

# Psychische gezondheid en zorggebruik van de migrantenjeugd in Nederland

## Kritische bespreking van het advies van de Nederlandse Gezondheidsraad

*Patrick Meurs*

Interculturalisering van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is vandaag een zeer belangrijke kwestie. Allochtonen zoeken immers vaker dan in het verleden toegang tot de GGZ. Op het terrein van de hulpverlening aan allochtone gezinnen doen zich echter duidelijke moeilijkheden voor. We bereiken onze allochtone medemens in psychische nood onvoldoende en weten nog te weinig over hoe we ons therapieaanbod op de culturele diversiteit kunnen afstemmen. In maart 2010 gaf de kloof tussen zorgnood en zorggebruik bij allochtonen in Nederland aanleiding tot een adviesvraag vanwege drie ministers en één staatssecretaris aan de Nederlandse Gezondheidsraad. Wat kan er gedaan worden om die kloof te verkleinen en de allochtone jeugd de hulp te bieden die ze nodig heeft?

### Werkwijze van de commissie

De uitgangsvraag van deze commissie is 'of de kloof tussen zorgnood en zorggebruik bij allochtonen echt wel bestaat'. Indien er lacunes zijn in het zorgaanbod voor de allochtone jeugd, dan wil dat rapport ze in kaart brengen, de oorzaken ervan aanduiden en van daaruit beleidsadvies formuleren.

De eerste keuze die de commissie maakt, is om de bestaande onderzoeksliteratuur over zorgnood en zorggebruik van vier grote subgroepen van jongeren te onderzoeken: de jeugd van Marokkaanse, Turkse, Antilliaanse en Surinaamse herkomst, met een onderscheid tussen jongens en meisjes.

### De vier onderzoeksvragen

Om de eventuele kloof tussen zorgbehoefte en zorggebruik bij de niet-westerse migrantenjeugd in kaart te brengen, worden vier onderzoeksvragen gesteld:

- Wat is de prevalentie van psychische problemen bij allochtone kinderen en jongeren in vergelijking met autochtone kinderen en jongeren?

- Wat is het zorggebruik bij beide groepen van kinderen en jongeren?
- Is er dan bij allochtonen een kloof tussen zorgnood en zorggebruik en hoe kan een eventuele kloof verklaard worden?
- Wat bevelen we aan om zorgnood en zorggebruik bij allochtone jeugd beter op elkaar af te stemmen?

Allochtone jeugd wordt omschreven als ‘kinderen en jongeren tot 23 jaar, niet in Nederland geboren of van wie één of twee ouders niet in Nederland geboren zijn’. De eerste generatie allochtonen woont dus in Nederland maar is elders geboren; de tweede generatie woont in Nederland, is er ook geboren, maar heeft één of beide ouders die elders geboren zijn.

Het werkelijke aantal migrantenkinderen en -jongeren wordt geschat op een klein miljoen, ongeveer 23% van de kinderen en jeugdigen in Nederland.

Van het miljoen migrantenjongeren is 15% niet in Nederland geboren (migrantenjeugd van de eerste generatie), 85% wel (migrantenjeugd van de tweede generatie). Door zich te beperken tot de vier bovengenoemde herkomstlanden, gaat deze studie de facto over een kleine 400.000 jeugdigen van het miljoen allochtone kinderen en jongeren in Nederland.

## Aard en omvang van psychische problemen bij de migrantenjeugd

In Nederland leven ongeveer 4.500.000 mensen die jonger zijn dan 23 jaar. Naar schatting 5% ervan heeft psychische problemen, ernstig genoeg om de ontwikkeling te compromitteren en de betrokkenen in het dagelijkse leven te doen disfunctioneren. Ongeveer 5 à 10% van deze 4.500.000 jeugdigen heeft hulp nodig.

- Marokkaanse jeugd: de jongens vertonen meer gedragsproblemen dan hun autochtone leeftijdsgenoten, althans volgens de leerkrachtrapportering, niet volgens de rapportering door de ouders en de kinderen zelf. De Marokkaanse jeugd vertoont minder suïcidegedachten en minder suïcidepogingen, maar ze hebben tussen 18 en 23 jaar meer last van psychotische problematiek dan autochtone leeftijdsgenoten.
- Turkse jeugd: ze vertonen meer emotionele problemen dan autochtone leeftijdsgenoten, althans volgens de ouders en de kinderen zelf, niet volgens de leerkrachtrapportage. Meisjes rapporteren bovendien meer suïcidaal gedrag dan autochtone leeftijdsgenoten.
- Antilliaanse jeugd: ouders rapporteren in de vroegste levensfasen meer neerslachtigheid, de kinderen geven nadien meer sombere gedachten aan. Ze vertonen ook meer probleemgedrag en meer suïcidegedachten dan autochtone leeftijdsgenoten.
- Surinaamse jeugd: ze vertonen evenveel emotionele en gedragsproblemen als de autochtone jeugd, maar de meisjes vertonen ook meer suïcidepogingen.

Over het algemeen zijn er bij Marokkanen, Turken en Antillianen meer problemen, bij de Marokkanen op gedragsvlak, bij de Turken op emotioneel vlak, bij de Antillianen op beide vlakken. Mogelijke verklaringen zijn het aantal éénoudergezinnen (40% van de gezinnen in de Antilliaanse groep), de getto's waarin Marokkaanse gezinnen leven of de weinig coherente acculturatiestrategieën.

## Het gebruik van de geestelijke gezondheidszorg door de migrantenjeugd

De commissie geeft eerst een beeld van hoe de geestelijke gezondheidszorg in Nederland georganiseerd is.

Tot de ‘nulde lijn’ rekent men scholen, kinderopvang, sportclubs en preventieplaatsen die als eerste in staat zijn te voorkomen, in te lichten, vroeg te signaleren en aan preventie te doen.

In de ‘eerste lijn’ bevinden zich de jeugdgezondheidszorg, huisartsen, opvoedingsondersteuning en de ‘lichte hulpverlening’, de centra Jeugd en Gezin. Hier gebeuren vroege signalering, vroege hulpverlening, diagnosestelling en het uitzetten van verdere hulptrajecten.

In de ‘tweede lijn’ situeert zich de gecentraliseerde gespecialiseerde zorg zoals de jeugd-GGZ (met onder meer residentiële kinder- en jeugdpsychiatrie, alsook jeugdafdelingen van de ambulante GGZ-instellingen, net als de justitiële forensische jeugdreclassering en de specialistische psychosenzorg).

Een groot probleem waarop de commissie stuitte, is dat ‘etniciteit’ om privacyredenen (meestal) niet geregistreerd wordt in deze instellingen. Om aan data te komen, moesten ze een omweg maken langs het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS). Daar zijn data van huisartsen beschikbaar over psychische zorgnood en zorggebruik. Het rapport van de Gezondheidsraad bouwt enkel op deze gegevens van huisartsen verder, bovendien van slechts twee bevolkingsgebieden in Nederland: Rijnmond en de Haaglanden.

Om zich een idee te vormen van de verhouding tussen zorgnood en zorggebruik vergelijkt men het percentage aanmeldingen in de GGZ met het percentage van een bepaalde groep in de bevolking.

In het bevolkingsgebied ‘Rijnmond’ waren vijf jaar geleden ongeveer 5.000 jeugdigen in behandeling, 1.500 meer dan in het jaar 2000 (een stijging met 30%). Van deze ‘nieuwe’ 1.500 kinderen in behandeling is 60% autochtoon, terwijl het aandeel van de autochtone groep in dit bevolkingsgebied nauwelijks 50% is. Autochtone kinderen zijn oververtegenwoordigd in de jeugd-GGZ, allochtone kinderen zijn ondervertegenwoordigd.

Uit de gegevens van huisartsen blijkt dat ze in hun consultatiekamer meer psychische klachten horen bij de Antilliaanse jeugd en bij Turkse meisjes, terwijl ze er van Marokkaanse jongens minder te horen krijgen. Bijvoorbeeld: 61 op de 1.000 autochtone jongeren, 64 op de 1.000 Marokkaanse jongeren en 69 op de 1.000 Turkse jongeren komen met psychische klachten bij de huisarts. ‘Meer of minder psychische klachten’ wordt hier louter bepaald op basis van beschrijvende gegevens, zonder aanduiding van statistische significantie.

Wat de door de huisarts gediagnosticeerde psychische stoornissen betreft – het aantal gestelde diagnoses – doet zich hetzelfde voor: bij 7 op de 1.000 autochtone aanmeldingen stelt de huisarts een psychiatrische diagnose, evenals bij 6 op de 1.000 Marokkaanse, bij 5 op de 1.000 Turkse, bij 14 op de 1.000 Antilliaanse cliënten. Vaker of minder vaak een diagnose, wordt beschreven op louter descriptieve cijfers over één jaar, niet op basis van statistische verschillen na groepsvergelijking met longitudinale dataverzamelingsdesigns.

In de reguliere tweedelijnszorg – meer bepaald de jeugd-GGZ van het verzorgingsgebied Haaglanden – blijken autochtone kinderen meer zorg te gebruiken dan op grond van hun aandeel in de bevolking te verwachten valt. Vooral de Marokkaanse en Turkse jeugdigen gebruiken er minder zorg dan men kan verwachten. In de forensische psychiatrie is het net andersom: Marokkanen, Antillianen en Surinamers zijn er oververtegenwoordigd.

In vergelijking met tien jaar geleden is er in de jeugd-GGZ nog steeds een oververtegenwoordiging van autochtone kinderen en jongeren, die bovendien recent nog in omvang toeneemt. Ook de ondervertegenwoordiging van allochtone kinderen wordt scherper.

Interessant in dat verband zijn ook de patronen in het zorggebruik. Van de 5.000 geregistreerde jeugdigen in behandeling stopt 40% na minder dan één maand behandeling (= ‘drop-out’). De drop-out blijkt niet groter te zijn bij jeugdigen van allochtone herkomst. Maar allochtone kinderen die geen drop-out vertonen, hebben gemiddeld één therapeutisch contact per drie weken, autochtone kinderen één per week. Het rapport van de commissie geeft geen enkele aanduiding over het waarom hiervan.

Ondertussen groeit het aandeel van de allochtonen in de forensische zorg en de psychosenzorg. De commissie verwerpt de suggestie vanuit het praktijkveld dat het te weinig diagnosticeren van psychische klachten op de eerste lijn en het ondergebruik van zorg op de tweede lijn mee ertoe leiden dat sommige allochtone groepen oververtegenwoordigd zijn in de forensisch-psychiatrie en in de psychosenzorg.

## Verklaringen voor de discrepantie tussen zorgnood en zorggebruik

Hiervoor vertrekt de commissie van het filtermodel van Goldberg en Huxley (1980): vanaf de aanwezigheid van psychische klachten tot het krijgen van de nodige zorg moet de cliënt een aantal filters in de zorg passeren. Deze filters zijn knooppunten in het begeleidingstraject, waar de cliënt ofwel op de weg van juiste zorg terechtkomt, ofwel op een verkeerd pad naar niet-adequate zorg, ofwel afhaakt.

De eerste filter bestaat eruit dat de betrokken jeugdige of belangrijke omgevingsfiguren (bijvoorbeeld: de ouders, de leerkracht, ...) erkennen dat er iets aan de hand is en dat signaleren aan de jeugdgezondheidszorg, waar de huisarts en jeugdarts belangrijke aanspreekpunten zijn. Mogelijke knelpunten op dit niveau zijn de ouders en kinderen die zich onvoldoende bewust zijn van hun psychische problemen, een gebrek aan taalvaardigheid bij cliënten, of het gebruik van vragenlijsten die niet cultuurfair zijn. Mogelijk zien allochtonen andere gedragingen als een probleem dan autochtonen, mogelijk ervaren de ouders wel problemen maar durven ze dat niet als dusdanig te erkennen uit schaamte, angst voor stereotypering, enzovoort.

De tweede filter situeert zich bij de huisarts, die het signaal van de cliënt opneemt, een diagnose stelt en verwijst naar de jeugd-GGZ. De allochtone jeugd vindt even vaak als de

autochtone jeugd de weg naar de huisarts, maar daar is mogelijk een probleem omdat de artsen ondanks een goede toestroom en minstens even vaak psychische klachten bij allochtone jeugd, toch minder frequent een psychische diagnose stellen. Op deze moeilijkheden op het niveau van de huisarts zelf gaat het rapport niet verder in; het focust wel op het feit dat de huisartsen aangeven dat ze doorverwijzing naar de jeugd-GGZ niet gemakkelijk vinden, de jeugd-GGZ als ontoegankelijk en moeilijk in de samenwerking ervaren. Interessant is ook dat de huisartsen rapporteren dat ze een psychologische vertaling van aanmeldingsklachten bij allochtone volwassen cliënten moeilijk vinden. Wanneer de arts er niet in slaagt hierover met de allochtone ouders te communiceren tijdens de ouderbegeleiding, dan gaat een belangrijke kans van signalering of oriëntering verloren.

De derde filter houdt verband met de toegankelijkheid van de jeugd-GGZ. De allochtone jeugd heeft niet minder psychische problemen, wel minder zorggebruik. Er is dus een moeilijkheid van instroom in de GGZ. Marokkaanse ouders zouden bij psychische moeilijkheden minder de problemen erkennen en minder zorgbehoefte ervaren. Ze schakelen ook vaker andere instanties in, zoals school, omgeving, genezers uit de cultuur van herkomst. Mogelijk is ook de Nederlandse jeugd-GGZ onvoldoende strak georganiseerd. Ten slotte, mogelijk is de jeugd-GGZ onvoldoende toegerust om adequaat zorg te verlenen aan de allochtone jeugd.

## Aanbevelingen en adviezen van de commissie

De vraag of er meer psychische problemen zijn bij de allochtone jeugd, wordt beantwoord met een ‘genuanceerd ja’: het hangt af van de allochtone subgroep en de sekse. In het besluit wordt nogmaals een aantal oorzaken aangehaald: minder leefbare buurten, geringere probleemherkenning, geringe mate van ervaren sociale steun, incoherente acculturatiestrategie.

De mindere toegankelijkheid van de gezondheidszorg doet zich vooral voor op de tweede lijn, in de Centra Geestelijke Gezondheidszorg en de kinder- en jeugdpsychiatrie. De instroom is er geringer, de behandelfrequentie lager. De verklaring hiervoor wordt gezocht in moeilijke doorverwijzingen, samenwerkingsproblemen tussen arts en jeugd-GGZ, een onvoldoende doorzichtige organisatie van de jeugd-GGZ, onvoldoende aan andere culturen aangepaste behandelingen en de neiging van allochtone ouders om alternatieve vormen van hulp te zoeken. Volgens de commissie moeten we dan ook meer werk maken van gepaste zorg en het strakker organiseren van de hulpverlening.

Verder wil de commissie meer gefocust empirisch onderzoek, niet enkel met vragenlijsten of op basis van diagnoses door huisartsen, maar ook met diagnostische interviews door de zorgverleners zelf. Ook moet men nog meer zoeken naar de klippen in het behandeltraject van allochtonen. In de twee laatste lijntjes van dit rapport geeft de commissie aan dat het kwalitatieve onderzoek ook nuttig kan zijn, bijvoorbeeld: interviews over hoe allochtone ouders en kinderen te werk gaan in de GGZ.

## Kritische bespreking van het rapport

De sterkte van dit Nederlandse rapport is ontegensprekelijk de maatschappelijk uitermate relevante vaststelling dat er bij allochtone kinderen en jongeren een grotere zorgnood is dan bij autochtone kinderen, maar tevens een verminderd zorggebruik. Deze kloof werd in het laatste decennium zelfs nog groter. De interculturele geestelijke gezondheidszorg is, wat toegankelijkheid voor allochtonen betreft, er dus eerder op achteruitgegaan, terwijl die geringe toegankelijkheid voordien al een probleem was (zie: van Dijk, 2004; Knipscheer & Kleber, 2005). De commissie beschrijft diverse redenen: de ‘vroegsignaleerders’ onderschatten de psychische klachten bij de allochtone jeugd. Sommige allochtone ouders miskennen of onderschatten de psychische moeilijkheden bij hun kinderen, terwijl de huisarts die klachten van de allochtone jeugd onvoldoende in diagnose en doorverwijzing omzet. Verder zijn er de moeilijke instroom en doorstroom van allochtone hulpvragers in een te versnipperde jeugd-GGZ, de te geringe diversiteitscompetentie van de hulpverleners, de filters in de jeugdzorg die voor allochtonen onoverbrugbare klippen blijken te zijn, enzovoort.

Het rapport brengt deze problemen weer scherp op de voorgrond, maar die problemen waren eerder al beschreven, zowel in de Nederlandse als internationale vakliteratuur (Littlewood & Lipsedge, 1997; van Dijk, 2004). Daarmee komen we bij een eerste beperking van dit rapport: eerder dan de kloof tussen de zorgnood en het zorggebruik als uitgangspunt te nemen voor een grondig onderzoek, wil de commissie allereerst nagaan of die kloof wel bestaat. De beleidsvraag over wat eraan gedaan kan worden, wordt vertaald naar een academische vraag of het wel zo is. Hiermee doet de commissie heel wat eerder werk over. De verklaringen die ze vervolgens geeft voor de discrepantie tussen zorgnood en zorggebruik, blijven erg opsommend en zijn weinig beargumenteerd. De opdrachtgevers voor dit rapport willen een dieper inzicht in de mechanismen die maken dat het gebruik van de interculturele zorg erop achteruit gaat en willen weten wat daaraan gedaan kan worden. Hieromtrent blijven de lezer en de opdrachtgever van het rapport op hun honger. De vraag is waarom dat zo is gegaan in dit rapport.

We kijken eerst naar de samenstelling van de commissie. De meeste van de 14 leden zijn – op twee na – autochtone Nederlanders, haast allemaal academici, geen mensen met een aanzienlijke praktijkervaring in de interculturele psychologische hulpverlening. Geneeskunde is zeer talrijk aanwezig met meer dan de helft van de leden, klinische psychologie is met één commissielid ondervertegenwoordigd. Culturele antropologie is volledig afwezig. De bekendste Nederlandse hoogleraren klinische psychologie die al lange tijd onderzoek doen over interculturele zorg, zetelen niet in de commissie. Het is zeer de vraag of de commissie met deze samenstelling de complexiteit van interculturele hulpverleningsrelaties kon vatten. Er is geen enkele aanduiding van hoeveel mannen en vrouwen er in de commissie zitten (pas na het opzoeken van de namen blijkt de voorzitter een vrouw, net als vijf andere commissieleden). Kenniscentra en gespecialiseerde instituten met grote expertise op het vlak van de interculturele geestelijke gezondheidszorg worden wel terzijde vermeld, maar zijn niet geraadpleegd. De onvruchtbare onderwaardering van praktijkervaring, kenniscentra buiten de universiteit, casuïstiek, kwalitatief onderzoek en hermeneutiek bepaalt mee de beperkingen van dit rapport.

Enkele andere conceptuele problemen brengen de wetenschappelijke waarde van dit rapport verder in de probleemzone.

Het begrip ‘allochtonen’ is gebaseerd op de geboorteplaats en op duidelijk onderscheiden homogene bevolkingsgroepen. “Een eerste-generatie-allochtoon is iemand die elders geboren is en ondertussen in Nederland woont; een tweede-generatie-allochtoon is iemand die in Nederland geboren is, maar waarvan de ouders (of een van hen) van elders afkomstig zijn.” Dat begrip van ‘allochtonie’ is maatschappelijk en wetenschappelijk zeer bekritiseerd/bekritiseerbaar. Binnen de culturele antropologie is het een onderzoeksdomain op zich om dit oude begrip te deconstrueren. Wat nog problematischer is, is dat je met deze definitie van ‘allochtoon’ de derde generatie niet in beeld krijgt. De migratie naar Nederland vanuit Marokko, Turkije, de Antillen en Suriname is meer dan vijftig jaar oud en aan de derde generatie toe, mogelijk al de vierde generatie. De commissie heeft geen manier gevonden om dat te operationaliseren. Het is wellicht het meest van al over deze jongeren dat de adviesvraag gaat: de derde generatie waar zich enorme identiteitsproblemen voordoen en die zich nauwelijks thuis voelt in onze westerse samenleving, de derde generatie die voor haar onwelbevinden soms radicalere oplossingen zoekt dan de stap te zetten naar de GGZ. Begrippen die de multipale identiteiten van derde- en vierde-generatie-migranten recht doen (zie: Modood, 2013, over hybriditeit of multipel complexe identiteiten), blijven – samen met de culturele antropologie – afwezig.

Zulke conceptuele beperkingen doen zich ook op andere plaatsen in het rapport voor: ‘diversiteitsmanagement’ wordt verkozen boven ‘culturele sensitiviteit’. Die keuze haalt jammer genoeg de gevoeligheid voor andere culturele betekenissystemen eruit en loopt het risico dat migratiegerelateerde problemen onder één noemer komen met holebivraagstukken, aspecten van vrouwenemancipatie of mindervalidenkwesties.

Het is ook verrassend te lezen dat de dubbele gerichtheid op cultuur van herkomst en cultuur van het verblijfsland als meer problematische (niet-coherente) acculturatiestrategie wordt voorgesteld dan het zich richten op een van beide. Het decennia-oude acculturatieonderzoek van Berry, Segall en Kagitçibasi (1997) toont net het tegenovergestelde: integratie als acculturatiestrategie is een dynamiek van verbonden blijven met de herkomst en daarin herbronnen enerzijds, en het aangaan van nieuwe kansen op integratie en het accepteren van wijziging of toegenomen complexiteit in de (multipale) identiteit anderzijds!

Ten slotte weet de commissie niet echt de vinger te leggen op wat er in de hulpverlening schort op het vlak van cultuursensitief werken. In de antropologie beschrijft Kleinman (1988) hoe een cliënt maar geholpen wordt wanneer hij ervaart dat zijn persoonlijke lijden betekenis krijgt binnen het kader dat de therapeut mee aanreikt en wanneer de cliënt deze betekenis bovendien ervaart als een brug tussen zijn persoonlijke leven en zijn bredere sociaal-culturele leefwereld. De cliënt gaat het dan niet enkel persoonlijk beter hebben, maar wordt op die manier ook weer ingebed in of verbonden met zijn bredere context. Psychotherapeuten hebben niet zelden te weinig aanvoelen over hoe een cliënt de vorderingen in de therapiekamer vertaald krijgt naar een bredere ‘andersculturele’ leefomgeving. De dilemma’s die therapie succes in die leefomgeving kunnen geven, worden onderschat, waardoor de allochtone cliënt zich na een tijd niet meer herkent in de aangeboden westerse therapievorm (terwijl de therapeut vanuit zijn westerse mensbeeld meent dat de allochtone cliënt vorderingen maakt).

Er is in dit rapport tussen de lijnen door een negatieve visie op psychologische hulpverleners: mogelijk niet goed georganiseerd, te weinig intercultureel competent, moeilijk in het

overleg. Deze hulpverleners hebben ook enkel een plaats die hun toegewezen wordt door andere beroepsgroepen waarbij de hulpvrager eerst passeert. Klinisch psychologen worden niet genoemd wanneer het gaat om vroegsignalering of diagnosestelling op basis waarvan het verdere traject van de cliënt bepaald wordt. Pas nadien komt de psycholoog in beeld, om uit te voeren wat voordien al uitgetekend was. Ze worden niet beschreven als een beroepsgroep met aanzien en beslissingsmacht in het hulpverleningsproces.

Ten slotte stel ik me ook vragen bij de 'selectie' van sommige onderzoeksbevindingen. Men neemt voor elke groep uit de vragenlijstresultaten wat bruikbaar is voor dit rapport: nu eens de rapportering door de leerkracht over gedragsproblemen bij Marokkaanse jongeren, dan weer de rapportering door ouders over emotionele problemen bij Turken.

Uitermate belangrijke organisatorische vragen in de GGZ worden ook verrassend eenvoudig beantwoord. Er is meer psychisch lijden maar minder gepaste hulp voor allochtone kinderen en jongeren. Daarnaast vertonen ze vaker ernstige antisociale gedragsproblemen, komen ze vaker in de criminaliteit terecht, in de drughulpverlening en de psychosoziale zorg. In de ontwikkelingspsychopathologie zijn trajecten die daartoe leiden, in kaart gebracht: leerproblemen gaan externalisatieproblemen niet zelden vooraf bij allochtonen, terwijl die externalisatieproblemen in de adolescentie samen met identiteitsproblemen en invloeden van antisociale peers tot frequentere criminaliteit leiden. Op dat vlak gaat het rapport in de mist. Men leest er enkel dat criminele feiten niet per se door psychisch lijden voorafgegaan of bepaald worden. Dat zal wel waar zijn, maar de vraag van de minister is hoe men de jeugd-GGZ zo kan organiseren dat de kans op jeugdcriminaliteit bij allochtonen verkleint. Een boeiende vraag waar de commissie geen raad mee weet. In haar conclusie wordt het verband tussen minder zorggebruik en grotere aanwezigheid in forensische psychiatrie bij allochtonen zelfs miskend. Wie vanuit de criminologie niet alles herleid wil zien tot psychologische oorzaken van misdrijven, zal zich kunnen vinden in dit standpunt; voor de klinisch psycholoog die preventief wil werken en voor de minister die hoopte de GGZ een betere plaats te geven om deze maatschappelijke uitdaging aan te gaan, is de conclusie van de commissie kort door de bocht.

In die zin is het rapport een enorme gemiste kans. De commissie ging niet alleen ver over de haar toebedeelde tijd (de adviesvraag is van maart 2010 en vergt een antwoord in het voorjaar 2011; dat is er pas in het najaar 2012). Ze schoot vooral tekort qua praktijkgerichte kennis over en voeling met de thematiek waarover ze geacht werd te adviseren. Dat beperkt de validiteit en bruikbaarheid van het rapport op het terrein van de interculturele GGZ aanzienlijk.

## Literatuur

- Berry, J.H., Segall, M.H., & Kagitçibasi, C. (1997). *Handbook of cross-cultural psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Gezondheidsraad. (2012). *Psychische gezondheid en zorggebruik van migrantenjeugd*. Den Haag: Gezondheidsraad (publicatienummer 2012/14).
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community*. London: New Academia Press.



- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
- Knipscheer, J., & Kleber, R. (2005). Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 753-759.
- Kramer, S. (2004). *Interculturele competentieprofielen in de GGZ*. Rotterdam: Mikado.
- Littlewood, R., & Lipsedge, M. (1997). *Aliens and alienists. Ethnic minorities and psychiatry*. London: Taylor and Francis Ltd.
- Modood, T. (2013). *Multiculturalism*. Malden, MA: Polity Press.
- van Dijk, R. (2004). Cultuur, een Fremdkörper in de geestelijke gezondheidszorg. *Cultuur, Gezondheid, Migratie*, 1(1), 2-15.

## Personalia

Patrick Meurs is docent klinische vaardigheden en psychodynamische kindtherapie (KU Leuven) en ontwikkelingspsychologie aan de opleiding gezinswetenschappen (HU Brussel). Hij is ook de auteur van de cultuursensitieve preventie 'Eerste Stappen' en van diverse artikels en boeken over kindtherapie en interculturele hulpverlening.

E-mail: [patrick.meurs@ppw.kuleuven.be](mailto:patrick.meurs@ppw.kuleuven.be).



(Psycho)motorische begeleiding bij kinderen. Een praktische gids bij de proces- en taakgerichte interventie

Griet Dewitte, Kaat Dewitte, Wouter Carton

De visie op psychomotorische begeleiding bij kinderen is de voorbije tien jaar aanzienlijk geëvolueerd. Taakgerichte interventies zijn duidelijk op de voorgrond getreden en Evidence-Based Therapy is ook binnen de psychomotoriek niet meer weg te denken. Dit boek baseert zich hier duidelijk op en vertrekt vanuit het handelingsgericht onderzoek bij het opstellen van het klinische beeld. Op deze manier kunnen de therapeutische doelen bepaald worden waarbij ook het ICF-kader (International Classification of Functioning) een belangrijke rol speelt. Een casus helpt om dat te concretiseren.

Naast een korte theoretische duiding is het boek vooral praktisch opgebouwd, waarbij de jarenlange ervaring van de auteurs gebundeld wordt. Het is een verzameling van oefeningen om de grove motoriek, fijne motoriek en visuomotoriek in de grote en kleine ruimte te stimuleren. Er wordt stap voor stap uitgelegd hoe je de belangrijkste vaardigheden die je nodig hebt in het dagelijkse leven, kunt aanleren. Bijvoorbeeld: een lat kunnen hanteren in de meetkundesles of leren fietsen.

Dit boek richt zich vooral tot pediatrie kinesietherapeuten en ergotherapeuten, maar ook (sport)leerkrachten uit het kleuter- en basisonderwijs, zorgcoördinatoren, opvoeders en logopedisten zullen zeker ideeën opdoen om met hun kinderen aan de slag te gaan.

GRIET DEWITTE, KAAAT DEWITTE en WOUTER CARTON zijn pediatrie kinesietherapeuten werkzaam in de diagnostiek en behandeling van kinderen met milde neuromotorische problemen.

ISBN 978 90 334 9322 5 // 120 blz. // € 28,00 (excl. verzendingskosten)

Koop dit boek online op [www.uitgeverijacco.be](http://www.uitgeverijacco.be) of in de boekhandel.

Voor België: Uitgeverij Acco  
E-mail: [bestelling@acco.be](mailto:bestelling@acco.be)

**acco**

Voor Nederland: Acco Nederland  
E-mail: [info@uitgeverijacco.nl](mailto:info@uitgeverijacco.nl)