één regio betreft. Toch tekent zich wel een beeld af dat waarschijnlijk indicatief is voor de hele groep.

---

### **De instroom bij de huisarts is hetzelfde of iets groter**

Uit de beschikbare registratie van psychische symptomen en klachten bij de huisarts blijkt dat alle migrantengroepen op dit zorgniveau niet minder vertegenwoordigd zijn dan hun autochtone leeftijdgenoten. Meisjes met een Turkse achtergrond en kinderen van Antilliaanse herkomst presenteren zich relatief vaak, ten opzichte van autochtone en Marokkaanse en Surinaamse leeftijdgenoten, met psychische klachten bij de huisartsen. De huisarts stelt bovendien bij alle vier de migrantengroepen niet minder vaak een diagnose van psychische

aard dan bij de autochtone groep. Voor de Antilliaanse groep wordt vaker een diagnose van psychische aard gesteld dan voor Nederlandse jeugdigen.

---

### **Vooraf kinderen van Marokkaanse en Turkse herkomst zijn minder vertegenwoordigd in de jeugd-GGZ**

Marokkaanse en Turkse kinderen blijken in het beschikbare onderzoek minder vaak vertegenwoordigd in de reguliere jeugd-GGZ dan op basis van hun aandeel in de bevolking kan worden verwacht. Voor kinderen van Antilliaanse afkomst blijkt dat in mindere mate het geval te zijn. De Surinaamse jeugd is wel evenredig vertegenwoordigd.

Ruwe prevalentiedata uit een grote jeugd-GGZ zorginstelling in Amsterdam laten een vergelijkbaar beeld zien. Kinderen met een Marokkaanse en Turkse achtergrond bleken ook daar ondervertegenwoordigd, terwijl Antilliaanse en Surinaamse kinderen evenveel zorg gebruikten als verwacht mocht worden op grond van hun aandeel in de bevolking.<sup>55</sup>

---

### **De instroom van autochtone kinderen in de jeugd-GGZ is relatief hoog**

Opvallend is dat de gegevens van het psychiatrisch casusregister Rijnmond laten zien dat *autochtone* kinderen een relatief hoge instroom hebben in de reguliere jeugd-GGZ, vooral in groepen met lagere inkomens. Ook is hun zorggebruik verhoogd ten opzichte van hun aandeel in de algemene bevolking. Of dit betekent dat jongeren van allochtone herkomst te weinig zorg gebruiken kan op basis hiervan echter niet worden gezegd. De autochtone kinderen vormen immers geen maatstaf waaraan het gebruik van de rest wordt afgemeten. Misschien is het gebruik van de jeugd-GGZ door de migrantenjongeren bijvoorbeeld niet te laag, maar dat door autochtone jongeren juist relatief hoog. Alleen onderzoek waarin op het niveau van individuele personen gegevens over hun psychische gezondheid gecombineerd worden met gegevens over zorggebruik, kan hierover uitsluitel geven. Maar uit hoofdstuk 2 is al gebleken dat dergelijk onderzoek op dit moment in Nederland over de migrantenjeugd niet beschikbaar is.

---

### **Jongeren van Marokkaanse en Antilliaanse herkomst zijn vaker vertegenwoordigd in de forensische psychiatrische zorg**

Instellingscijfers over de forensische psychiatrische zorg in de regio Haaglanden laten een verhoogd percentage zien voor Marokkaanse en Antilliaanse jongeren

---

in vergelijking met hun aandeel in de algemene bevolking. Dit geldt niet voor jongeren van Turkse en Surinaamse herkomst.

---

### **Er is verschil in het aantal behandelcontacten, niet in *drop-out***

Cijfers van het psychiatrisch casusregister Rijnmond laten zien dat het aantal behandelcontacten per maand significant lager lag voor de vier migrantengroepen dan voor hun autochtone leeftijdgenoten.

Hoewel de *drop-out* (minder dan 1 maand in behandeling blijven) van nieuwe patiënten hoog lag (40%), werd er in dat opzicht geen significant verschil gevonden tussen kinderen behorende tot de vier verschillende migrantengroepen en de autochtone kinderen.

Dit suggereert dat het lagere zorggebruik onder bepaalde groepen migrantenkinderen niet zozeer het gevolg is van een hoge *drop-out*, maar meer van een relatief lage instroom en minder frequente behandelcontacten. Een kanttekening hierbij is wel dat de keuze van het afkappunt (in dit geval 1 maand) de uitkomst sterk beïnvloedt.<sup>56</sup> Voor een adequater beeld van *drop-out* zou het systematisch niet verschijnen op afspraken (*'no-show'*) of afmelding van patiënten bekeken moeten worden, met name wanneer behandelaren juist de noodzaak van doorgaan zien.



---

## Discrepanties tussen zorgbehoefte en zorggebruik

---

Welk beeld rijst nu op uit de gegevens in de hoofdstukken 2 en 3? Hieronder wordt besproken waar de commissie discrepanties ziet tussen de mogelijke behoefte aan zorg in de vier groepen migrantenkinderen en de zorg die wordt verleend. Die discrepanties kunnen allerlei redenen hebben. In dit hoofdstuk bespreekt de commissie ook de oorzaken die aan de verschillen ten grondslag kunnen liggen. Dat legt de basis voor de aanbevelingen die in het volgende hoofdstuk staan.

---

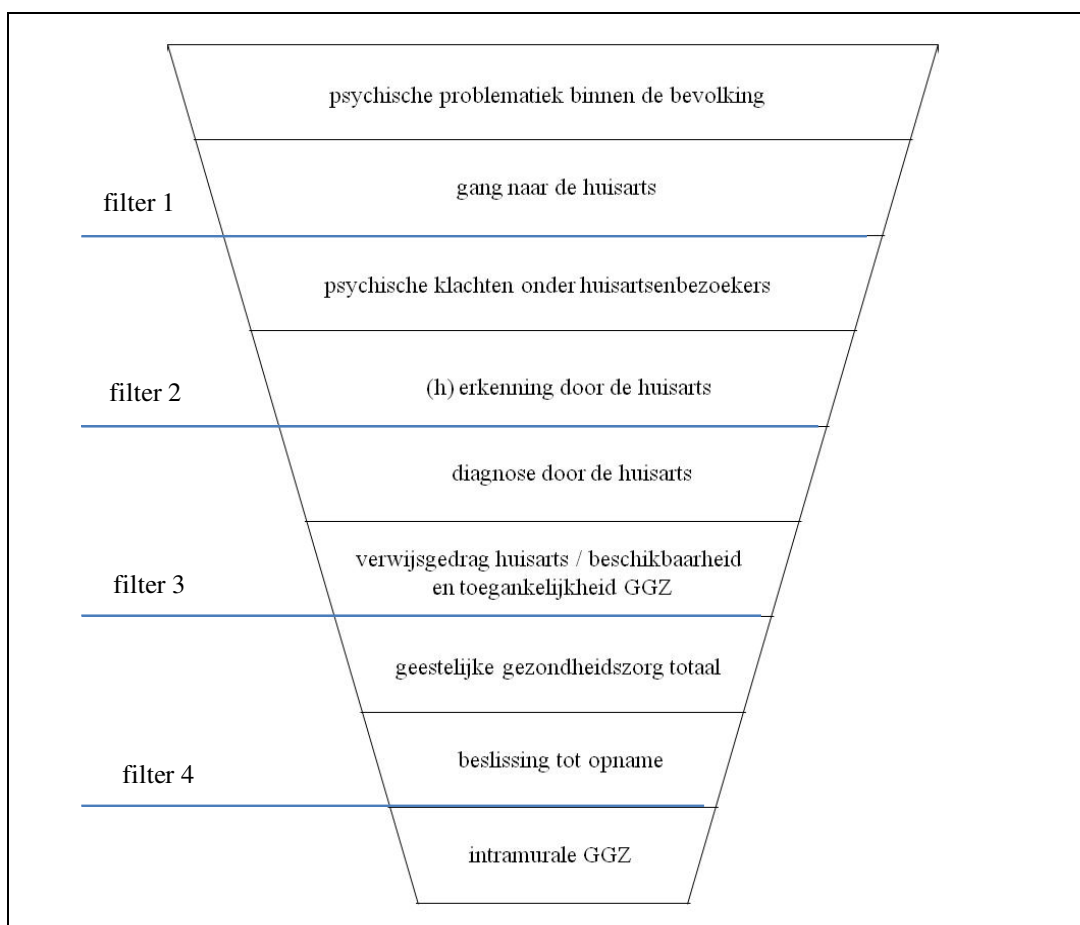
### 4.1 Discrepanties identificeren

Een leidraad bij het identificeren van een eventuele kloof tussen zorgbehoefte en zorggebruik komt van het zogenaamde filtermodel van Goldberg en Huxley (zie figuur 3).<sup>57</sup> Niveau 1 is in dit model de prevalentie van psychische problemen binnen de bevolking. Om als patiënt uiteindelijk bij de meest specialistische zorg te komen (niveau V) moet iemand een aantal (verwijs)filters passeren. Met elkaar representeren deze ‘filters’ een selectieproces waarin sommige personen doorgaan naar een volgende fase in het zorgproces en anderen niet.

Dat geldt ook voor kinderen met psychische problemen en stoornissen. Het begint allemaal met de erkenning en herkenning bij de persoon in kwestie dat er iets aan de hand is, of, in het geval van jongere kinderen, bij verantwoordelijke partijen die een signalerende functie hebben. Wanneer het daaraan ontbreekt,

treedt al in die fase stagnatie op, en komen jongeren mogelijk ten onrechte niet in de zorg terecht.

Een volgende stap is in veel gevallen om naar de huisarts te gaan. De huisarts kan een diagnose stellen en zo nodig verwijzen naar de jeugd-GGZ. Maar een jongere kan ook via signalering door school en/of jeugdarts doorverwezen worden naar de jeugd-GGZ. Dat wil echter niet zeggen dat het kind uiteindelijk de juiste zorg krijgt: de huisarts of andere zorgverlener kan de jongere ten onrechte niet doorverwijzen, of er kan sprake zijn van drop-out, of van een behandelaanbod dat niet past. Ook daar zitten dus mogelijke knelpunten die van invloed zijn op de verhouding tussen zorgbehoefte en zorggebruik.



*Figuur 3* Filtermodel van Goldberg en Huxley ingevuld naar Nederlands model.

Wanneer we de gedachte van een serie filters toepassen op het materiaal dat in hoofdstuk 2 en 3 is gepresenteerd, levert dat een beeld op van mogelijke knelpunten en discrepanties. De commissie heeft dat gedaan. In de tabellen hieronder is per groep migrantenkinderen ruwweg weergegeven of zij onder-, over- of evenredig vertegenwoordigd zijn in elke fase van het zorgproces.

Voor de signalering (door betrokkenen en school) is daarbij gebruik gemaakt van de beschikbare vergelijkingen met autochtone leeftijdgenoten, ten opzichte van wie de migrantenkinderen een +, - of een = krijgen (meer, minder, ongeveer hetzelfde).

Voor het gebruik van huisartszorg en gestelde diagnose wordt per migrantengroep aangegeven met een +, - of = of dit meer, minder of ongeveer evenveel ten opzichte van autochtone leeftijdgenoten is.

Voor het gebruik van de reguliere en forensische psychiatrische zorg is vergeleken met wat verwacht kan worden op grond van het aandeel in de bevolking. Ook daarvoor worden dan een +, - of = toegekend, voor meer, minder of ongeveer evenveel in zorg ten opzichte van het aandeel in de algemene bevolking.

*Tabel 8* Rapportage door jongeren zelf en hun ouders enerzijds en signalering door school anderzijds, uitgesplitst per groep migrantenkinderen, vergeleken met hun autochtone leeftijdgenoten, op basis van verschillende studies naar het voorkomen van psychische problemen (geen landelijke screening).

	Marokkaanse jeugd	Turkse jeugd	Antilliaanse jeugd	Surinaamse jeugd
Rapportage door jongeren/ouders	-/=	+	+	=
Signalering (school)	+	=	+	=

*Tabel 9* Gegevens uit huisartsenregistratie van gebruik van huisartsenzorg en gestelde diagnose, uitgesplitst per groep migrantenkinderen, vergeleken met hun autochtone leeftijdgenoten.

	Marokkaanse jeugd	Turkse jeugd	Antilliaanse jeugd	Surinaamse jeugd
Gebruik huisartszorg	=	+	+	=
Diagnose huisarts	=	=	+	=/+

*Tabel 10* Gegevens over gebruik van reguliere en forensische psychiatrische zorg, uitgesplitst per groep migrantenkinderen vergeleken met hun aandeel in de algemene bevolking.

	Marokkaanse jeugd	Turkse jeugd	Antilliaanse jeugd	Surinaamse jeugd
In zorg (reguliere j-GGZ)	-	-	-/=	-/-
In zorg (forensisch psychiatrisch)	+	=	+	=

---

## Stap 1: Herkennen van problemen door ouders en kinderen

Een eerste knelpunt kan zijn dat kinderen en hun ouders zich niet voldoende bewust zijn van de psychische problemen, en dat zij daarom ook minder geneigd zullen zijn om hulp te zoeken. Dit lijkt te spelen in de groep van Marokkaanse herkomst, zoals valt af te lezen uit tabel 8. Die laat zien dat de rapportage door ouders en kinderen achterblijft bij die van school. Bij de andere groepen speelt dit niet; in de groep van Turkse afkomst zien de ouders en kinderen zelf bijvoorbeeld juist meer problemen dan school.

Voordat de commissie ingaat op mogelijke verklaringen voor de mogelijk verminderde probleemherkenning in de groep van Marokkaanse afkomst, bekijkt zij of nog vraagtekens te zetten zijn bij de bevinding op zich.

Het is bijvoorbeeld denkbaar dat een onvoldoende Nederlandse taalvaardigheid vragenlijstonderzoek minder betrouwbaar kan maken.<sup>26</sup> Ook een onbedoeld andere uitleg van vragen kan een vertekend beeld opleveren. Nog niet alle gebruikte meetinstrumenten blijken valide als het gaat om cultuursensitiviteit.<sup>58</sup> Dat zou dus een vertekening kunnen geven, in de zin dat de Marokkaanse jongeren en/of hun ouders wel degelijk vaker problemen onderkennen, maar dat dit met de gebruikte meetinstrumenten niet wordt opgepikt.

In hoeverre deze mogelijke vertekeningen een rol spelen, is op dit moment niet vast te stellen. Wel laten verscheidene studies zien dat er een discrepantie bestaat tussen de problemen die migrantenouders en hun kinderen ervaren en de diagnose die gesteld wordt door zorgprofessionals.<sup>11,31,42 30,59</sup> Dit suggereert dat verminderde probleemherkenning inderdaad een hindernis kan zijn in het zoeken van hulp, en niet alleen het gevolg is van de gebruikte onderzoeksmethode.

Wat zou kunnen verklaren dat ouders en kinderen van Marokkaanse herkomst zelf minder psychische problemen zien dan leerkrachten? De culturele achtergrond kan daarin meespelen: normen voor wat als afwijkend gedrag wordt bestempeld kunnen afhankelijk zijn van de cultuur in een bepaalde groep. Gedrag dat voor de ene ouder normaal of acceptabel is, kan door een ouder met een andere achtergrond gezien worden als probleemgedrag.<sup>60</sup>

Ook kan het zijn dat de problemen wel als zodanig worden ervaren en dat er ook behoefte is aan zorg, maar dat ouders of de jongeren zelf dit niet (durven te) erkennen. Dat wordt vrij algemeen gezien bij psychische problemen, maar in bepaalde groepen kan het wellicht sterker spelen. Schaamte, opvoedingsonzekerheid en angst voor uitsluiting of stereotypering zouden dan tot onderrapportage

---



kunnen leiden.<sup>2,8,61,62</sup> Het is zeker mogelijk dat dit in de Marokkaans groep van invloed is, bijvoorbeeld in reactie op de angst voor discriminatie.<sup>63</sup>

Verder kan het ook zo zijn dat de ouders en kinderen niet onderrapportereren, maar de leerkrachten en jeugdartsen juist te veel problemen zien: de zogenoemde overattributie door etnische bias. Hebben mensen uit minderheidsgroepen problemen, dan bestaat de neiging om die toe te schrijven aan (vermeende) kenmerken van de groep, terwijl bij mensen uit meerderheidsgroepen vaker problematiek als een individueel probleem wordt geduid.<sup>60</sup>

---

## **Stap 2: Signalering en diagnostiek door huisartsen**

Wanneer kinderen en/of ouders herkennen dat er een psychisch probleem speelt, is in veel gevallen de volgende stap om naar de huisarts te gaan. Het is dus de moeite waard om te kijken of zich daar wellicht obstakels aftekenen.

Geen van de vier groepen vertoont ondergebruik van de huisartszorg, zo is te zien in tabel 9. Bij kinderen van Turkse en Antilliaanse herkomst is het gebruik zelfs wat hoger dan in de autochtone bevolking. Wel valt op dat er voor de groep kinderen van Turkse herkomst minder vaak een diagnose wordt gesteld dan je zou mogen verwachten op basis van probleemrapportage door Turkse ouders en kinderen.

Dit beeld is in overeenstemming met het patroon dat de commissie heeft gevonden voor gezondheidsproblemen in de verschillende migrantengroepen. Met andere woorden, de bevolkingsgroepen waar zich meer psychische problemen voordoen, zijn ook vaker bij de huisarts bekend met psychische problematiek. Het lijkt er dan ook op dat de huisartsenzorg voor de verschillende groepen goed toegankelijk is. Wel blijft onduidelijk waarom de verhoogde probleemrapportage door met name Turkse meisjes ten opzichte van hun autochtone leeftijdgenoten zich niet vertaalt in een hoger aantal diagnoses van psychische aard door de huisarts.

Daarnaast is nog onduidelijk welk vervolgtraject wordt doorlopen zodra migrantenkinderen in beeld zijn bij de huisarts. Volgt doorverwijzing naar een meer gespecialiseerde vorm van zorg? Ervaren de ouders en kinderen die doorverwijzing als zinvol, of is het duiden van hun probleem door de huisarts al voldoende? En als de huisarts doorverwijst, zetten mensen dan inderdaad de volgende stap in het zorgtraject?

Een kwalitatief onderzoek in Nederland naar de ervaring van huisartsen met doorverwijzingen naar de jeugd-GGZ in het algemeen laat zien dat huisartsen op dit vlak knelpunten ervaren, zoals een moeizame communicatie en samen-

werking met de jeugd-GGZ, en een toegankelijkheid die te wensen overlaat.<sup>64</sup> Enkele buitenlandse onderzoeken bevestigen dat beeld.<sup>65,66</sup>

Onderzoek onder volwassen cliënten toont verder aan dat huisartsen ook problemen kunnen ervaren in het contact met bijvoorbeeld Turkse en Marokkaanse cliënten. Zo kan het zijn dat de huisarts het lastiger vindt om patiënten van Turkse en Marokkaanse herkomst voorlichting te geven over de GGZ, waardoor de zorg die deze patiënten uiteindelijk krijgen niet voldoet aan de verwachtingen.<sup>67,68</sup>

---

### **Stap 3: Instroom in de jeugd-GGZ**

Een volgend obstakel kan optreden bij de overgang naar de jeugd-GGZ. De bevindingen suggereren dat hiervan sprake kan zijn: kinderen van Marokkaanse en Turkse herkomst, en in mindere mate kinderen met een Antilliaanse achtergrond, zijn ondervertegenwoordigd ten opzichte van hun aandeel in de algemene bevolking.

Een hogere prevalentie van psychische problemen in een bepaalde groep migrantenkinderen zou bij een goed toegankelijke gezondheidszorg juist moeten resulteren in een hoger zorggebruik van jeugd-GGZ in die groep.

Hoe moeten we dit duiden? Deze discrepantie kan wijzen op een beperkte toegankelijkheid van de jeugd GGZ voor deze groepen. In de literatuur wordt een aantal modellen beschreven om de toegankelijkheid van zorg te bestuderen, en te begrijpen welke contextuele factoren het zorggebruik kunnen beïnvloeden.<sup>69</sup> Het model van Andersen<sup>70,71</sup> stelt dat er sprake is van toegankelijke zorg als de zorgbehoefte van een groep in overeenstemming is met het feitelijk gebruik. Maar om dit model te kunnen gebruiken is eenduidige informatie nodig over de medische noodzaak van zorg, in relatie tot het feitelijk gebruik. En die kennis, zo is al een aantal keren aangegeven, niet beschikbaar bij gebrek aan gegevens over zorgbehoefte enerzijds en zorggebruik anderzijds bij eenzelfde individu. Ondanks het ontbreken van deze gegevens, lijkt het redelijk om te spreken van een beperkte toegankelijkheid voor Turkse en Marokkaanse jongeren. Het lagere zorggebruik kan immers alleen in overeenstemming zijn met de behoefte aan zorg als zich in deze groepen ook veel minder psychische problemen voordoen dan onder de jongeren van autochtone herkomst. In het licht van de in hoofdstuk 2 besproken gegevens is dit echter niet aannemelijk.

Wat kunnen de oorzaken zijn van de beperktere toegang tot de jeugd-GGZ voor Turkse en Marokkaanse jongeren?

---

Een verklaring ligt wellicht in de houding van ouders ten opzichte van zorg bij psychische problematiek. Onderzoek van Fassaert e.a. toont aan dat de ervaren zorgbehoefte bij psychische problemen voor Marokkaanse volwassenen lager ligt dan voor autochtone volwassenen.<sup>72</sup> Omdat ouders belangrijk zijn bij de toeleiding van hun kinderen naar de zorg, kan ook dit gegeven ook een rol spelen bij het lagere zorggebruik van kinderen van Marokkaanse herkomst in de GGZ.

Ten tweede zijn er aanwijzingen dat ouders van Marokkaanse en Turkse herkomst vaker naar andere oplossingen zoeken dan het inschakelen van GGZ.<sup>73,74</sup> Zo lijken ze meer geneigd te zijn om problemen te verbinden aan omgevingsfactoren en de oplossing dan ook in die richting te zoeken. Ook zoeken ze eerder naar hulp op school.<sup>30,75</sup> Dat laatste duidt op een behoefte aan meer eerstelijnszorg die via de school kan worden aangeboden. Verder is het mogelijk dat vaker gebruik wordt gemaakt van alternatieve vormen van hulp: in de eigen kring, in alternatieve en/of complementaire geneeswijzen, of door in het land van herkomst hulp te zoeken.<sup>76-78</sup> Deze aanwijzingen zullen eerst nader onderzocht moeten worden om definitieve uitspraken over de oorzaken van dit verschijnsel te kunnen doen.

Ten derde kan het zo zijn dat de jeugd-GGZ onvoldoende toegerust is om op een adequate manier zorg te verlenen aan Turkse en Marokkaanse jongeren. Hoewel er nog weinig wetenschappelijke kennis is over gepaste zorg voor groepen migrantenkinderen, zijn er wel degelijk aanwijzingen voor knelpunten, afkomstig uit (kleinschalig) onderzoek, casuïstiek en ervaringen van individuele zorgverleners. Een verscheidenheid aan kennisinstituten brengt met name via rapportages van cliënten en zorgverleners knelpunten in kaart. In dat kader worden bijvoorbeeld genoemd: onvoldoende bekendheid met de Nederlandse jeugd-GGZ, onvoldoende vertrouwen in de hulpverlening, en onvoldoende kwaliteit van de zorg.<sup>79</sup> Empirisch bewijs in hoeverre deze zaken invloed hebben op het zorggebruik is er echter niet.

Ten vierde is het niet ondenkbaar dat de algemeen bestaande organisatorische problemen in de jeugd-GGZ de risicogroepen extra parten spelen. In het rapport Evaluatie Wet Jeugdzorg is kritisch gekeken naar de knelpunten van de jeugdzorg in het algemeen.<sup>80</sup> Zij concluderen: 'De jeugdsector is versnipperd, verantwoordelijkheden zijn verdeeld over een groot aantal partijen en er zijn uiteenlopende financieringsstromen. Tussen de verschillende zorgaanbieders is bovendien onvoldoende afstemming.'

---

## Hoger aandeel van bepaalde groepen in de forensische psychiatrie

Tot slot is het nog van belang om een vorm van oververtegenwoordiging te bespreken: die van Marokkaanse en Antilliaanse jongens in de forensische psychiatrische zorg. Er wordt wel gesuggereerd dat zich hier het ondergebruik van de reguliere jeugd-GGZ wreekt, maar gegevens daarover zijn er niet.

Het lijkt de commissie echter niet aannemelijk dat er een direct verband is tussen ondergebruik van de reguliere jeugd-GGZ en oververtegenwoordiging in de forensische zorg. Een ondervertegenwoordiging in de reguliere zorg is immers niet de enige mogelijke verklaring voor een oververtegenwoordiging in de forensische psychiatrische zorg. We bespreken hier twee andere mogelijke verklaringen.

Ten eerste kunnen er ook andere redenen zijn om in de forensische psychiatrie terecht te komen, zoals crimineel gedrag, of om hen te beschermen tegen zelfbeschadigend gedrag of tegen personen die misbruik van hen willen maken.<sup>81</sup> Via welke weg zij in de forensische psychiatrie belanden zou dan ook nader onderzocht moeten worden.

Overigens hoeft een grotere vertegenwoordiging in de forensische zorg vanwege een delict niet noodzakelijkerwijs te betekenen dat crimineel gedrag in een bepaalde groep ook meer voorkomt. In de bestraffing van jeugdigen lijken namelijk verschillen te bestaan.<sup>82</sup> Zo blijkt uit een studie van Veen et al. dat de aard en ernst van de delicten waarvoor Marokkaanse jongeren zijn veroordeeld minder ernstig zijn dan die bij hun autochtone leeftijdgenoten.<sup>83</sup>

Dat deze jongens een hoger aandeel hebben in de forensische psychiatrische zorg zou, ten tweede, ook kunnen samenhangen met het onvrijwillige karakter hiervan. Binnen de jeugd-GGZ bestaan ook andere afdelingen waar opnames op niet-vrijwillige basis plaatsvinden, zonder dat van criminaliteit sprake is. Het betreft afdelingen waar opnames in het kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) plaatsvinden, vooral vanwege psychosen en ernstig suïcidaliteit. Ook hier blijkt bij jeugd-GGZ instellingen een relatief hoger aandeel van migrantenjongeren te zijn. Het feit dat de hulp niet vrijwillig is gezocht, maar dwingend wordt geboden, kan dus een verklarende factor zijn.

---

## 4.2 Conclusie

De analyse in dit hoofdstuk laat zien dat zich in het zorgproces bepaalde knelpunten voordoen die van invloed kunnen zijn op het zorggebruik van de vier

---

groepen migrantenkinderen wanneer zij kampen met psychische problemen of stoornissen.

Zo lijkt er sprake van een verminderde probleemherkenning bij ouders en kinderen van Marokkaanse afkomst, wat er toe kan leiden dat de eerste stap op weg naar zorg minder snel gezet zal worden. In de eerste lijn lijkt de toegankelijkheid kwantitatief gezien geen problemen te geven, al zijn er ook aanwijzingen dat de communicatie tussen huisartsen en migranten en de doorstroming naar de jeugd-GGZ minder goed verlopen dan wenselijk is. Misschien dat de lagere instroom van migrantenkinderen in de tweede lijn daar voor een deel mee samenhangt, al zijn daar op dit moment geen bewijzen voor. Wel zijn er aanwijzingen dat de neiging groter is om alternatieve vormen van hulp aan te spreken. Ook zou een gebrek aan gepaste zorg in het reguliere aanbod mee kunnen spelen.

Tot slot lijkt het de commissie niet aannemelijk dat de oververtegenwoordiging in de forensische zorg het directe gevolg is van ondergebruik van de reguliere jeugd-GGZ. Er kunnen namelijk ook andere redenen zijn om in de forensische psychiatrie terecht te komen.



---

## Conclusie en aanbevelingen

---

### 5.1 Gedifferentieerd beeld

Een belangrijke conclusie, aan het einde van het adviesproces, is dat de migrantenkinderen van Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en Antilliaanse herkomst verschillen in de mate waarin zij last hebben van psychische problemen en waarin zij gebruik maken van zorg. *De migrantenjeugd bestaat niet: migrantenkinderen en -jongeren vormen geen homogene groep.* Bij het in kaart brengen van het psychisch welbevinden van de migrantenjeugd is het maken van onderscheid naar herkomst dus essentieel. Daarnaast bestaan ook binnen de etnische groepen belangrijke verschillen, bijvoorbeeld naar sekse.

Het belang van de keuze die de commissie bij aanvang maakte, namelijk om de vier groepen migrantenkinderen afzonderlijk te bekijken, is door de uitkomsten van dit advies nog eens bevestigd. Ook bij vervolgstappen is het belangrijk om naar specifieke groepen te kijken. De bevindingen in dit advies kunnen helpen om preciezer te bepalen waar zich problemen voordoen, en daar op te focussen.

---

### 5.2 Adviesvraag 1: prevalentie van psychische problemen

Hoe verhouden de aard en omvang van psychische problemen onder migrantenkinderen van Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en Antilliaanse herkomst zich

---

tot de aard en omvang van psychische problemen bij de rest van de Nederlandse jeugd tot 23 jaar? Wat zijn de oorzaken van eventuele verschillen?

---

### **In een aantal gevallen meer problemen, in andere evenveel of minder**

Empirische gegevens over de prevalentie van psychische problemen zijn slechts beperkt beschikbaar. De bruikbare studies zijn bovendien heterogeen van opzet. De interpretatie kan daarom lastig zijn en een consistent beeld vormen is moeilijk.

Toch geeft het onderzoek wel degelijk aanwijzingen. Zo blijkt dat over jongens van Marokkaanse herkomst consistent meer gedragsproblemen worden gemeld dan over autochtone leeftijdgenoten. Onder jongeren met een Turkse achtergrond lijken juist meer emotionele problemen voor te komen. Bij Antilliaanse jongeren komen zowel emotionele als gedragsproblemen vaker voor.

In andere gevallen worden juist minder problemen gemeld. Zo melden jongeren van Marokkaanse herkomst zelf minder emotionele problemen, en rapporteren meisjes uit deze groep minder vaak suïcidaal gedrag. Tussen Surinaamse en autochtone jongeren worden, zij het op basis van heel schaarse gegevens, geen duidelijke verschillen in voorkomen van psychische problemen gevonden. Wel lijkt bij Surinaamse meisjes het aantal zelfmoordpogingen hoger te liggen.

---

### **Een combinatie van oorzaken**

Waarom komen psychische problemen in sommige groepen migrantenkinderen meer voor dan in andere? Er is op dit vlak nog veel onduidelijkheid. In het algemeen wordt de verklaring voor gezondheidsverschillen gezocht in een andere verdeling van risicofactoren, of in het meer of minder aanwezig zijn van beschermende factoren. Ook als het gaat om psychische problemen bij de onderzochte groepen migrantenkinderen kan de verklaring in deze richting worden gezocht.

Zo spelen bij jongeren van Marokkaanse herkomst mogelijk een gebrek aan beschermende factoren een rol. Voorbeelden zijn de leefbaarheid van de buurt en de ervaren ondersteuning door de moeder. Vervolgens is dan weer de vraag hoe het komt dat bepaalde risicofactoren meer of beschermende factoren juist minder voorkomen bij specifieke migrantengroepen. Dit blijkt voor een deel samen te hangen met de sociaal-economische achtergrond van deze groepen. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat factoren een rol spelen die specifiek zijn voor het feit dat ze afkomstig zijn uit etnische minderheidsgroepen, zoals de etnische dichtheid van de inwoners in een bepaald gebied en de culturele oriëntatie.

---



---

### 5.3 Adviesvraag 2: gebruik van zorg

Hoe verhouden de aard en omvang van het zorggebruik voor psychische stoornissen onder migrantenkinderen van Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en Antilliaanse herkomst zich tot het zorggebruik voor psychische stoornissen onder de rest van de Nederlandse jeugd tot 23 jaar?

---

#### Minder zorggebruik in verschillende stadia van het zorgproces

Bij de huisarts komen kinderen van Marokkaanse afkomst even vaak met psychische problemen als autochtone leeftijdgenoten, maar hun zorggebruik in de tweedelijns jeugd-GGZ is lager dan verwacht mag worden op basis van hun aandeel in de algemene bevolking.

Met name Turkse meisjes presenteren zich vaker bij de huisarts met psychische klachten en/of symptomen dan Nederlandse meisjes, maar daar volgt minder vaak ook een diagnose op. In de jeugd-GGZ blijken kinderen van Turkse herkomst minder vertegenwoordigd dan op basis van hun aandeel in de bevolking verwacht mag worden.

Antilliaanse kinderen gaan vaker naar de huisarts met psychische problemen dan hun autochtone leeftijdgenoten. Dit geldt nog meer voor de jongens dan voor de meisjes. De huisarts stelt bij hen ook twee keer zo vaak een diagnose van psychische aard. Dit vertaalt zich echter niet in een hoger gebruik van de jeugd-GGZ.

In de huisartsregistratie is het percentage kinderen van Surinaamse herkomst met psychische klachten even groot als onder autochtone jongeren. Wel stellen huisartsen bij hen net iets vaker een diagnose van psychische aard dan bij autochtone jongeren.

In de jeugd-GGZ zijn Surinaamse kinderen evenredig vertegenwoordigd.

Instellingscijfers over de forensische psychiatrische zorg in de regio Haaglanden laten een verhoogd percentage zien voor Marokkaanse en Antilliaanse jongeren in vergelijking met hun aandeel in de algemene bevolking. Dit geldt niet voor jongeren van Turkse en Surinaamse herkomst.

---

### 5.4 Adviesvraag 3: ondergebruik van zorg en knelpunten

In hoeverre is er een kloof tussen zorgbehoefte en zorggebruik? Wat zijn de oorzaken van eventuele discrepanties?

---

---

### **Sommige groepen zijn relatief weinig vertegenwoordigd in de zorg, vooral in de jeugd-GGZ**

Bij bepaalde groepen tekenen zich duidelijk discrepanties af tussen de omvang van de psychische problemen in die groep, en de mate waarin gebruik wordt gemaakt van de jeugd-GGZ. Zo worden over kinderen van Marokkaanse herkomst in het beschikbare onderzoek vaker gedragsproblemen gemeld dan over hun autochtone leeftijdgenoten, maar zijn ze in de jeugd-GGZ juist minder vertegenwoordigd.

Eenzelfde beeld, maar minder sterk, tekent zich af voor de kinderen van Antilliaanse herkomst: een wat hogere prevalentie van psychische problemen, minder zorggebruik van de jeugd-GGZ dan je op basis van die prevalentie zou verwachten.

Bij kinderen met een Turkse achtergrond komen meer emotionele problemen voor. Ze gaan wel naar de huisarts maar maken minder gebruik van de jeugd-GGZ dan je zou verwachten.

Bij de kinderen van Surinaamse herkomst tekent zich echter geen verhoogde prevalentie van psychische problematiek af. Ook lijkt het gebruik van de jeugd-GGZ in overeenstemming met wat verwacht mag worden op basis van de omvang van deze groep.

---

### **Vooral knelpunten bij doorstroming naar de jeugd-GGZ**

Hoe kunnen de verschillen worden verklaard? Is er een probleem met de toegankelijkheid van zorg, of zijn er andere oorzaken? Op wetenschappelijke gronden is daarover weinig met zekerheid te zeggen. Toch geven de zorgcijfers een paar aanwijzingen.

Zo lijkt er sprake van een verminderde probleemherkenning bij ouders en kinderen van Marokkaanse afkomst, waardoor zij minder snel hulp zoeken. In de eerste lijn lijkt de toegankelijkheid kwantitatief gezien geen problemen te geven. Kinderen uit de vier migrantengroepen melden zich even vaak met psychische klachten bij de huisarts als autochtone kinderen - en soms zelfs vaker, zoals in het geval van meisjes met een Turkse achtergrond en kinderen van Antilliaanse herkomst. Wel blijft onduidelijk welk vervoltraject wordt doorlopen zodra migrantenkinderen in beeld zijn bij de huisarts. Er zijn aanwijzingen dat de doorstroming naar de jeugd-GGZ in het algemeen niet optimaal verloopt. Misschien dat de lagere instroom van migrantenkinderen in de tweede lijn daar voor een deel mee samenhangt, al zijn daar voor specifiek deze groepen geen gegevens

---

beschikbaar die hier meer zicht op kunnen geven. Wel zijn er aanwijzingen dat de neiging groter is om alternatieve vormen van hulp aan te spreken. Een gebrek aan gepaste zorg in het reguliere aanbod zou daarbij mee kunnen spelen.

---

### **Oververtegenwoordiging in de forensische psychiatrie**

Tot slot is het nog van belang om een vorm van oververtegenwoordiging te bespreken: die van Marokkaanse en Antilliaanse jongens in de forensische psychiatrische zorg. Er wordt wel gesuggereerd dat zich hier wrekt dat deze groepen in de reguliere jeugd-GGZ ondervertegenwoordigd zijn. Er zijn echter geen gegevens beschikbaar om deze verklaring te onderbouwen. Een ondervertegenwoordiging in de reguliere zorg is niet de enige mogelijke verklaring voor een oververtegenwoordiging in de forensische psychiatrische zorg. Er kunnen er ook andere redenen zijn om in de forensische psychiatrie terecht te komen, zoals crimineel gedrag. Ook worden sommige jongeren opgenomen in een gesloten setting om hen te beschermen tegen zelfbeschadigend gedrag of tegen personen die misbruik van hen willen maken. Daarnaast kan het feit dat de hulp niet vrijwillig is gezocht maar dwingend wordt geboden ook een verklarende factor zijn.

---

### **5.5 Adviesvraag 4: oplossingsrichtingen**

Welke oplossingsrichtingen dienen zich aan om de huidige situatie te verbeteren? Welke stappen kunnen worden gezet?

---

#### **Inzetten op gepaste zorg, niet op kwantiteit**

Hoewel dit advies door de beperkte beschikbaarheid van gegevens vooral agenderend van aard is, geeft de commissie een aantal gedachten mee voor oplossingsrichtingen. Een belangrijk uitgangspunt daarbij vindt zij dat het doel niet wordt geformuleerd in kwantitatieve termen, zoals: meer migrantenkinderen in zorg. Ieder kind met psychische problemen heeft recht op zorg, maar die zorg moet wel gepast zijn. Dat geldt evenzeer voor autochtone jongeren.

---

#### **Rekening houden met verschillen**

Algemene organisatorische verbeteringen in de jeugdzorg zullen alle kwetsbare groepen, waaronder specifieke migrantengroepen, ten goede komen. Maar dat is niet genoeg. Hoewel er nog weinig wetenschappelijke kennis is over gepaste zorg voor groepen migrantenkinderen, zijn er wel degelijk aanwijzingen voor

---

knelpunten, afkomstig uit (kleinschalig) onderzoek, casuïstiek, en ervaringen van individuele zorgverleners en cliënten. Alleen al op grond daarvan valt het aan te bevelen om zowel organisaties als zorgverleners competent te maken om goede zorg te verlenen aan patiënten uit een brede range van etnische groepen. Initiatieven van bestaande kennisinstituten en zorginstellingen kunnen daarbij behulpzaam zijn.

---

### **Noodzaak van gefocust onderzoek**

Een belangrijk thema in dit advies is de beperkte beschikbaarheid van empirische gegevens. Hoewel zeker een beeld oprijst dat eerste aanknopingspunten biedt voor verbetering, is meer kennis noodzakelijk. Daarbij moet dan wel goed gefocust worden: de aandacht moet gaan naar de kinderen van wie we vermoeden dat ze niet de zorg ontvangen die ze nodig hebben. De bevindingen in dit advies bieden daarvoor aanknopingspunten. De commissie doet hier de volgende aanbevelingen.

#### **Onderzoek naar prevalentie en verklarende factoren**

Ten eerste is meer en gericht onderzoek nodig naar de prevalentie van psychische problemen. Zo is onderzoek gewenst waarin rapportages door kinderen, ouders en leerkrachten worden vergeleken met de uitkomsten van diagnostische interviews door zorgprofessionals. Nu zijn de uitkomsten vaak lastig te interpreteren.

Dit geldt met name voor het vaststellen van gedragsproblemen onder Turkse en Marokkaanse jongeren, en voor emotionele problematiek onder Turkse en Surinaamse meisjes. Met kennis uit verschillende bronnen over dezelfde personen kan vervolgens gekeken worden waar discrepanties bestaan met het feitelijke zorggebruik.

Ook nader onderzoek naar beschermende en risicofactoren verdient aanbeveling. Zo kan inzicht worden verkregen in het ontstaan van psychische problemen in bepaalde kwetsbare (migranten)groepen. Dit kan weer handvaten bieden voor preventieve maatregelen.

#### **Onderzoek naar zorggebruik**

Op basis van de nu beschikbare bronnen is het moeilijk algemene uitspraken te doen over het zorggebruik in ons land in verschillende migrantengroepen. Om

hierover meer te kunnen zeggen is betere uniforme registratie nodig en zouden de gegevens van veel meer instellingen en regio's beschikbaar moeten zijn.

Naast kijken naar instroom in de zorg dient ook gekeken te worden naar drop-out. Verder verdient het relatief hoge zorggebruik (en met name de hoge instroom in de zorg) van autochtone kinderen en jongeren aandacht.

Daarnaast is onderzoek wenselijk naar de gevolgen van mogelijke verschillen in zorggebruik voor de prognose bij bepaalde aandoeningen, en voor het zorggebruik in andere segmenten. Daarvoor moeten behandelingstrajecten in kaart worden gebracht (longitudinaal), om zo knelpunten te identificeren. Hierbij zou specifiek gekeken moeten worden naar een aantal screeningsmomenten in het zorgtraject, zoals de signalering op scholen en doorverwijzing naar eerste- en/of tweedelijnszorg, en de verwijzing door huisartsen.

Ook retrospectief onderzoek kan inzicht geven in mogelijke knelpunten in de zorg, met name onder cliënten in de forensische psychiatrische zorg. Daar kan gekeken worden naar verschillen in psychische problematiek en doorlopen zorgtrajecten tussen groepen. De aandacht zou daarbij vooral uit moeten gaan naar jongeren van Marokkaanse en Antilliaanse herkomst, in vergelijking met autochtone kinderen en andere groepen migrantenkinderen.

#### Onderzoek naar cliëntervaringen in de zorg

Tot slot is het van belang om kwalitatief onderzoek onder migrantenouders en -jongeren te stimuleren, met als focus cliënttevredenheid, aansluiting en de diversiteitscompetentie van zorgverleners.



---

# Literatuur

- 
- 1 Brancherapport GGZ\_MZ '98-'01. Trimbos Instituut; 2002.
  - 2 Stevens GW, Pels T, gi-Arslan L, Verhulst FC, Vollebergh WA, Crijnen AA. Parent, teacher and self-reported problem behavior in The Netherlands: comparing Moroccan immigrant with Dutch and with Turkish immigrant children and adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38(10): 576-585.
  - 3 Stevens GW, Vollebergh WA. Mental health in migrant children. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49(3): 276-294.
  - 4 Bekker M, Mens-Verhulst J. GGZ en diversiteit: Prevalentie en Zorgkwaliteit Programmeringsstudie "Etniciteit en gezondheid" voor ZonMW. 2008.
  - 5 Centraal Bureau voor de Statistiek. *Gezondheid en zorg in cijfers 2008*. Voorburg/ Heerlen: CBS; 2008.
  - 6 Dorsselaer Sv, Zeil E, Vollebergh W. *HBSC 2005 Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos Instituut; 2007.
  - 7 Dorsselaer Sv, Vollebergh W. *HBSC 2009 Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos Instituut; 2010.
  - 8 Sociaal en Cultureel Planbureau. *Jaarrapport integratie 2009*. Den Haag: SCP; 2009.
  - 9 Centraal Bureau voor de Statistiek. [www.statline.cbs.nl](http://www.statline.cbs.nl). Voorburg/Heerlen: CBS; 2010.
  - 10 Rapportage gemeente Rotterdam 2008. *Jeugdmonitor Rotterdam*; 2008.
  - 11 Crone MR, Bekkema N, Wiefferink CH, Reijneveld SA. Professional identification of psychosocial problems among children from ethnic minority groups: room for improvement. *J Pediatr* 2010; 156(2): 277-284.
-

- 12 Zwirs BW, Burger H, Schulpen TW, Wiznitzer M, Fedder H, Buitelaar JK. Prevalence of psychiatric disorders among children of different ethnic origin. *J Abnorm Child Psychol* 2007; 35(4): 556-566.
- 13 Jeugd-GGZ: Investeren in de toekomst! Ambities voor 2011-2014. GGZ Nederland; 2011.
- 14 De Jong A. *Handboek Psychiatrische Epidemiologie*. Elsevier/ tijdstroom; 1999.
- 15 Crijnen AA, Achenbach TM, Verhulst FC. Problems reported by parents of children in multiple cultures: the Child Behavior Checklist syndrome constructs. *Am J Psychiatry* 1999; 156(4): 569-574.
- 16 Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. 2012.
- 17 Zwirs BW, Burger H, Schulpen TW, Buitelaar JK. Different treatment thresholds in non-Western children with behavioral problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45(4): 476-483.
- 18 Wissink IB, Dekovic M, Marie MA. Parenting behaviour, quality of the parent adolescent relationship, and adolescent functioning in four ethnic groups. *Journal of Early Adolescence* 26, 133-159. 2006.
- 19 Adriaanse M, Louwerse M, Domburgh L, Veling W, Doreleijers T. *Psychische problemen en stoornissen bij Marokkaans Nederlandse kinderen en jongeren*. Vu Medisch Centrum Amsterdam 2011.
- 20 van Bergen DD, Smit JH, van Balkom AJ, van AE, Saharso S. Suicidal ideation in ethnic minority and majority adolescents in Utrecht, the Netherlands. *Crisis* 2008; 29(4): 202-208.
- 21 van Bergen DD, Eikelenboom M, Smit JH, van de Looij-Jansen PM, Saharso S. Suicidal behavior and ethnicity of young females in Rotterdam, the Netherlands: rates and risk factors. *Ethn Health* 2010; 1-16.
- 22 Vanheusden K, Mulder CL, van der EJ, Selten JP, van Lenthe FJ, Verhulst FC e.a. Associations between ethnicity and self-reported hallucinations in a population sample of young adults in The Netherlands. *Psychol Med* 2008; 38(8): 1095-1102.
- 23 Veling W, Selten JP, Veen N, Laan W, Blom JD, Hoek HW. Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. *Schizophr Res* 2006; 86(1-3): 189-193.
- 24 Crijnen AA, gi-Arslan L, Verhulst FC. Teacher-reported problem behaviour in Turkish immigrant and Dutch children: a cross-cultural comparison. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102(6): 439-444.
- 25 gi-Arslan L, Verhulst FC, van der EJ, Erol N. Understanding childhood (problem) behaviors from a cultural perspective: comparison of problem behaviors and competencies in Turkish immigrant, Turkish and Dutch children. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32(8): 477-484.
- 26 Janssen MM, Verhulst FC, gi-Arslan L, Erol N, Salter CJ, Crijnen AA. Comparison of self-reported emotional and behavioral problems in Turkish immigrant, Dutch and Turkish adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(2): 133-140.
- 27 van Oort FV, van der EJ, Crijnen AA, Verhulst FC, Mackenbach JP, Joung I. Ethnic disparities in mental health and educational attainment: comparing migrant and native children. *Int J Soc Psychiatry* 2007; 53(6): 514-525.
- 28 Burger I, van Hemert AM, Schudel WJ, Middelkoop BJ. Suicidal behavior in four ethnic groups in the Hague, 2002-2004. *Crisis* 2009; 30(2): 63-67.
-



- 29 Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. DSM-oriented and empirically based approaches to  
constructing scales from the same item pools. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2003; 32(3): 328-340.
- 30 Bevaart F, Mieloo CL, Jansen W, Raat H, Donker MC, Verhulst FC e.a. Ethnic differences in problem  
perception and perceived need for care for young children with problem behaviour. *J Child Psychol  
Psychiatry* 2012 Jun 8.
- 31 Reijneveld SA, Harland P, Brugman E, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. Psychosocial problems  
among immigrant and non-immigrant children--ethnicity plays a role in their occurrence and  
identification. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005; 14(3): 145-152.
- 32 van de Looij-Jansen PM, Goldschmeding JEJ, Wilde EJd. Comparison of Anonymous Versus  
Confidential Survey Procedures; Effects on Health Indicators in Dutch Adolescents. *Journal of Youth  
and Adolescence* 2011; 35(4): 659-665.
- 33 Bongers IL, Helberg G, Peeters MCP, Nieuwenhuizen Ch van. Psychiatrische en psychische  
problematiek bij Antilliaanse jongeren in Rotterdam. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 51(1): 220-221.
- 34 Bongers IL, Nieuwenhuizen Ch van. Crimineel gedrag bij Rotterdamse Antilliaanse jongeren: Een  
verkennde studie naar de rol van psychische en psychiatrische problematiek. Eindhoven: GGZ; 2009.
- 35 Gunning-Schepers LJ, Stronks K. Inequalities in health--future threats to equity. *Acta Oncol* 1999;  
38(1): 57-61.
- 36 Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. *Annu Rev Psychol* 2002; 53:  
371-399.
- 37 Georgiades K, Boyle MH, Duku E. Contextual influences on children's mental health and school  
performance: the moderating effects of family immigrant status. *Child Dev* 2007; 78(5): 1572-1591.
- 38 Gieling M, Vollebergh W, van DS. Ethnic density in school classes and adolescent mental health. *Soc  
Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010 jun; 45(6): 639-46.
- 39 Veling W, Susser E, van OJ, Mackenbach JP, Selten JP, Hoek HW. Ethnic density of neighborhoods  
and incidence of psychotic disorders among immigrants. *Am J Psychiatry* 2008; 165(1): 66-73.
- 40 van Geel M, Vedder P. The adaptation of non-western and Muslim immigrant adolescents in the  
Netherlands: An immigrant paradox? *Scand J Psychol* 2010 Jun 29.
- 41 Veling W, Hoek HW, Wiersma D, Mackenbach JP. Ethnic Identity and the Risk of Schizophrenia in  
Ethnic Minorities: A Case-Control Study. *Schizophr Bull* 2010 Nov; 36(6):1149-56
- 42 Kamperman AM, Komproe IH, de Jong JT. Migrant mental health: a model for indicators of mental  
health and health care consumption. *Health Psychol* 2007; 26(1): 96-104.
- 43 van Geel M, Vedder P. The Role of Family Obligations and School Adjustment in Explaining the  
Immigrant Paradox. *J Youth Adolesc* 2011 Feb; 40(2): 187-96.
- 44 Veling W, Selten JP, Susser E, Laan W, Mackenbach JP, Hoek HW. Discrimination and the incidence  
of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *Int J Epidemiol* 2007; 36(4): 761-  
768.
- 45 Stevens G, Vollebergh W, Pels T, Crijnen AA. Problem behavior and acculturation in Moroccan  
immigrant adolescents in the Netherlands
-

- Effects of Gender and Parent-Child Conflict. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 2007; 38(3): 310-317.
- 46 Zorg op waarde geschat, sectorrapport GGZ 2009. Amersfoort: 2009.
- 47 Website Bureau Jeugdzorg. <http://www.bureaujeugdzorg.info/home/>. geraadpleegd 01-06-2012.
- 48 Zorg op waarde geschat, sectorrapport GGZ, update. Amersfoort: 2010.
- 49 Boon AE, de Haan AM, de Boer BB. Verschillen in etnische achtergrond van forensische en reguliere jeugd-ggz-lienten. *Kind en adolescent* 2010; 31(1): 16-28.
- 50 Wierdsma AI, Kamperman AM. Contact met de jeugd-ggz is een zaak van culturele en sociaaleconomische verschillen. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53(11): 857-863.
- 51 Wierdsma AI, Mies GW, Kamperman AM. Worden etnische verschillen in de toegankelijkheid en het gebruik van de jeugd-GGz minder? 2012.
- 52 Wierdsma AI, Kamperman AM. Etnische verschillen naar zorgpatronen in de jeugd-GGZ; Enkele verkenningen met het Psychiatrisch Casusregister Rotterdam. 2011.
- 53 ISEO & COS. Minderhedenmonitor 2000. Etnische minderheden in Rotterdam. 2001. Rotterdam.
- 54 Centrum Onderzoek en Statistiek. COS. <http://www.rotterdam.nl/onderzoek>. 2012.
- 55 De Bascule Amsterdam. Diversiteit en Inclusiviteit, programmaplan 2011-2013. 2011.
- 56 Wierdsma. Continuïteit van zorg: Indicatoren voor lange termijn zorg en zekerheid in de GGz. Vrije Universiteit Amsterdam; 2010.
- 57 Goldberg D, Huxley P. *Menntal Illness in the community*. London: 1980.
- 58 Zandi T, Havenaar JM, Smits M, Limburg-Okken AG, van EH, Cahn W e.a. First contact incidence of psychotic disorders among native Dutch and Moroccan immigrants in the Netherlands: influence of diagnostic bias. *Schizophr Res* 2010; 119(1-3): 27-33.
- 59 Zwirs BW, Burger H, Buitelaar JK, Schulpen TW. Ethnic differences in parental detection of externalizing disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15(7): 418-426.
- 60 Vollebergh WA, ten HM, Dekovic M, Oosterwegel A, Pels T, Veenstra R e.a. Mental health in immigrant children in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40(6): 489-496.
- 61 Bergen vA, de Geus G, van Ameijden E. Behoeftte aan opvoedondersteuning bij Utrechtse ouders en verzorgers. Utrecht: 2005.
- 62 Doelman-van Geest HA. Risicojeugdigen in het pedagogische hulpaanbod. Den Haag: 2010.
- 63 Stevens GW, Vollebergh WA, Pels TV, Crijnen AA. Predicting externalizing problems in Moroccan immigrant adolescents in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40(7): 571-579.
- 64 Verwoerd JH, Duinkerken A, an der Wouden JC. Jeugd-ggz: problemen rond verwijzen en communicatie Een kwalitatief onderzoek onder Rotterdamse huisartsen. *Huisarts en Wetenschap* 2009; 52(5): 236-240.
- 65 Rushton J, Bruckman D, Kelleher K. Primary care referral of children with psychosocial problems. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156(6): 592-598.
- 66 Maheux B, Gilbert A, Haley N, Frappier JY. Adolescent care. Part 2: communication and referral practices of family physicians caring for adolescents with mental health problems. *Can Fam Physician* 2006; 52(11): 1442-1443.
-

- 67 Weide MG, Foets M. Migranten op het spreekuur van de huisarts. Inhoud en duur van het consult. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 1998; 76(6): 305-310.
- 68 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. Int J Soc Psychiatry 2005; 51(4): 372-382.
- 69 Cauce AM, Domenech-Rodriguez M, Paradise M, Cochran BN, Shea JM, Srebnik D e.a. Cultural and contextual influences in mental health help seeking: a focus on ethnic minority youth. J Consult Clin Psychol 2002; 70(1): 44-55.
- 70 Mackenbach JP, Maas vdPM. Volksgezondheid en gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2005.
- 71 M.Foets, J.Suurmond, K.Stronks. De relatie tussen etnische herkomst en gezondheid(szorg). In: Gezondheid(szorg) onderzoek onder allochtone bevolkingsgroepen. Amsterdam: Aksant; 2007: 29-50.
- 72 Fassaert T, de Wit MA, Tuinebreijer WC, Verhoeff AP, Beekman AT, Dekker J. Perceived need for mental health care among non-western labour migrants. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009; 44(3): 208-216.
- 73 Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. Health Educ Q 1984; 11(1): 1-47.
- 74 Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books; 1988.
- 75 Bevaart F, van Oort F. Exploring underutilization of child mental health care in empirical research: Why numbers don't add up. 2012.
- 76 Ali OM, Milstein G, Marzuk PM. The Imam's role in meeting the counseling needs of Muslim communities in the United States. Psychiatr Serv 2005; 56(2): 202-205.
- 77 Padela AI, Killawi A, Heisler M, Demonner S, Fetters MD. The role of imams in American Muslim health: perspectives of Muslim community leaders in Southeast Michigan. J Relig Health 2011; 50(2): 359-373.
- 78 Alrawi S, Fetters MD, Killawi A, Hammad A, Padela A. Traditional healing practices among American Muslims: perceptions of community leaders in southeast Michigan. J Immigr Minor Health 2012; 14(3): 489-496.
- 79 Bellaart H, Pehlivan A. Met een hand kun je niet klappen! Migrantenorganisaties en jeugdvoorzieningen werken samen aan toegankelijke hulp voor migrantengezinnen. Forum, instituut voor multiculturele vraagstukken; 2011.
- 80 J.AH Baecke, de Boer R, Bremmer PJJ, Duenk M, Kroon DJJ, Loeffen M e.a. Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg. 2009.
- 81 Pommer E, Kempen van H, Sadiraj K. Jeugdzorg in groeifase. Ontwikkelingen in gebruik en kosten van de jeugdzorg. Den Haag: 2011.
- 82 Komen M. Een pas de deux, Etniciteit en oordelen van forensische gedragsdeskundigen over jeugdige verdachten. Cultuur Migratie Gezondheid 2007; 4(3): 142-153.
-

- 83 Veen V, Stevens G, Doreleijers TA, Vollebergh W. Moroccan Adolescent suspect offenders in the Netherlands: ethnic differences in offender profiles. *Psychology, Crime and Law* 2011; 17(6): 545-561.

---

---

A De adviesaanvraag

---

B De commissie

---

C Literatuur prevalentiecijfers algemene bevolking

---

## Bijlagen



---

## De adviesaanvraag

---

Op 30 maart 2010 ontving de toenmalige voorzitter van de Gezondheidsraad het verzoek van de toenmalige minister voor Jeugd en Gezin, de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Wonen, Wijken en Integratie en de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap om advies over migrantenjeugd en jeugd-GGZ. De minister schreef (CZ/CGG-2989643):

Geachte heer Knottnerus,

Mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Wonen, Wijken en Integratie, en de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap vraag ik uw aandacht voor het volgende:

Er zijn aanwijzingen dat migranten jeugdigen van niet-westerse herkomst een ongeveer drie keer zo grote kans hebben op psychische stoornissen als hun autochtone leeftijdgenoten. In de vroege ambulante en poliklinische geestelijke gezondheidszorg blijken zij echter ondervertegenwoordigd te zijn. In de specialistische en forensische geestelijke gezondheidszorg is deze groep weer oververtegenwoordigd.

Kennelijk is het bij deze jeugdigen lastig om problemen die kunnen duiden op een psychische stoornis in een vroeg stadium te signaleren en hen effectief door te verwijzen voor nadere diagnostiek en behandeling. Tijdige zorg kan de problemen oplossen of ten minste voorkomen dat ze erger worden.

---

De vraag is hoe het komt dat migranten jeugdigen met psychische problemen (te) laat of helemaal niet in de geestelijke gezondheidszorg worden opgenomen. Oorzaken kunnen gezocht worden in de organisatie van signalering en zorg, de werkwijze van betrokken instellingen en ook in culturele factoren. De vervolgvraag is hoe kunnen we de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor migrantenjongeren en hun ouders vergroten? Wat betekent dat voor de organisatie van signalering en zorg? Welke veranderingen in de werkwijze van de instellingen zijn daarvoor nodig? Wat houdt dat in voor de ontwikkeling van kennis en kunde van de professionals werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg? Welke acties zijn daarvoor nodig? Welke partijen zijn daarbij aan zet? Dit zijn de centrale vragen waarover ik uw Raad om advies vraag.

Om jeugdigen met een niet-westerse achtergrond die kampen met psychische problemen, eerder en beter te bereiken, verzoek ik de Gezondheidsraad mij te adviseren over het komen tot een betere geestelijke gezondheid van en betere geestelijke gezondheidszorg voor deze jeugdigen en antwoord te geven op onderstaande vragen.

De specifieke vragen aan uw Raad:

- 1 Kunt u een overzicht geven van de resultaten van (recente) onderzoeken inzake het voorkomen van psychische problematiek onder migrantenjeugd, gedifferentieerd naar herkomst, leeftijd, sekse en sociaaleconomische status in vergelijking met jeugdigen van Nederlandse of anderszins westerse afkomst met dezelfde kenmerken? Kunt u daarbij aangeven welk deel gediagnosticeerd / in zorg is en wat de schatting van de werkelijke prevalentie is? Wat kan reeds geconcludeerd worden over de oorzaak van de waargenomen verschillen in geestelijke gezondheid en waar is nader onderzoek naar nodig?
  - 2 Gelet op de ondervertegenwoordiging van migranten jeugdigen in de jeugd-GGZ en de latere oververtegenwoordiging van hen in de zwaardere vormen van de geestelijke gezondheidszorg, verzoek ik u inzicht te geven in het moment waarop, in welk domein (gezin, school, (justitiële) zorg) en door wie problemen bij migranten jeugdigen worden gesignaleerd en hoe en door wie deze jeugdigen en hun ouders worden doorverwezen? Zijn er op deze punten verschillen waar te nemen tussen jeugdigen met een westerse en niet-westerse achtergrond, rekening houdend met de sociaal economische status?
  - 3 Welke knelpunten zijn aan te wijzen in de signalering, doorverwijzing, diagnostiek en het in zorg houden tijdens behandeling van deze jeugdigen? Wat is de aard van de knelpunten? Denk aan infrastructuur, interculturele competenties en (intercultureel) kennisniveau van professionals, (on)voldoende cultuursensitief diagnostisch, curatief instrumentarium en knelpunten in de samenwerking tussen verschillende sectoren. Neem hierbij ook expliciet de door de cliënten ervaren knelpunten mee.
  - 4 Welke benadering en activiteiten zijn nodig om de geïnventariseerde knelpunten op te lossen? Hoe kan de organisatie en werkwijze van de betrokken instellingen in de geestelijke gezondheidszorg beter worden ingericht opdat migranten jeugdigen even goed worden bereikt als autochtone
-



jongeren? Wat kan daarbij de rol en verantwoordelijkheid zijn van de verschillende partijen en de overheid? Wat zijn oplossingsrichtingen die door cliënten en professionals zelf worden aangedragen en in de praktijk uitvoerbaar zijn? Welke goede voorbeelden zijn beschikbaar?

Aangezien deze adviesaanvraag vraagt naar oplossingsrichtingen in de verschillende domeinen, verzoek ik u daar waar nodig ook de expertise van de onderwijsraad en de RMO bij uw onderzoek te betrekken. Ook wijs ik u op het programma “Diversiteit in het jeugdbeleid”, van de ministeries voor Jeugd en Gezin en WWI dat eind 2008 van start is gegaan. In dit programma dat door ZonMW wordt uitgevoerd, staat het verbeteren van de bereikbaarheid en toegankelijkheid van algemene jeugdvoorzieningen en opvoedondersteuning voor migrantengroepen en interculturele kennisontwikkeling en vakmanschap van het veld centraal.

Gezien de urgentie van de problematiek en de noodzaak om de gesignaleerde knelpunten op korte termijn aan te pakken, zie ik uw advies graag in het voorjaar van 2011 tegemoet.

Met vriendelijke groet,  
de Minister voor Jeugd en Gezin,  
mr. A. Rouvoet



---

## De commissie

- 
- prof. dr. K. Stronks, *voorzitter*  
hoogleraar sociale geneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
  - prof. dr. M.H.J. Bekker  
hoogleraar klinische psychologie, Tilburg University
  - prof. dr. F. Boer  
emeritus hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie, De Bascule en Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
  - prof. dr. M.C.H. Donker, *(tot januari 2011)*  
chief science officer gemeente Rotterdam en hoogleraar volksgezondheid en beleid, Erasmus Universiteit, Rotterdam
  - prof. dr. H. Ghorashi  
bijzonder hoogleraar management voor diversiteit en Integratie aan de Vrije Universiteit, Amsterdam
  - dr. A.E. Kunst  
sociaal epidemioloog en medisch demograaf, Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum Amsterdam
  - prof. dr. Ch. van Nieuwenhuizen  
bijzonder hoogleraar forensische geestelijke gezondheidszorg, Tilburg University
  - prof. dr. W. Shadid  
emeritus hoogleraar interculturele communicatie, Tilburg University en Universiteit van Leiden
-

- dr. G.W.J.M. Stevens  
Algemene sociale wetenschappen, Universiteit van Utrecht
- dr. W. Veling  
psychiater en epidemioloog, Parnassia, Den Haag
- prof. dr. F.C. Verhulst  
hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie, Erasmus Medisch Centrum,  
Rotterdam
- E. Memeo, *waarnemer*  
ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag
- dr. C.A. Postema, *secretaris*  
Gezondheidsraad, Den Haag
- dr. S.J.W. Kunst, *secretaris*  
Gezondheidsraad, Den Haag

### Dankbetuiging

Dr. Andre I. Wierdsma en dr. Astrid M. Kamperman van het O3 Onderzoekcentrum GGz Rijnmond afdeling Psychiatrie, Erasmus MC hebben een aantal verkennende analyses uitgevoerd met data uit het psychiatrisch casusregister Rijnmond ten behoeve van dit advies.

### De Gezondheidsraad en belangen

Leden van Gezondheidsraadcommissies worden benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise inzake de te behandelen adviesvraag. Zij kunnen echter, dikwijls juist vanwege die expertise, ook belangen hebben. Dat behoeft op zich geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van een Gezondheidsraadcommissie. Openheid over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en de overige leden van de commissie, als naar de voorzitter van de Gezondheidsraad. Bij de uitnodiging om tot de commissie toe te treden wordt daarom aan commissieleden gevraagd door middel van het invullen van een formulier inzicht te geven in de functies die zij bekleeden, en andere materiële en niet-materiële belangen die relevant kunnen zijn voor het werk van de commissie. Het is aan de voorzitter van de raad te oordelen of gemelde belangen reden zijn iemand niet te benoemen. Soms zal een adviseur-schap het dan mogelijk maken van de expertise van de betrokken deskundige gebruik te maken. Tijdens de installatievergadering vindt een bespreking plaats van de verklaringen die zijn verstrekt, opdat alle commissieleden van elkaars eventuele belangen op de hoogte zijn.

---

---

Bijlage

**C**

---

## **Literatuur prevalentiecijfers algemene bevolking**

---

Marokkaanse jongeren

auteur, jaar van publicatie	populatie (incl referentiegroep)	sampling karakteristieken	leeftijd
Zwirs e.a., 2006 <sup>17</sup>	792 marokkaans (m), 768 nederlands (n)	ADEON studie, <i>cluster sample</i> in lage SES gebieden met grote migrantenpopulatie in Utrecht en Amsterdam	5-11
Wissink e.a., 2006 <sup>18</sup>	84 marokkaans (m), 319 nederlands (n)	alle middelbare scholen in laagste niveau van middelbaar onderwijs met migranten populatie tussen 10% en 45% in middelgrote en grote steden in Nederland	12-16
Stevens e.a., 2003 <sup>2</sup>	819 marokkaans (m), 2.227 nederlands (n)	<i>random sample</i> van kinderen uit het bevolkingsregister van Den Haag en Rotterdam. Voor Nederlandse kinderen werden 89 gemeenten aselekt geselecteerd en per gemeente werd een aselekte steekproef getrokken van kinderen (=nationaal representatief)	4-18
Crone e.a., 2010 <sup>11</sup>	156 marokkaanse kinderen (m), referentiegroep (rg) 1.831 kinderen uit geïndustrialiseerde landen	<i>random sample</i> van 15 jeugdzorg instellingen ( <i>multistage stratified</i> ) met uit elke instelling een <i>random sample</i> van kinderen. Daarnaast uit twee grote steden in Nederland een <i>sample</i> van 200 marokkaanse kinderen (2002-2003)	5-12 (5-6 en 8-12)
Adriaanse e.a., 2011 <sup>19</sup>	408 marokkaanse kinderen en jongeren (m), 693 nederlandse (n)	screening (2009) via 8 basisscholen en 10 middelbare scholen door heel Nederland; zoveel mogelijk spreiding naar schoolniveau	9-16 (9-12 en 13-16)
van Bergen e.a., 2010 <sup>21</sup>	vrouwelijke middelbare scholieren, 557 marokkaans (m) en 3.090 nederlands (n)	Rotterdams Jeugdmonitor; 85% van alle middelbare scholen in Rotterdam namen deel (2003-2006)	14-16
van Bergen e.a., 2008 <sup>20</sup>	39 marokkaans (m), 142 nederlands (n)	<i>random sample</i> uit bevolkingsregister Utrecht (249 adolescenten) (1996-2001)	12-18
van Heusden e.a., 2008 <sup>22</sup>	67 marokkaanse (m) en 1.634 nederlandse adolescenten (n)	crosssectioneel populatie onderzoek ( <i>random sample</i> uit 35 gemeenten) in zuid-west Nederland (2004-2005)	19-30
Jeugdmonitor Rotterdam, 2008 <sup>10</sup>	peuters 241 (m) en 1.655 (n), groep 2 465(m) en 1.685 (n), groep 7 335 (m) en 949 (n), VO1 491 (m) en 2.042 (n), VO3 467 (m) en 2.032 (n)	alle schoolgaande kinderen in Rotterdam met 5 meetmomenten; peuters 30mnd, kleuters groep 2, kinderen groep 7 en de brugklas, jongeren derde klas middelbaaronderwijs (in samenwerking met consultatiebureaus en scholen van 2004-2006)	0-19

generatie, 1e en 2e	methode	rapporteur	prevalentie probleemgedrag
beide	SDQ en 5 ADHD/ODD DSM IV items	leraarrapportage	m>n (jongens) m=n (meisjes)
beide	YSR; agressief en delinquent gedrag	zelfrapportage	agressief en delinquent gedrag m=n
beide	CBCL, YSR, TRF	ouder-, zelf-, en leraarrapportage	zelf m<n (ext) m=n (int) ouder m<n ex/int) leraar m=n (int) m>n (ext)
beide	CBCL, <i>parental concerns questionnaire</i> , diagnose door professional (hetero-anamnese en lich. onderzoek)	ouderrapportage en diagnostiek door professional	m>rg (ext) m>>rg (int), zorgen over gedrag m< rg, gediagnosticeerde psychosociale problemen m< rg
beide	SDQ en SAHA	zelfrapportage en leraarrapportage	Emotionele problemen: zelfrapportage SDQ zowel jongens als meisjes m<n, SAHA jongens m>n meisjes m<n; leraarrapportage over zowel jongens als meisjes m<n. Gedragsproblemen zelfrapportage SDQ en SAHA jongens en meisjes m>n, leraarrapportage SDQ m>>n
beide	YMR questionnaire	zelfrapportage (anoniem)	percentage suicide pogingen m (6,1%)< n (8,8%)
beide	gezondheidsvragenlijst per mail	zelfrapportage	suicidaalgedrag jongens m=n, meisjes m (13%)< n (20%)
beide	ASR	zelfrapportage	aantal mannen dat hallucinaties rapporteerde m (21%) > n (3%), vrouwen m=n (+/-3%)
beide	JMR vragenlijst met verscheidene landelijk gevalideerde meetinstrumenten (waaronder de KIPPI 1-2, KIPP 5 en SDQ)	ouderrapportage, leraarrapportage, zelfrapportage	ouderrapportage emotionele problemen peuters m (16%)> n (7%) en kleuters m (21%) > n (9%), gedragsproblemen peuters en kleuters m (8%)>n (4%) leraarrapportage kleuters gedragproblemen m>n zelfrapportage sombere gevoelens kinderen m=n; gedragproblemen m>n zelfrapportage emotionele problemen jongeren m (13%)< n (20%), aantal jongeren met suicidale gedachten m (13%) < n (19%), gedragsproblemen m>n

Turkse jongeren			
auteur, jaar van publicatie	populatie (incl referentiegroep)	sampling karakteristieken	leeftijd
Zwirs e.a., 2006 <sup>17</sup>	434 turks (t), 768 nederlands (n)	ADEON studie, <i>cluster sample</i> in lage SES gebieden met grote migrantenpopulatie in Utrecht en Amsterdam	5-11
Wissink e.a., 2006 <sup>18</sup>	106 turks (t), 319 nederlands (n)	alle middelbare scholen in laagste niveau van middelbaar onderwijs met migranten populatie tussen 10% en 45% in middelgrote en grote steden in Nederland	12-16
Janssen e.a., 2004 <sup>26</sup>	379 turks (t), 1.039 nederlands (n)	<i>random sample</i> van Turkse kinderen uit het bevolkingsregister van Den Haag en Rotterdam. Voor Nederlandse kinderen werden 89 gemeenten aselekt geselecteerd en per gemeente werd een aselekt steekproef getrokken van kinderen (=nationaal representatief)	11-18
Crijnen e.a., 2000 <sup>24</sup>	524 turks (t) , 1.625 nederlands (n)	zie janssen 2004	4-18
Bengi-Arslan e.a., 1997 <sup>25</sup>	833 turks (t), 2.081 nederlands (n)	zie janssen 2004	4-18
Stevens e.a., 2003 <sup>2</sup>	833 turks (t), 2.227 nederlands (n)	zie janssen 2004	4-18
van Oort e.a., 2007 <sup>27</sup>	168 turks, 486 nederlandse jongeren	<i>random sample</i> uit bevolkingregister uit Rotterdam en Den Haag voor turkse jongeren (1993) en een <i>random sample</i> uit het register van Zuid Holland voor nederlandse jongeren (1987)	11-15
Crone e.a., 2010 <sup>11</sup>	150 turkse kinderen (m), referentiegroep (rg) 1831 kinderen uit geïndustrialiseerde landen	<i>random sample</i> van 15 jeugdzorg instellingen ( <i>multistage stratified</i> ) met uit elke instelling een <i>random sample</i> van kinderen. Daarnaast uit twee grote steden in Nederland een <i>sample</i> van 200 turkse kinderen (2002-2003)	5-12
van Bergen e.a., 2010 <sup>21</sup>	vrouwelijke scholieren; 614 turks (t) en 3.090 nederlands (n)	Rotterdams Jeugdmonitor; 85% van alle middelbare scholen in Rotterdam namen deel (2003-2006)	14-16
van Bergen e.a., 2008 <sup>20</sup>	22 turks (t), 142 nederlands (n)	<i>random sample</i> uit bevolkingsregister Utrecht (249 adolescenten) (1996-2001)	12-18
Burger e.a., 2009 <sup>28</sup>	turkse vrouwen (t), nederlandse vrouwen (t)	data uit zorginstellingen Den Haag 2002-2004 ( psychiatrische afdelingen algemene ziekenhuizen, spoedeisende psychiatrische afdelingen en gemeentelijke lijkschouwers)	15-24
Jeugdmonitor Rotterdam, 2008 <sup>10</sup>	peuters 198 (t) en 1.655 (n), groep 2 510(t) en 1.685 (n), groep 7 386 (t) en 949 (n), VO1 467(t) en 2 042 (n), VO3 545(t) en 2.032 (n)	alle schoolgaande kinderen in Rotterdam met 5 meetmomenten; peuters 30mnd, kleuters groep 2, kinderen groep 7 en de brugklas, jongeren derde klas middelbaar onderwijs (in samenwerking met consultatiebureaus en scholen van 2004-2006)	0-19



generatie, 1e en 2e	methode	rapporteur	prevalentie probleemgedrag
beide	SDQ en 5 ADHD/ODD DSM IV items	leraarrapportage	t<n (jongens) t=n (meisjes)
beide	YSR; agressief en delinquent gedrag	zelfrapportage	agressief gedrag t>n delinquent gedrag t=n
beide	YSR	zelfrapportage	t>n (int) t=n(ext)
beide	TRF	leraarrapportage (nederlandse leraar)	t=n (int/ext)
beide	CBCL	ouderrapportage	t>n (int en ext)
beide	CBCL, YSR, TRF	ouder-, zelf-, en leraarrapportage	zelf t>n (int) ouder t>n (int/ext) leraar t=n (int/ ext)
beide	YSR	zelfrapportage	meisjes t>n (int/ext), jongens t>n (int) en t=n (ext)
beide	CBCL, <i>parental concerns questionnaire</i> , diagnose door professional (hetero-anamnese en lich. onderzoek)	ouderrapportage	t=rg (ext) t>>rg (int), zorgen over gedrag t< rg, gediagnosticeerde psychosociale problemen t=rg
beide	YMR questionnaire	zelfrapportage (anoniem)	percentage suicide pogingen t( 14,8%) > n (8,8%) (niet fataal)
beide	gezondheidsvragenlijst per mail	zelfrapportage	suicidale gedachten/ overwegen tot ondernemen van een poging jongens t (30%) >n (15%) meisjes m (46%) > n (20%)
beide	aantal suicide pogingen/ aantal geslaagde suicides	data zorg instellingen	suicide pogingen t ( 545 per 100.000 persoonsjaren) >n ( 246 per 100.000 persoonsjaren) , onder turkse vrouwen geen geslaagde pogingen
beide	JMR vragenlijst met verscheidene landelijk gevalideerde meetinstrumenten (waaronder de KIPPI 1-2, KIPP 5 en SDQ)	ouderrapportage, leraarrapportage, zelfrapportage	ouderrapportage emotionele problemen peuters t(22%)> n (7%) en kleuters t (27%) > n (9%), gedragsproblemen peuters en kleuters t>n leraarrapportage kleuters gedragsproblemen t (7%)>n (4%)  zelfrapportage sombere gevoelens kinderen t=n; gedragproblemen t>n  zelfrapportage emotionele problemen jongeren t = n (20%), aantal jongeren met suicidale gedachten t= n

Surinaamse jongeren

auteur, jaar van publicatie	populatie (incl referentie-groep)	sampling karakteristieken	leeftijd
Zwirs e.a., 2006 <sup>17</sup>	409 surinaams (s), 768 nederlands (n)	ADEON studie, <i>clustersample</i> in lage SES gebieden met grote migrantenpopulatie in Utrecht en Amsterdam	5-11
Wissink e.a., 2006 <sup>18</sup>	33 surinaams (s), 319 nederlands (n)	alle middelbare scholen in laagste level of middelbaar onderwijs met migranten populatie tussen 10% en 45% in middelgrote en grote steden in Nederland	12-16
van Bergen e.a., 2010 <sup>21</sup>	vrouwelijke scholieren; 266 hindoestaans (h) en 3.090 nederlands (n)	Rotterdams Jeugdmonitor; 85% van alle middelbare scholen in Rotterdam namen deel (2003-2006)	14-16
Burger e.a, 2009 <sup>28</sup>	surinaamse vrouwen (s) en nederlandse vrouwen (n)	data uit zorginstellingen Den Haag 2002-2004 (psychiatrische afdelingen algemene ziekenhuizen, spoedeisende psychiatrische afdelingen en gemeentelijke lijkschouwers)	15-24
Jeugdmonitor Rotterdam, 2008 <sup>10</sup>	peuters 162 (s) en 1.655 (n), groep 2 489(s) en 1.685 (n), groep 7 337 (s) en 949 (n), VO1 555(s) en 2.042 (n), VO3 517 (s) en 2.032 (n)	alle schoolgaande kinderen in Rotterdam met 5 meetmomenten; peuters 30mnd, kleuters groep 2, kinderen groep 7 en de brugklas, jongeren derde klas middelbaaronderwijs (in samenwerking met consultatiebureaus en scholen van 2004-2006)	0-19

generatie, 1e en 2e	methode	rapporteur	prevalentie probleemgedrag
beide	SDQ en 5 ADHD/ODD DSM IV items	leraarrapportage	s=n (jongens) s=n (meisjes)
beide	YSR; agressief en delinquent gedrag	zelfrapportage	agressief gedrag s>n, delinquent gedrag s=n
beide	YMR vragenlijst	zelfrapportage (anoniem)	percentage suicide pogingen h (19,2%) > n (8,8%)
beide	aantal suicide pogingen/ aantal geslaagde suicides	data uit zorg instellingen	suicide pogingen s (421 per 100.000 persoonsjaren) >n (246 per 100.000 persoonsjaren), onder surinaamse vrouwen geen geslaagde pogingen
beide	JMR vragenlijst met verscheidene landelijk gevalideerde meetinstru- menten (waaronder de KIPPI 1-2, KIPP 5 en SDQ)	ouderrapportage, leraarrap- portage, zelfrapportage	ouderrapportage emotionele proble- men peuters s= n (7%) en kleuters s= n (9%), gedragsproblemen peuters en kleuters s=n leraarrapportage kleu- ters gedragsproblemen s=n  zelfrapportage sombere gevoelens kinderen s=n; gedragproblemen s=n  zelfrapportage emotionele problemen jongeren s= n (20%), aantal jongeren met suicidale gedachten t (23%) ver- sus n (19%), gedragsproblemen s=n

Antilliaanse jongeren

auteur, jaar van publicatie	populatie (incl referentie-karakteristieken groep)	sampling	leeftijd	generatie, 1e en 2e	methode	rapporteur	prevalentie probleemgedrag
Jeugdmonitor Rotterdam, 2008 <sup>10</sup>	peuters 84(a) en 1655 (n), groep 2 231(a) en 1685 (n), groep 7 135(a) en 949 (n), VO1 198(a) en 2042 (n), VO3 178 (a) en 2032 (n)	alle schoolgaande kinderen in Rotterdam met 5 meetmomenten; peuters 30mnd, kleuters groep 2, kinderen groep 7 en de brugklas, jongeren derde klas middelbaaronderwijs (in samenwerking met consultatiebureaus en scholen van 2004-2006)	0-19	beide	JMR vragenlijst met verscheidene landelijk gevalideerde meetinstrumenten (waaronder de KIPPI 1-2, KIPP 5 en SDQ)	ouderrapportage, leraarrapportage, zelfrapportage	ouderrapportage emotionele problemen peuters a (17%) > n (7%) en kleuters a (19%) > n (9%), gedragsproblemen peuters en kleuters a (15%) > n (4%), leraarrapportage kleuters gedragsproblemen a > n  zelfrapportage sombere gevoelens kinderen a=33% versus n=25%; gedragsproblemen a > n  aantal jongeren met suicidale gedachten a (26%) versus n (19%), gedragsproblemen jongeren a > n

VO= voortgezet onderwijs, SDQ= Strengths and Difficulties Questionnaire, YSR= Youth Self Report, CBCL= Child Behavior Checklist, TRF= Teacher's Report Form, SAHA= Social and Health Assessment, ASR= Adult Self Report, JMR= Jeugd Monitor Rotterdam Vragenlijst.