

Cultuursensitief addendum bij de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Schizofrenie

“Alle psychiatrie is transculturele psychiatrie”

(Frank Kortmann, 2010)



Cultuursensitief addendum bij de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Schizofrenie

“Alle psychiatrie is transculturele psychiatrie”

(Frank Kortmann, 2010)

Trimbos-instituut,
Utrecht, 2015

Colofon

Auteurs

Werkgroep

N. Veen (Voorzitter), M. Riemersma, T. Rusting, M. Sarucco, R. Starmans, en T. Zandi

Trimbos-instituut

M. Oud (projectleider), I. Cronenberg en D. Meije

Externe reviewer: A. Roman

Financier

Fonds NutsOhra

Textredactie

Veronique Huijbregts

Opmaak

Canon Nederland N.V.

Artikelnummer

AF1393

Uitgave van het addendum is na autorisatie te downloaden via ggzrichtlijnen.nl

© 2015 Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Voorwoord

Dit cultuursensitief addendum bij de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Schizofrenie is in opdracht van Fonds NutsOhra ontwikkeld door een multidisciplinaire werkgroep onder voorzitterschap van dr. N. Veen. De werkgroep bestond uit afgevaardigden van de volgende beroepsverenigingen: Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Ypsilon. De werkgroep is methodologisch en organisatorisch ondersteund door medewerkers van het Trimbos-instituut. Tekst redactie is verzorgd door Veronique Huijbregts.

De definitieve versie van de richtlijn is geautoriseerd door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Vereniging van familieleden en naasten van mensen met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychose (Ypsilon).

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Totstandkoming van dit addendum	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Doelstelling en doelgroep	9
1.3 Uitgangsvragen	11
1.4 Status van de richtlijn en verhouding tot andere relevante documenten	12
1.5 Projectgroep, adviesgroep en deelnemende teams praktijktest	13
1.6 Methode: wetenschappelijke bewijs, overwegingen van de werkgroep en aanbevelingen	14
1.7 Juridische betekenis	16
1.8 Aandacht voor implementatie	16
1.9 Herziening	17
Literatuur	17
Hoofdstuk 2 Inleiding	19
2.1 Waarom deze richtlijn?	19
2.2 Schizofrenie - schizofrene stoornissen	19
2.3 Hoger relatief risico op schizofrenie bij migranten.	20
2.4 Cultuur, migratie, etniciteit; culturele referentiekaders	22
2.5 Opbouw van dit addendum	23
Literatuur	24
Hoofdstuk 3 Relatie en competenties	29
3.1 Inleiding	29
3.2 Wetenschappelijke onderbouwing	32
3.3 Resultaten	34
3.4 Concrete adviezen van de experts	41
3.5 Aanbevelingen	45
Literatuur	47
Hoofdstuk 4 Signalen en screening	53
4.1 Inleiding	53
4.2 Wetenschappelijke onderbouwing	54
4.3 Conclusies en samenvatting wetenschappelijke literatuur	59
4.4 Overwegingen van de werkgroep	60
4.5 Aanbevelingen	64
Literatuur	65

Hoofdstuk 5 Diagnostiek	69
5.1 Inleiding	69
5.2 Wetenschappelijke onderbouwing	70
5.3 Conclusies - samenvatting wetenschappelijke literatuur	73
5.4 Overwegingen van de werkgroep	74
5.5 Aanbevelingen	75
Literatuur	75
Hoofdstuk 6 Behandeling met antipsychotica	79
6.1 Inleiding	79
6.2 Wetenschappelijke onderbouwing	80
6.3 Conclusies - samenvatting wetenschappelijke literatuur	83
6.4 Overwegingen van de werkgroep	84
6.5 Aanbevelingen	87
Literatuur	88
Bijlagen	
Bijlage 1 Onderzoek met de concept mapping-methode	91
Bijlage 2 Resultaten brainstorm	95
Bijlage 3 Resultaat concept mapping bijeenkomst: de 'Tree'	99
Bijlage 4 Resultaat concept mapping bijeenkomst: de 'Map'	101
Bijlage 5 Cultural Formulation Interview uit DSM-5	103
Bijlage 6 Het culturele interview (versie psychotische stoornissen)	109
Bijlage 7 Reviewprotocol Signalen en Screenen	113
Bijlage 8 Zoekstrategie Signalering en Diagnostiek	115
Bijlage 9 Selectie- en beoordelingsproces	123
Bijlage 10 Exclusieredenen	125
Bijlage 11 Flowchart	127
Bijlage 12 Afkortingen	129
Bijlage 13 Evidence tabellen	131
Bijlage 14 Review protocol Diagnostiek	149
Bijlage 15 Reviewprotocol Behandeling met antipsychotica	151
Bijlage 16 Zoekstrategie Behandeling met antipsychotica	153
Bijlage 17 Evidence tabellen	159
Bijlage 18 Aanvullende instructies afname CASH bij allochtone cliënten	163
Bijlage 19 Cultureel interview Versie Rohlof, Loevy, Sassen & Helmich	167

Hoofdstuk 1 Totstandkoming van dit addendum

1.1 Aanleiding

Voor u ligt het cultuursensitief addendum bij de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Schizofrenie. Dit addendum is opgesteld ter aanvulling van deze richtlijn. De MDR Schizofrenie besteedt geen uitgebreide aandacht aan de migratieachtergrond van patiënten. Hulpverleners hebben in hun contacten met mensen met schizofrenie en een migratieachtergrond echter vaak wel behoefte aan een cultuursensitief hulpaanbod. Cultuursensitief werken houdt in dat er kennis is en begrip voor de migrantenachtergrond van de patiënt en dat daar op de juiste wijze mee wordt omgegaan.

Voor de ontwikkeling van dit addendum zijn eerst knelpunten met betrekking tot hulpverlening aan personen met een migratieachtergrond in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (ggz) geïnventariseerd. Hiervoor zijn experts en is literatuur geraadpleegd. Deze inventarisatie heeft inzicht gegeven in de onderwerpen waarover nadere informatie en specifieke aanbevelingen nodig zijn. In de eerste plaats is er behoefte aan meer informatie over het aangaan van een relatie met de patiënt (en diens familie). Deze relatie wordt als essentieel beschouwd voor een positief verloop van het zorgproces. Verder blijkt er met name behoefte te zijn aan informatie over het herkennen van symptomen (signaleren) en de juiste wijze van diagnosticeren van de problematiek. Farmacologische behandeling is belangrijk: veilig en effectief medicatie voorschrijven vraagt mogelijk een andere aanpak bij patiënten van een andere etnische afkomst. Vanwege de prioriteitstelling op basis van de knelpuntenanalyse valt het onderwerp psychologische interventies af. Naar verwachting zijn er weinig specifieke interventies voor deze doelgroep. Voor aanbevelingen wordt naar de reguliere MDR Schizofrenie verwezen en voor specifiekere achtergrondinformatie naar "Een open geest met andere ogen." (Hoogsteder & Veling (2013)). Vanuit de praktijk wordt opgemerkt dat het overkoepelend probleem bij het aanbieden van psychologische interventies vaak een gebrek aan therapietrouw is, mogelijk door het niet tot stand komen van een vruchtbare therapeutische relatie (zie hiervoor hoofdstuk 3).

1.2 Doelstelling en doelgroep

Het addendum geeft aanbevelingen ter ondersteuning van de praktijkvoering van alle professionals die betrokken zijn bij de zorgverlening aan mensen met (een vermoeden op) schizofrenie en een migratieachtergrond.

Het biedt een overzicht van goed ('optimaal') handelen, als waarborg voor kwalitatief hoogwaardige zorg. Dit overzicht is gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoeken en overige overwegingen van de werkgroepen de niet-peer-reviewed literatuur. Het addendum geeft ook richting en suggesties aan de agenda voor wetenschappelijk onderzoek over schizofrenie bij personen met een migratieachtergrond.

Het addendum is nadrukkelijk niet bedoeld als bureaucratisch keurslijf van regels waarin hulpverleners en patiënten zich niet herkennen. Richtlijnontwikkeling is geen doel op zich, maar dient om de kwaliteit van zorg te helpen verbeteren. De patiënt moet er beter van worden en de hulpverlener moet er daadwerkelijk steun van ondervinden. De praktische bruikbaarheid van dit addendum is daartoe tijdens de ontwikkeling uitgetest door professionals in de basis-ggz en de gespecialiseerde ggz. De aanbevelingen zijn op basis van feedback uit de praktijk en in de commentaarfase definitief gemaakt.

Doelgroep en focus

In dit addendum gaat het om personen met een niet-westerse migratieachtergrond (niet-westerse patiënten) en (een vermoeden op) schizofrenie. Onder personen met een niet-westerse migratieachtergrond worden, naast de eerste-generatie, ook hun kinderen (tweede-generatie) en kleinkinderen (derde-generatie) bedoeld. Deze tweede- en derde-generaties wonen al vaak een groot gedeelte van hun leven in Nederland of zijn hier geboren. Een groot gedeelte van het addendum is toepasbaar bij niet-westerse patiënten, maar er zal waar mogelijk extra aandacht worden besteed aan de vier grootste migrantengroepen in Nederland: mensen met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse achtergrond. De werkgroep wil benadrukken en is zich er ter degen van bewust dat er naast verschillen ook overeenkomsten zijn tussen autochtonen en migranten. Ook bestaan er binnen migrantengroepen grote etnisch-culturele verschillen. (Sarucco, 2006) Er moet dus bij het lezen van dit addendum gewaakt worden voor het toeschrijven van gedrag en opvattingen aan de cultuur van de groep. (culturalisering)

Uitgaande van de knelpuntenanalyse behandelt het addendum allereerst het aangaan van een relatie met een patiënt en diens familie, als basis voor een juiste diagnose en goede therapietrouw. Voor het verzamelen van evidentie over de wijze waarop deze relatie te verbeteren is, zijn kwalitatieve methoden gebruikt. Verder is een grondige search gedaan naar bewijs voor de onderwerpen signalering, screening en diagnostiek, en is de gevonden literatuur hierover geanalyseerd. Er is op deze terreinen breed gezocht naar kenmerken van en bruikbare instrumenten voor niet-westerse migrantengroepen in westerse landen. De gevonden evidentie voor de vier grootste Nederlandse migrantengroepen is beschreven. Ook is er naar evidentie gezocht voor het veilig en effectief behandelen met antipsychotica. In het veld bestaat er behoefte aan kennis om bijwerkingen van medicatie bij specifieke migrantengroepen te voorkomen.

1.3 Uitgangsvragen

Dit addendum is ontwikkeld op geleide van uitgangsvragen. Deze uitgangsvragen zijn voortgekomen uit de analyse van de knelpunten in de zorg voor mensen met schizofrenie. Het addendum is geen leerboek waarin zoveel mogelijk beschikbare kennis over een onderwerp wordt opgenomen, maar een document met praktische aanbevelingen voor knelpunten in de praktijk. Dat betekent dat praktijkproblemen zoveel mogelijk het uitgangspunt zijn van de teksten in de richtlijn. Het betekent ook dat de wijze waarop die praktijkproblemen worden opgelost meer aandacht krijgt dan de vraag wie die problemen aanpakt of oplost. De volgende uitgangsvragen komen aan bod.

A. Relatie en competenties

- Met welke aspecten (cultureel, psychologisch, religieus, et cetera) moeten hulpverleners rekening houden bij de behandeling en begeleiding van mensen met een migratieachtergrond en naastbetrokkenen?
- Over welke cultuursensitieve kennis, vaardigheden en attitude moeten hulpverleners in de eerste lijn of basis-ggz en de gespecialiseerde ggz beschikken? Zijn er praktische handvatten?

De antwoorden op bovenstaande vragen zijn bedoeld om de hulpverlener handvatten te bieden om een vruchtbare relatie op te bouwen met de patiënt en zijn of haar systeem. Dit teneinde problemen bij de patiënt zo adequaat mogelijk te kunnen signaleren, diagnosticeren en behandelen.

B. Signaleren en screenen

- Wat zijn belangrijke signalen bij een individu (of vanuit naastbetrokkenen) die kunnen wijzen op een psychotische stoornis?
- Zijn er geschikte screeningsinstrumenten om adequaat (voldoende sensitief en specifiek) een vermoeden op schizofrenie vast te stellen?
- Is bij deze doelgroep een ander en actiever signaleringsbeleid gewenst? En op welke wijze zou dit kunnen plaatsvinden?

C. Diagnostiek

- Hoe is een schizofrene stoornis bij patiënten met een niet-westerse achtergrond betrouwbaar te diagnosticeren?

Subvragen

- Welke aanwijzingen zijn er dat misdiagnostiek bij patiënten met een niet-westerse achtergrond voorkomt?
- Zijn er diagnostische instrumenten om de kans op misdiagnostiek te voorkomen?

D. Behandelen

Farmacologische interventies

- Hoe is de therapietrouw te bevorderen bij patiënten met een niet-westerse achtergrond?
- Hoe is veilig en effectief medicatie voor te schrijven aan patiënten met een andere etnische achtergrond en schizofrenie?

1.4 Status van de richtlijn en verhouding tot andere relevante documenten

De huidige MDR Schizofrenie besteedt weinig aandacht aan de migratieachtergrond van de patiënt. Dit betekent echter niet dat de MDR niet van toepassing is bij personen met een migratieachtergrond. Uitspraken in de MDR zijn in het algemeen van toepassing. Dit addendum is bedoeld als aanvulling hierop. Het behandelt de belangrijkste gepubliceerde onderzoeken en praktijkkennis over de groepen cliënten met een migratieachtergrond. Om het addendum goed te laten aansluiten bij de MDR Schizofrenie is bij het opstellen ervan zoveel mogelijk dezelfde structuur aangehouden. Bij de knelpuntenanalyse en uitwerking is ook gebruik gemaakt van de publicatie *Een open geest met andere ogen, interculturele diagnostiek en behandeling van mensen met psychose* (Hoogsteder & Veling 2013).

1.5 Projectgroep, adviesgroep en deelnemende teams praktijktest

Voor de ontwikkeling van dit addendum is een multidisciplinaire werkgroep samengesteld met afgevaardigden van verschillende beroepsgroepen en de vereniging van familieleden en naasten van mensen met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychose. De volgende personen namen hier aan deel:

Voorzitter

- Dr. N. Veen (psychiater, GGZ-Delfland)

Werkgroepleden

- Drs. M. Riemersma (SPV/POH-GGZ, V&VN)
- Ir. T. Rusting (Familie ervaringsdeskundige Ypsilon)
- Drs. M. Sarucco (Klinisch psycholoog/psychotherapeut, NIP)
- Dr. R. Starmans (Kaderhuisarts GGZ, NHG)
- Dr. T. Zandi (Psychiater, NVvP)

Naast de werkgroep is er ook een adviesgroep van wetenschappers en experts uit het veld geconsulteerd voor de knelpuntenanalyse en heeft een reactie gegeven op het werk van de werkgroep.

- Drs. R. van Dijk, (Medisch antropoloog, adviseur diversiteitsmanagement Parnassia Groep)
- Dr. S. Ghane (GZ-psycholoog, medisch antropoloog en senior onderzoeker i-psy)
- Dhr. C. Klijs-Helsemans (Verpleegkundigspecialist GGZ-Breburg)
- Prof. Dr. F. Kortmann (Professor transculturele psychiatrie Radboud Universiteit en psychiater voor niet-westerse patiënten de Pompestichting)
- Dr. A. Limburg-Okken (Psychiater FACT Altrecht)
- Dr. M. van den Muijsenbergh (Huisarts en senior onderzoeker Pharos)
- Prof. Dr. J.P. Selten (Professor sociale exclusie en psychiatrische stoornissen Universiteit Maastricht en psychiater GGZ Leiden)

Het Trimbos-instituut heeft het ontwikkelproces begeleid.

- Drs. M. Oud (projectleider/richtlijnadviseur, Trimbos-instituut)
- Mw. I. Cronenberg (richtlijnadviseur, Trimbos-instituut)
- Drs. D. Meije (richtlijnadviseur, Trimbos-instituut)
- Drs. A. Roman (externe reviewer en arts-assistent in opleiding tot psychiater GGZ-Delfland)

De werkgroep is in tien maanden tijd drie maal bijeen geweest. De werkgroepleden hebben voorts via mail en telefonische vergaderingen met elkaar overlegd. Ze hebben de conceptrichtlijn ter becommentariëring en accordering aan hun achterban voorgelegd. De conceptaanbevelingen zijn in de praktijk getest.

1.6 Methode: wetenschappelijke bewijs, overwegingen van de werkgroep en aanbevelingen

Een richtlijn of addendum berust op resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming door beroepsbeoefenaren, gericht op het uitdrukkelijk omschrijven van goed handelen. Bij dit addendum is de EBRO-methode van evidence based richtlijnontwikkeling gevolgd en zijn de uitgangspunten van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ aangehouden.

Voor beantwoording van de uitgangsvragen hebben informatiespecialisten van het Trimbos-instituut met systematische zoekacties in de periode vanaf 2000 tot juli 2014 gezocht naar relevante onderzoeksresultaten.

In de literatuur searches is gezocht naar Engelse en Nederlandse literatuur. Daarnaast zijn artikelen uit referentielijsten van geselecteerde artikelen opgenomen. De resultaten van wetenschappelijk onderzoek vormen samen met de overwegingen van de werkgroepleden en ervaringskennis de basis voor de geformuleerde conclusies en aanbevelingen.

Voor het zoeken naar publicaties is gebruikgemaakt van de volgende informatiebronnen:

- oorspronkelijk onderzoek: Medline (Pubmed) en PsychInfo,
- grijze literatuur (niet-systematische reviews, niet peer-reviewed materiaal).

De kwaliteit van de gebruikte artikelen is beoordeeld met checklists van het EBRO-platform die voor het betreffende onderzoekstype relevant zijn (CBO, 2005). Daarna zijn ze geordend naar methodologische kwaliteit. De hierbij gebruikte indeling is weergegeven in tabel 1.1. De beoordeling van de verschillende artikelen staat onder het kopje 'Wetenschappelijke onderbouwing' in de verschillende hoofdstukken.

Tabel 1.1 Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

<i>Classificatie</i>	<i>Interventie</i>	<i>Diagnostisch accuratesseonderzoek</i>	<i>Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose</i>
A1	Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau.		
A2	Gerandomiseerd (dubbel) blind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en voldoende omvang.	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, bij een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad.	Prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor <i>confounding</i> en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controleonderzoek, cohortonderzoek).	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd.	Prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2, of retrospectief cohortonderzoek, of patiënt-controleonderzoek.
C	Niet-vergelijkend onderzoek.		
D	Mening van deskundigen.		

Na de technische samenvatting van de wetenschappelijke onderbouwing volgt de klinisch inhoudelijke conclusie. Daarbij staat de belangrijkste literatuur vermeld waarop de conclusie gebaseerd is, inclusief het niveau van bewijs (Tabel 1.2).

Tabel 1.2 Niveau van bewijs van conclusies

<i>Niveau</i>	<i>Gebaseerd op</i>
1	Minimaal één onderzoek van A1-niveau of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau.
2	Minimaal één onderzoek van A2-niveau, of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van B-niveau.
3	Minimaal één onderzoek van B- of C-niveau.
4	Mening van deskundigen.

Het wetenschappelijk bewijs en de overige overwegingen van de werkgroep vormen de basis voor formulering van de aanbevelingen. De overige overwegingen zijn gebaseerd op kosten, beschikbaarheid (in verschillende echelons) en organisatorische aspecten. Zie hiervoor het kopje 'Overwegingen van de werkgroep'. Deze structuur verhoogt de transparantie van de richtlijn en vergroot de helderheid voor de gebruiker ervan. Waar naar allerwaarschijnlijkheid robuust wetenschappelijk bewijs ontbreekt is voor een systematisch alternatief gekozen om de uitgangsvraag te beantwoorden. Hiervoor zijn kwalitatieve methoden van dataverzameling te gebruiken, zoals focusgroepen, *concept mapping*, conjunct analyse en Delphi. Bij de uitgangsvragen over 'Relatie en competenties' in dit addendum is voor *concept mapping* gekozen. Deze relatief snelle en weinig tijdrovende methode maakt het mogelijk ingewikkelde constructen inzichtelijk te maken (Trochim, 1989) in een gestructureerd en stapsgewijs proces, en bestaat uit een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. In de methode komen mensen uit de praktijk zelf aan het woord, waardoor de uitkomsten in hun eigen taal, de taal van de gebruiker, kunnen worden geformuleerd. Tijdens een bijeenkomst geven experts hun mening over een onderwerp. Hun reacties worden ingevoerd in het online programma Ariadne en statistisch verwerkt.

Concept mapping beslaat vijf fasen. Dit zijn:

1. voorbereiden van de concept mapping groep,
2. statements verzamelen in een brainstorm tijdens een expertbijeenkomst,
3. prioriteren en clusteren van deze statements,
4. representeren van de statements,
5. interpretatie ervan in concept maps.

1.7 Juridische betekenis

Richtlijnen en addenda zijn geen wettelijke voorschriften. Het zijn zoveel mogelijk op bewijs gebaseerde inzichten en aanbevelingen voor zorgverleners, beleidsmakers en inhoudelijk adviseurs, om hen te helpen kwalitatief hoogwaardige zorg te geven en te waarborgen. Zorgverleners kunnen als zij dat vanuit hun professionele deskundigheid en autonomie nodig achten afwijken van de aanbevelingen. Soms kan de situatie van de patiënt dat zelfs noodzakelijk maken. Zorgverleners die van een aanbeveling afwijken, moeten hun besluit wel onderbouwen, ook tegenover de patiënt, en documenteren.

1.8 Aandacht voor implementatie

Het addendum is samen met de MDR Schizofrenie te beschouwen als een 'moederrichtlijn'. De inhoud kan vertaald worden in monodisciplinaire richtlijnen voor afzonderlijke beroepsgroepen en biedt aanknopingspunten voor lokale protocollen. De aanbevelingen zijn in de praktijk op hun toepasbaarheid getest. Dit heeft niet alleen bruikbaarere aanbevelingen opgeleverd, maar ook een praktische implementatiewijzer.

Hierin staan de belangrijkste valkuilen en de factoren die toepassing van de aanbevelingen bevorderen. Het document geeft zowel tips en adviezen voor de eerstelijns en basis-ggz als voor de gespecialiseerde ggz.

1.9 Herziening

Richtlijnen en addenda moeten regelmatig worden beoordeeld op hun actualiteit. Daarbij gaat het erom of de aanbevelingen nog geldig zijn en of er nieuwe kwesties zijn die aandacht verdienen.

In navolging van de criteria in de bestaande methoden voor richtlijnherziening en suggesties uit het veld kan tot actualisering van dit addendum worden besloten bij:

- ondermijning van validiteit van aanbevelingen als gevolg van:
- nieuwe evidentie over bestaande baten en schade van (diagnostische en therapeutische [D&T]) interventies,
- verandering van beschikbare (D&T-) interventies,
- veranderde voorkeuren van patiënten,
- verandering in middelen en kosten van (D&T-) interventies,
- nieuwe of veranderde wetgeving,
- ervaringen van zorgverleners en patiënten;
- sterker bewijs voor aanbevelingen (verkregen uit recente grote studies);
- aanbevelingen die zorgprofessionals en zorggebruikers onduidelijk vinden;
- nieuwe kernthema's (mede op basis van bestaande of nieuwe knelpunten) die dienen te worden toegevoegd.

Literatuur

CBO, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (2006). *CBO Handleiding voor Richtlijnwerk-groepleden*, Utrecht.

Sarucco, M.B. (2006). Transculturele aspecten van depressie bij zwarte vrouwen. In: Vliet, I.M. van, E.A.M. Knoppert-van der Klein, P. Kolling & C.J. Sleeboom-van Raaij (red.). *Vrouw & Leven. Psychopathologie bij vrouwen in de diverse levensfasen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Trochim, W. (1989). Special issue: Concept mapping for evaluation and planning. *Evaluation and Program Planning*, 12(1), 1-111.

Hoogsteder, M., & Veling, W. (2013). *Een open geest met andere ogen. Interculturele diagnostiek en behandeling van mensen met psychose*. Utrecht: Mikado.

Hoofdstuk 2 Inleiding

2.1 Waarom deze richtlijn?

Dit addendum behandelt de vier grootste niet-westerse migrantengroepen in Nederland: mensen met een Marokkaanse, Turkse, Surinaamse of Antilliaanse achtergrond. Een aparte richtlijn over de zorg voor patiënten met schizofrenie bij deze migrantengroepen in Nederland is om meerdere redenen belangrijk. In de eerste plaats omdat de incidentie van schizofrenie in enkele migrantengroepen (sterk) verhoogd is. In de tweede plaats omdat cultuurverschillen soms de diagnostiek en de behandeling bemoeilijken. Ten slotte is met deze richtlijn wetenschappelijk te onderbouwen of er al dan niet evidentie bestaat voor bepaalde overtuigingen, en zo ja, welke dan. In de transculturele hulpverlening is het namelijk extra belangrijk alert te zijn op stereotypingen en ongefundeerde generalisaties. Om één generalisatie te noemen: vaak wordt gedacht dat alle Turkse patiënten per se een zeer ervaren hulpverlener willen. Het is echter waarschijnlijker dat sommige Turkse patiënten net als andere groepen patiënten de voorkeur geven aan een oudere, ervaren dokter, terwijl andere ook andere eigenschappen laten meewegen. De Turk bestaat niet, evenmin als de Zweed of de Groninger.

2.2 Schizofrenie - schizofrene stoornissen

"Schizophrenia may be the leading unsolved disease afflicting humans"
(W. Carpenter, 2003)

In 1899 beschreef de Duitse psychiater Kraepelin een aandoening die hij 'dementia praecox' (Kraepelin, 1899) noemde. Naast het vreemde gedrag van de patiënten viel hem op dat de aandoening veelal een ongunstig beloop had en gepaard ging met fors sociaal disfunctioneren. Een klein decennium later gaf zijn Zwitserse collega Bleuler deze aandoening de naam schizofrenie. Hij baseerde die naam op de gespletenheid van verschillende mentale functies (Bleuler, 1908) die hij bij zijn patiënten waarnam. Ruim een eeuw later is de naam schizofrenie nog steeds in gebruik, al gaan er regelmatig stemmen op die ervoor pleiten deze stigmatiserende naam niet meer te gebruiken. Enige tijd geleden werd de naam 'salience dysregulation syndrome' (van Os, 2009) voorgesteld. Deze naam benadrukt het onderliggende probleem bij het ontstaan van een psychose mogelijk beter. Toch heeft het gebruik ervan geen navolging gekregen. Zowel de patiëntenvereniging Anoksis als de vereniging van familieleden Ypsilon gebruikt in plaats van de term schizofrenie meestal 'psychose gevoeligheid syndroom'. Voor zover bekend is schizofrenie, dan wel 'psychose gevoeligheid', een ziekte die alle landen /samenlevingen van de wereld voorkomt (Jablensky et al., 1992).

Het is, ook in het begin van de 21ste eeuw, nog altijd een grotendeels onbegrepen, veelal verwoestende, ziekte van het brein. Een patiënt met deze kwetsbaarheid heeft vaak grote moeite een volwaardig sociaal en arbeidzaam leven op te bouwen en in stand te houden. De aandoening heeft ook een grote impact op ouders, broers en zussen, overige familieleden en vrienden van de patiënt (McFarlane, 2002). Ten slotte is ook de maatschappelijke schade van deze ziekte betreft aanzienlijk. Mensen met deze aandoening kunnen zelden (fulltime) werken, maken veel aanspraak op gezondheidszorg en gedragen zich sporadisch agressief (Barbato, 1996). In Nederland komen jaarlijks van 10.000 tot 30.000 DALY's ten laste van deze ziekte. (DALY, disability-adjusted life year, is een vergelijkende maat voor ziektelast: één DALY staat gelijk aan één gezond levensjaar dat door de ziekte verloren gaat (Barbato, 1996).

De term schizofrenie verwijst naar een ziekte met verschillende uitingsvormen. Daarom spreken we ook wel van schizofrene stoornissen. In dit addendum verstaan we hieronder alle ziektebeelden zoals beschreven in de DSM IV en DSM 5 met code 295.xx. De incidentie van schizofrenie in Nederland is 2.1 op jaarbasis (95% CI 1,7 – 2,5) per 10.000 inwoners van 15 tot 54 jaar (Selten et al., 2001). De ziekte komt ongeveer anderhalf keer vaker voor bij mannen dan bij vrouwen (Aleman et al., 2003).

2.3 Hoger relatief risico op schizofrenie bij migranten

De Noorse psychiater Ødegaard schreef al in 1932 de invloedrijke studie 'Emigration and Insanity' (Ødegaard, 1932). Volgens dit onderzoek was de kans op een eerste opname vanwege schizofrenie voor Noorse migranten in Amerika tweemaal groter dan voor autochtone Amerikanen of voor Noren in Noorwegen. Hierna zijn veel andere studies verschenen met als resultaat een soortgelijk verhoogd relatief risico voor groepen migranten. Dit betreft met name studies uit het Verenigd Koninkrijk (Coid et al., 2008), die een verhoogde incidentie voor schizofrenie vonden voor migranten uit het Caribisch gebied. Ook in verschillende Nederlandse studies is aangetoond dat zowel eerste-generatie migranten uit Suriname, de Nederlandse Antillen, en Marokko en tweede-generatie migranten uit deze landen en Turkije een verhoogd risico hebben om schizofrenie te krijgen (Selten et al., 1997; Selten et al., 2001; Veling et al., 2006; Veling, 2013). Volgens een meta-analyse uit 2005 (Selten & Cantor-Graae, 2005) lopen eerste- en tweedegeneratiemigrant uit niet-westerse landen in West-Europa een gemiddeld relatief risico van 3.3 (95% CI: 2.8 – 3.9) om schizofrenie te krijgen. Deze analyse liet ook zien dat de incidentie in de zendende landen niet was verhoogd (Cantor-Graae, 2007).

Verschuillende hypothesen kunnen dit verhoogde risico (mogelijk deels) verklaren. Ten eerste zou er sprake kunnen zijn van misdiagnostiek. Zandi et al. (2010) toonden aan dat de betrouwbaarheid van de diagnostiek bij een eerste-psychose cohort mogelijk toeneemt bij gebruik van een cultuursensitieve versie van een semigestructureerde vragenlijst.

Maar de betrouwbaarheid van de diagnose bij de verschillende etnische groepen bleek in sommige studies ook zonder deze cultuursensitieve vragen goed te zijn (Veen et al., 2004; Selten et al., 2010; Selten et al., 2012). Gezien de grote toename in relatief risico kan eventuele misdiagnostiek sowieso zeker niet de totale stijging verklaren (Ingleby, 2008). Verder werden er geen verschillen in druggebruik gevonden tussen patiënten uit de verschillende etnische groepen die een verhoogde incidentie bij deze groepen zouden kunnen verklaren (Veen, 2002).

Een andere hypothese is dat er selectieve migratie plaatsvindt en dat juist de mensen die kwetsbaar zijn voor psychose migreren. Maar Nederlandse en Amerikaanse onderzoekers hebben onlangs aangetoond dat het verhoogde risico op schizofrenie bij migranten juist het sterkst is bij mensen die als jong kind (0-4 jaar) migreerden (Veling et al., 2011). Ook verklaart deze hypothese niet de verhoogde incidentie in de tweede generatie. Ten slotte toonde Selten (Selten et al., 2002) aan dat wanneer de incidentiecijfers voor de Surinaamse migranten in Nederland zouden worden herberekend en de gehele Surinaamse bevolking (inclusief de in Suriname gebleven populatie) als noemer zou nemen, het risico voor Surinaamse migranten nog steeds significant verhoogd was.

Volgens nóg een hypothese ('social defeat'-hypothese) wordt de dopaminefunctie van het brein beïnvloedt door maatschappelijke buitensluiting oftewel sociale exclusie; migranten ervaren vanzelfsprekend relatief vaker het gevoel buitenstaander te zijn met de dopamine ontregeling als gevolg (Selten & Cantor-Graae, 2005). Recent zijn bij een sociaal geïsoleerde groep (namelijk doven en slechthorenden) inderdaad aanwijzingen gevonden voor dopamine sensitiviteit (Gevonden et al., 2014). Ten slotte is ook een vitamine D-deficiëntie een mogelijke risicofactor voor psychose (McGrath et al., 2010; Dealberto, 2007).

Een duidelijke verklaring van het verhoogde risico op schizofrenie bij migranten is er dus nog niet. Maar het is wel waarschijnlijk dat verschillende oorzaken hierbij een rol spelen. De chronische stress die samenhangt met het samenleven in een andere cultuur speelt via het stresskwetsbaarheidsmodel voor schizofrenie (Zubin & Spring, 1977) een belangrijke etiologische rol. Hierbij past de correlatie die Veling et al. (2008) aantoonde tussen het verhoogde risico op schizofrenie en de mate van 'etnisch dichtheid' in de woonomgeving van een patiënt: in een buurt met een aanzienlijk aantal migranten van dezelfde herkomst blijkt het risico minder verhoogd te zijn dan in een buurt met weinig migranten. Het verhoogde risico zou in dit geval samenhangen met het behoren tot een duidelijk te onderscheiden minderheidsgroep. In Noorwegen is aangetoond dat deel uitmaken van een duidelijk zichtbare migrantengroep samenhangt met meer ervaren discriminatie en ernstigere psychotische symptomen (Berg et al., 2011).

De behandelde hypothesen dienen nader onderzocht te worden. Dat is niet alleen belangrijk uit wetenschappelijk oogpunt, maar ook om redenen van preventie, om helder te krijgen welke elementen uit de sociale omgeving van migranten het risico op een schizofrene stoornis beïnvloeden (van der Stelt et al., 2014).

2.4 Cultuur, migratie, etniciteit; culturele referentiekaders

*"Holland,
Grauw is uw hemel en stormig uw strand"*
(Potgieter, 1832)

De reguliere psychiatrie, gebaseerd op het biopsychosociale model, wortelt in de westerse cultuur. (Kortmann, 2010) De meeste hulpverleners zijn witte autochtonen. Voor de classificatie gebruiken zij de DSM-IV, de DSM-5 of de ICD-10. De meeste wetenschappelijke psychiatrische evidentie is verzameld bij westerse patiënten door westerse onderzoekers. Volgens de WHO is deze westerse ggz goed te gebruiken voor patiënten met wortels in niet-westerse culturen en moet deze ook in niet-westerse landen ingevoerd worden.

Maar hoe kunnen hulpverleners dan omgaan met de verschillende culturele opvattingen over psychisch ziek zijn en beter worden? Zoals psychiater Frank Kortmann het formuleert: "Hoe kunnen ze inspelen op het 'vreemde' van niet-westerse patiënten en tegelijk hun vak blijven uitoefenen volgens de state of the art?" (Kortmann, 2010, p 18). Sluit de manier van werken van de westerse psychiatrie inderdaad voldoende aan bij de klachten en behoeftes van de niet-westerse patiënt? En welke plaats krijgen daarin dan niet-westerse verklaringsmodellen van psychische klachten, bijvoorbeeld het Antilliaanse 'brua', volgens welke kwade geesten bezetenheid of onverklaarbare lichamelijke verschijnselen bij iemand zouden veroorzaken (Jesserun & Raes, 2005)?

De hulpverlener dient in ieder geval stil te staan bij de problemen die kunnen samenhangen met het cultuurverschil tussen hem of haar en de patiënt. Verschillen in interpretatie van klachten en begrippen kunnen immers leiden tot onbegrip. Weliswaar komen lang niet alle moeilijkheden in de behandeling voor rekening van cultuurverschillen. Hierbij past het noemen van het begrip 'condición migrante'. Dit begrip vestigt de aandacht op de verschillen die de migrant nog los van de cultuurverschillen, ervaart door de veranderde leefwereld in het nieuwe land.

Voor het begrijpen van een andere cultuur is het zinvol juist ook de eigen cultuur aan een nader onderzoek te onderwerpen. De westerse hulpverlener die de opvallende kenmerken van de Nederlandse cultuur herkent, heeft mogelijk meer begrip voor patiënten met een andere culturele achtergrond.

Twee voorbeelden. Volgens de bekende hoogleraar Middeleeuwse letterkunde Herman Pleij staan de Nederlanders al sinds de Middeleeuwen bekend om een zekere lompheid en botheid. Bij het zakendoen gaan ze bijvoorbeeld zo snel mogelijk over tot onderhandelen en laten ze al te uitgebreide beleefdheden achterwege. Volgens Pleij (2014) vond men in de Middeleeuwen de verklaring voor deze ongemamierdheid in het klimaat en de grond. Beschaving, wijsheid en verfijning zouden passen bij een 'droge' ziel, terwijl modderige, drassige, stormachtige en natte condities tot een ongenueanceerd en lomp karakter zouden leiden. Verplaatsen we deze analyse naar de spreekkamer,

dan begrijpen we wellicht waarom een patiënt met een andere culturele achtergrond vaak eerst nader wil kennismaken voordat de psychiatrische anamnese wordt gestart. Ook in the *Unduchables* (White & Boucke, 2008) worden buitenlanders, met een ironische ondertoon, gewaarschuwd voor lomphed van de autochtone Nederlandse bevolking: "Laat u door iets wat op vriendelijkheid lijkt niet voor de gek houden; wees, nieuw in Holland, op uw hoede. Als iemand 'Hallo!' tegen u roept, is dat waarschijnlijk geen vriendelijke groet, maar een bewuste blijk van minachting die u moet wijzen op een begane domheid. Ge-hallood wordt er om anderen in verlegenheid te brengen, bij voorkeur niet-Nederlanders." (p.209)

Een andere vaak beschreven eigenschap van Hollanders is hun nuchterheid of saaiheid. Een negentiende-eeuwse reiziger riep de turf uit tot symbool van de Hollandse cultuur: "...moeilijk in brand te krijgen maar uiteindelijk langdurig doorsmeulend- nooit oploaiende vlammen of het vuur van een verzengende hitte" (Pleij, 2014, p. 56).

Als we zo naar de interactie in de spreekkamer kijken, is mogelijk niet de allochtone patiënt theatraal, maar de autochtone arts wat geremd. En is het niet de allochtone patiënt die zijn klachten sterk overdrijft, maar de autochtone verpleegkundige die het motto 'doe maar gewoon, dan doe je al gek genoeg' hanteert.

Elke hulpverlener krijgt bij de uitoefening van zijn vak patiënten te behandelen die hij in eerste instantie niet goed begrijpt. De aanbevelingen uit deze richtlijn en diens eigen respectvolle nieuwsgierigheid kunnen de hulpverlener helpen de kloof met de migrantenpatiënt te overbruggen.

2.5 Opbouw van dit addendum

De relatie van arts of hulpverlener en patiënt is op te delen in drie te onderscheiden maar samenhangende delen (naar Kortmann, 2010): de werkrelatie, het diagnostisch proces en de behandeling.

In dit addendum volgen we dit model grotendeels. Het addendum begint daarom met een hoofdstuk over de werkrelatie (hoofdstuk 3 relatie en competenties). Hoofdstuk 4 gaat over signaleren en screenen, waarna hoofdstuk 5 de diagnostiek bij patiënten met een niet-westerse migratieachtergrond behandelt. Wanneer een hulpverlener en een patiënt ver uit elkaar liggende culturele referentiekaders hebben, kan het diagnostisch kompas van de hulpverlener ontregeld raken. Dit kan mogelijk leiden tot misdiagnostiek. Ten slotte kijken we naar mogelijke verschillen in de behandeling tussen autochtone en patiënten met een niet-westerse migratieachtergrond met een schizofrene stoornis. We beperken ons hierbij tot de medicamenteuze behandeling (hoofdstuk 6 Behandeling met antipsychotica). Bij de psychotherapeutische behandeling van niet-westerse patiënten dient de therapeut er rekening mee te houden dat het effect van psychotherapie vooral samenhangt met diens eigen persoonlijkheid en de kwaliteit van de relatie met de patiënt en zijn systeem (Tseng, 2001).

Ook belangrijk is het dat de therapeut uit het arsenaal van psychotherapeutische interventies die therapievorm kiest die aansluit bij de cultuur van de patiënt. Verder is het goed te weten dat verschijnselen van overdracht en tegenoverdracht in de transculturele psychotherapie vaker kunnen optreden (Kortmann, 2010).

Tot slot: voor de leesbaarheid duiden we de hulpverlener en de patiënt vanaf dit punt aan met 'hij' en niet langer met hij of zij. Met die aanduiding zijn dan uiteraard ook vrouwelijke hulpverleners en patiënten bedoeld. Afhankelijk van de context worden de woorden patiënt en cliënt in dit addendum door elkaar gebruikt. Verder gebruiken we in de tekst de term 'naastbetrokkenen', daar kan ook naasten, steunsysteem of familieleden gelezen worden.

Literatuur

Aleman, A., Kahn, R. S., & Selten, JP. (2003). Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 60, 565-571.

Barbato, A. (1996). *Schizophrenia and public health*. Nations for mental health, World Health Organization.

Berg, A.G., Melle, I., Rossberg, J.I., Romm, K.L., Larsson, S., Lagerberg, T.V., Hauff, E (2011). Perceived discrimination is associated with severity of positive and depression/ anxiety symptoms in immigrants with psychosis: a cross-sectional study. *BioMed Central psychiatry*, (11), 77.

Bleuler, E. (1908). Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe). *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychischgerichtete Medizin*, 65, 436-464.

Cantor-Graae, E. (2007). The contribution of social factors to the development of schizophrenia: a review of recent findings. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52 (5), 277-286.

Coid, J.W., Kirkbride, J.B., Barker, D., Cowden, F., Stamps, R., Yang, M., & Jones, P.B. (2008). Raised incidence rates of all psychoses among migrant groups: findings from the East London first episode psychosis study. *Archives of General Psychiatry*, 65 (11), 1250-1258.

Dealberto, MJ. (2007). Why are immigrants at increased risk for psychosis? Vitamin D insufficiency, epigenetic mechanisms, or both? *Medical Hypotheses*, 68 (2), 259-267.

Gevonden, M., Booij, J., van den Brink, W., Heijtel, D., van Os, J., & Selten, JP. (2014). Increase release of dopamine in the striata of young adults with hearing impairment and its relevance for the social defeat hypothesis of schizophrenia. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 71 (12), 1364-1372.

Ingleby, D. (2008). Schizofrenie, migratie en etniciteit. *Cultuur, migratie en gezondheid*, 5 (1),10-23.

Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G, et al (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine*, 20, 1-97.

Jesserun, A.Y. & Raes, B.C.M. (2005). Een Antilliaanse psychose? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 47, 807-811.

Kortmann. F. (2010). *Transculturele psychiatrie*. Assen: Van Gorcum.

Kraepelin, E. (1899). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch fur Studierende und Aertze* (Psychiatry. A textbook for students and physicians, 1990) (trans. H. Metoui & S. Ayed). Canton: Watson Publishing International.

McFarlane, W.R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. The Guilford Press.

McGrath, J.J., Burne, T.H., Feron, F., Mackay-Sim, A., & Eyles, D.W. (2010). Developmental vitamin D deficiency and risk of schizophrenia: a 10-year update. *Schizophrenia Bulletin*, 36 (6), 1073-1078.

Ødegaard, O. (1932). Emigration and Insanity. *Acta Psychiatrica et Neurologica, supplementum 4*, 1 – 206.

Pleij, H. (2014). *Moet kunnen; op zoek naar een Nederlandse identiteit*. Prometheus-Bert Bakker.

Selten, JP., Slaets, J.P.J., & Kahn, R.S. (1997). Schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to the Netherlands: evidence of an increased incidence. *Psychological Medicine*, 27, 807-811.

Selten, JP., Veen, N., Feller, W., Blom, JD., Schols, D., Camoenie, W., Kahn, R.S. (2001). Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 178, 367-372.

Selten, JP., Cantor-Graae, E., Slaets, J., & Kahn, R.S. (2002). Ødegaard's selection hypothesis revisited: schizophrenia in Surinamese immigrants to the Netherlands. *American Journal of Psychiatry*, 159 (4), 669-671.

Selten, JP., & Cantor-Graae, E. (2005). Social defeat: risk factor for Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 187, 101-102.

Selten, JP., Laan, W., Veen, N.D., Blom, JD, Veling, & W. Hoek, H.W. (2010). Incidence of Schizophrenia among Moroccan immigrants to the Netherlands. *Schizophrenia Research*, 124 (1-3), 240-241.

Selten, JP., Veen, N.D., Blom, JD., Hoek, H.W., & Veling, W. (2012). Diagnostic issues in Moroccan immigrants to the Netherlands. *Schizophrenia Research*, 141 (2-3), 286-287.

Tseng, Wen-Shing (2001). *Handbook of cultural psychiatry*. San Diego: Academic Press.

van der Stelt, O., Boukbari, D. & Feltzer, M. (2014). Migranten, familiere kwetsbaarheid voor psychiatrische stoornissen en schizotypische persoonlijkheidskenmerken. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 8, 496-504.

van Os, J. (2009). A salience dysregulation syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 194 (2), 101-103.

Veen, N.D., Selten, JP., Hoek, H.W., Feller, W., van der Graaf, Y., & Kahn, R.S. (2002). Use of illicit substances in a psychosis incidence cohort: a comparison among different ethnic groups in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 440-443.

Veen, N.D., Selten, JP., Schols, D., Laan, W. Hoek, H.W., van der Tweel, I., & Kahn, R.S. (2004). Diagnostic stability in a Dutch psychosis incidence cohort. *British Journal of Psychiatry*, 185, 460-464.

Veling, W., Selten, JP., Veen, N., Laan, W., Blom, JD., & Hoek, H.W. (2006). Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. *Schizophrenia Research*, 86 (1-3), 189-193.

Veling, W., Susser, E., van Os, J., Mackenbach, J.P., Selten, JP. & Hoek, H.W. (2008). Ethnic density of neighbourhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *American Journal of Psychiatry*, 168 (12), 1278-1285.

Veling, W., Hoek, H.W., Selten, JP., & Susser, E. (2011). Age at migration and future risk of psychotic disorders among immigrants in the Netherlands: a 7-year incidence study, *American Journal of Psychiatry*, 168 (12), 1278-1285.

Veling, W. (2013). Ethnic minority position and risk for psychotic disorders. *Current opinion in psychiatry*, 26 (2), 166-171.

White, C. & Boucke, L. (2008). *The Undutchables; leven in Holland*. Nijgh & van Ditmar.

Zandi, T., Havenaar, J.M., Smits, M., Limburg-Okken, A.G., van Es, H., Cahn, W., & van den Brink, W. (2010). First contact incidence of psychotic disorders among native Dutch and Moroccan immigrants in the Netherlands; influence of diagnostic bias. *Schizophrenia Research*, 119 (1-3), 27-33.

Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86 (2), 103-126.

Hoofdstuk 3 Relatie en competenties

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt de vraag hoe succesvolle relaties tot stand kunnen komen in de triade hulpverlener, patiënt en naastbetrokkenen. Het doel van deze relaties is stoornissen adequaat te signaleren, diagnosticeren, behandelen en effectief te kunnen werken aan herstel. Daarnaast gaat het in dit hoofdstuk over de competenties waarover een hulpverlener moet beschikken om cultuursensitief te kunnen werken. Het addendum spitst zich in principe toe op de vier niet-westerse bevolkingsgroepen. Met name in dit hoofdstuk zijn echter ook aanbevelingen opgenomen die niet specifiek voor deze groep gelden, maar voor alle patiënten van niet-westerse afkomst, of zelfs voor alle patiënten. Gebleken is dat bij de beantwoording van de onderstaande uitgangsvragen antwoorden gevonden worden die voor een grotere bevolkingsgroep van toepassing zijn inclusief de vier niet-westerse bevolkingsgroepen waar dit addendum voor bedoeld is.

Dit zelfde is het geval voor het volgende. Hoewel het in dit addendum gaat om patiënten met een psychotisch stoornis is dit hoofdstuk weinig specifiek. De aandachtspunten en aanbevelingen zijn grotendeels van toepassing voor alle mensen met een psychiatrische stoornis. Aandoeningsspecifieke uitspraken zijn slechts beperkt gedaan. Tijdens de concept map bijeenkomst is meer gesproken over cultuursensitieve hulpverlening in algemene zin.

De uitgangsvragen die in dit hoofdstuk beantwoord moeten worden, zijn:

1. Met welke aspecten (cultureel, psychologisch, religieus et cetera) moeten hulpverleners rekening houden bij de behandeling en begeleiding van mensen met een migratieachtergrond en naastbetrokkenen?
2. Over welke cultuursensitieve kennis, vaardigheden en attitude moeten hulpverleners in de eerste lijn of basis-ggz en de gespecialiseerde ggz beschikken? Zijn er praktische handvatten te geven?

Een eenduidig antwoord op de boven gestelde vragen is moeilijk te geven. Iedere patiënt (en iedere naastbetrokkene) is immers in de eerste plaats een individu met eigen gewoonten, meningen en religieuze opvattingen. Gesignaleerde verschillen en overeenkomsten tussen niet-westerse migranten en andere Nederlanders hebben met name een statistische betekenis. Daarom spreken we in dit hoofdstuk veeleer over aandachtspunten en aspecten waarmee hulpverleners rekening kunnen houden in het contact met de patiënt en de naastbetrokkenen, dan over verschillen. Daarbij gaat het met name om de volgende thema's.

- Niet-westerse migranten geven vanuit hun religie of cultuur vaker een niet-medische verklaring voor de verschijnselen die westerse hulpverleners veelal als een psychose betitelen; (Hoffer, 2005; Borra et al., 2002)
- Veel niet-westerse migranten zijn belijdend religieus (hetzij christen, moslim, of hindoe). Kenmerkend voor deze patiënten met een sterk religieuze betrokkenheid is dat:
 - Ze vaker geneigd zijn ziekte als bij het leven horend en door God gegeven te beschouwen. Ze hebben tegelijk de opdracht om naar maximale genezing te zoeken;
 - Islamitische patiënten een 'islamitische' genezer consulteren voor hun klachten. Deze genezer zal hiervoor veelal een bovennatuurlijke oorzaak zoeken. (Groenendijk et al., 2014)
- Bij niet-westerse migranten heeft de familie over het algemeen een grotere rol in de besluitvorming en de zorg. Dit hangt samen met de overwegend collectivistische culturen waaruit de meeste migranten afkomstig zijn: het belang van het individu is ondergeschikt aan dat van de groep. (Hofstede, 1998)
- Niet-westerse migranten hebben gemiddeld genomen een lager opleidingsniveau dan autochtone Nederlanders; analfabetisme (wat tegenwoordig laaggeletterdheid heet) kan een probleem zijn. (CBS, 2013)
- Bij niet-westerse migranten is er soms sprake van matige beheersing van de Nederlandse taal / of van een taalbarrière. (Dagevos, 2001).
- Gezinnen van niet-westerse afkomst zijn vaak relatief groot. (Dagevos et al., 2007)
- Inkomens zijn relatief laag. (CBS, 2014)
- Niet-westerse migranten kunnen in de westerse samenleving met vooroordelen te maken krijgen. (Gijsberts & Dagevos, 2004)
- Naastbetrokkenen van mensen met psychische klachten kunnen zich schamen voor de stoornis van de patiënt. (Broek & Keuzenkamp 2010; Hoogsteder & Veling, 2013)
- Naastbetrokkenen vragen zich vaker dan in westerse families af in hoeverre de hulpverleners samenwerken met autoriteiten. Er is meer wantrouwen jegens autoriteiten. (Hoogsteder & Veling, 2013; CBS, 2010)

Achtergrond

In de praktijk vinden hulpverleners patiënten met een niet-westerse achtergrond vaak 'moeilijk' om mee om te gaan. Meestal doelen ze met deze kwalificatie ook op de naastbetrokkenen. Laatstgenoemden maken weinig gebruik van aangeboden familie-interventies. (Erp et al., 2009) Als oorzaak wordt de moeilijke bereikbaarheid van allochtonen genoemd ten gevolge van bovengenoemde aspecten. Er zijn dus extra inspanningen of specifieke interventies nodig om de groep naastbetrokkenen bij de behandeling te betrekken.

Van belang is dat hulpverleners zich ook bewust zijn van de constructie van 'de allochtoon' in de gezondheidszorg. Een patiënt met een migratieachtergrond wordt pas als een allochtoon gezien en benoemd, als hij/zij niet past in de routines van de medisch professional. (Duursen et al., 2004)

Hulpverleners verliezen tegenover hun patiënten met een niet-westerse migratieachtergrond soms hun onbevangenheid. Ze nemen dan een verkrampd passief-tolerante houding aan. Ze durven de patiënt dan bijvoorbeeld niet aan te spreken op bepaald gedrag of te vragen naar opvattingen waarover ze wel vragen hebben (De Jong, 2010). Ze vergeten soms hun eigen professionele waarden en opvattingen en menen dat ze enkel tolerantie en respect moeten tonen voor 'de cultuur' van de patiënt. De onzekerheid die hulpverleners ervaren in de confrontatie met een niet-westerse patiënt heeft volgens Withuis (1998) geleid tot exotisering, alsof cultuur iets is dat pas buiten onze Nederlandse grenzen begint. De beschreven omzichtigheid kan er volgens De Jong (2010) toe leiden dat een behandelaar een patiënt jaren in behandeling heeft zonder dat de (culturele) herkomst en de gevolgen daarvan onderwerp van gesprek is geweest. Cultuur is een menselijk product, zegt Van Dijk (2010) heel treffend, maar mensen zijn tegelijkertijd ook een product van hun cultuur. Van Dijk (2010) vervolgt: "Omdat mensen cultuur internaliseren, is het een subjectieve werkelijkheid die voortdurend aan verandering onderhevig is; cultuur wordt daarom meer 'geleefd' dan 'gedacht'." Dit is een dynamische visie op cultuur. Mensen handelen niet passief op basis van de groeps cultuur, die ze in een bepaalde levensfase hebben geleerd. Ze zijn actieve makers daarvan, en hun gedrag hangt in belangrijke mate ook af van onder andere de context van de interactie, de eigen bedoelingen, wensen, verwachtingen en opgedane ervaringen.

Kortman (2011) beschrijft het statisch cultuurbegrip als het cultuurbegrip dat verwijst naar een min of meer vast patroon van normen, waarden en gedrag binnen een groep. Daar tegenover staat het dynamisch cultuurbegrip dat meer een persoonlijk construct is, dat samengesteld is uit elementen van de normen, waarden, betekenissen en opvattingen van de verschillende groepen waartoe een individu behoort. In de gezondheidszorg wordt vanuit beide perspectieven gewerkt.

De dynamische visie op cultuur maakt het werken met 'de ander' tot een continue professionele uitdaging. Overigens wordt in lijn van het statische cultuurbegrip ook genegeerd dat autochtone Nederlanders aanzienlijk kunnen verschillen in culturele opvattingen en gewoonten (Meekeren, 1992; Kreukels, 2009). Uit ander onderzoek komt naar voren dat niet zozeer culturele verschillen tot communicatie problemen leiden als wel dat gebrekkige communicatie ertoe leidt dat culturele verschillen in de weg gaan staan (Baraldi & Gavioli, 2012).

Hoffer (2000) schrijft dat het begrip cultuur in de opvattingen over en de beleving van gezondheid en ziekte een centrale rol speelt. De visie van de mens op ziekte en genezing is altijd sterk verweven met de opvoeding en dus met het eigen culturele referentiekader, zo stelt Hoffer (2000) in zijn proefschrift. Ook Hoffer benoemt twee benaderingen van het begrip cultuur: als statisch, dus vanuit een ascriptieve interpretatie, of als dynamisch, vanuit een situationele interpretatie, dat wil zeggen gebonden aan de maatschappelijke context waarin cultuur ontstaat en vorm krijgt.

Deze laatste benadering is essentieel bij de behandeling van patiënten, ongeacht of die een westerse of een niet-westerse achtergrond hebben. Ze wordt daadwerkelijk toegepast in de casuïstiekbeschrijvingen in het boek *Cultuur, classificatie en diagnose* waarbij cultuursensitief gewerkt wordt met de DSM-IV (APA, 1994), met gebruikmaking van het Cultural Formulation of Diagnosis-format (CFD). Borra et al. (2002) hebben CFD geïntroduceerd in Nederland. Het Cultureel Interview (CI) dat op de CFD gebaseerd is, komt in paragraaf 3.3 aan de orde.

3.2 Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de antwoorden op de uitgangsvragen in dit hoofdstuk zijn drie verschillende bronnen geraadpleegd.

1. De werkgroepleden en leden van de adviesgroep hebben zelf literatuur aangedragen.
2. Mikado, landelijk kenniscentrum interculturele zorg, heeft een reeks interculturele initiatieven beschreven als 'good practises'. Deze bieden relevante praktijkkennis.
3. Voor het addendum zijn experts geraadpleegd met de concept mapping-onderzoeksmethode. De zo gevonden thema's vormen het raamwerk van dit hoofdstuk.

Bij 1. en 2. gaat het voornamelijk om publicaties die gebaseerd zijn op praktijkonderzoek en praktijkervaringen. Zo nam het Expertisecentrum Transculturele Psychiatrie van AMC de Meren Amsterdam in 2008 het initiatief de kwaliteit van de interculturele hulpverlening te verbeteren. Met de methodiek *Zelfkennis en kennis van de ander. Wie is je vader? Wie is je moeder?* willen zij de interculturele kennis van ervaren hulpverleners (ongeacht hun culturele achtergrond) expliciet maken en overdragen aan alle hulpverleners die zich willen inzetten voor de interculturele hulpverlening. De tien werkgroepleden werden trainers en trainden hulpverleners die op hun beurt andere hulpverleners trainden om de eigen (interculturele) competenties te leren ontdekken. Deze aanpak werkte onderling verbindend en leidde tot gelijkwaardigheid tussen de hulpverleners. Ze was ook verrijkend, omdat ze hulpverleners de ruimte bood naar zichzelf en de ander te kijken. Hierdoor waren ze in staat betere werkrelaties met de patiënt aan te gaan en konden ze zonder schaamte eigen valkuilen onderzoeken. Het adagium was: iedereen - dus niet alleen de hulpverlener, maar ook de patiënt, het familielid en het steunsysteem - is expert als het gaat om de verklaring van het ziektebeeld of de stoornis. (Sarucco, 1999)

Ad 3. Concept mapping is een kwalitatieve onderzoeksmethode. De data die op deze wijze verzameld wordt, krijgt bewijskracht doordat de experts zorgvuldig uitgekozen zijn zodat ze samen een representatief beeld kunnen schetsen. De experts hebben expliciete kennis over het onderwerp en ze vertegenwoordigen de relevante beroepsgroepen en relevante andere 'stakeholders'. De verkregen uitkomsten hebben daarnaast meer gewicht doordat ze door alle deelnemers geprioriteerd worden.

Uiteindelijk staan alle betrokkenen achter de resultaten, zowel de deelnemers van de concept mapping (de elf oorspronkelijke deelnemers en de nationale uitbreiding die daar op volgde) als de werk- en adviesgroepleden. Op deze wijze krijgen de resultaten 'gewicht' en zeggenschap.

In Bijlage 1 staat beschreven hoe een onderzoek met behulp van een de concept mapping bijeenkomst verloopt en wordt verslag gedaan van de bijeenkomst, de daaropvolgende raadpleging van andere experts en de analyse.

Tijdens de concept mapping-bijeenkomst zijn elf experts geconsulteerd, met name hulpverleners die ervaring hebben met de behandeling en begeleiding van mensen met een migratieachtergrond. De experts, overwegend sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, klinisch- en gz-psychologen, en psychiaters, hebben zich gebogen over de vraag wat een cultuursensitieve hulpverlener precies doet. De antwoorden op deze vraag kunnen op patiënten met verschillende culturele achtergronden van toepassing zijn (ook de westerse). Er is immers niet gevraagd wat een cultuursensitieve hulpverlener anders doet.

De statements die de uitkomst vormden van deze brainstorm zijn naar 35 andere experts gestuurd. Deze experts werden geworven via een online search en via het bestaande netwerk van de deelnemers van de concept mappingbijeenkomst. Twaalf van deze 35 mensen hebben de statements geprioriteerd en geclusterd. Uit de analyse is gebleken dat zij dat op een overeenkomstige manier deden. In beide groepen bestond zowel overeenstemming over de belangrijkste statements als over de inhoudelijke clustering.

De hulpverleners stelden tijdens de concept mappingbijeenkomst voor de statements ook voor te leggen aan enkele patiënten die zij zelf zouden werven. Deze patiënten zouden de lijst met statements kunnen prioriteren, zodat geanalyseerd kon worden wat patiënten (heel) belangrijk vinden. Daarop is de lijst deels aangepast en is er een link naar de lijst met statements naar de betreffende hulpverleners gestuurd. Het is echter geen enkele hulpverlener gelukt om hier patiënten voor te vinden: Geen enkele patiënt heeft de statements geprioriteerd. Onduidelijk is hoeveel patiënten hier daadwerkelijk voor benaderd zijn en waarom het niet gelukt is.

De werkgroep heeft dit hoofdstuk geschreven op basis van de drie genoemde bronnen aangevuld met hun eigen ervaringen met hulpverlening aan patiënten met een migratieachtergrond en hun naasten. De richtlijnwerkgroep heeft op basis van de teksten conceptaanbevelingen opgesteld en de werkgroep heeft deze vervolgens vastgesteld.

3.3 Resultaten

De beschreven werkwijze heeft drie centrale thema's opgeleverd: competentie van de hulpverlener, opbouw en instandhouding van een therapeutische relatie, en gespreksthema's en aandachtspunten. In de volgende paragraaf worden de resultaten van het literatuuronderzoek en de concept mappingbijeenkomst langs de lijnen van deze centrale thema's beschreven. De concrete adviezen zijn te vinden in paragraaf 3.4.

3.3.1 Competentie van de hulpverlener

Culturele competenties

Interculturele of cultuursensitieve competenties worden in de literatuur op allerlei manieren beschreven. De internationaal meest gebruikte indeling is die van Betancourt (2003), voor Nederland uitgewerkt door Seeleman et al. (2009). Zij onderscheidt in haar proefschrift (2014) de volgende culturele competenties (in navolging van Betancourt):

Kennis:

- kennis van epidemiologie van ziekten en verschillende effecten van behandeling in verschillende etnische groepen;

Attitude

- bewustzijn van de manier waarop cultuur invloed kan hebben op individueel gedrag en ideeënvorming;
- bewustzijn van de sociale context waarin specifieke etnische groepen leven;
- bewustzijn van je eigen vooroordelen en neiging tot stereotypering;

Vaardigheden

- vaardigheid in het overbrengen van informatie op een voor de patiënt begrijpelijke manier en om externe hulp te gebruiken indien nodig (bijvoorbeeld gekwalificeerde tolken);
- de vaardigheid om flexibel en creatief om te gaan met nieuwe situaties.

In het navolgende zal met name aandacht besteed worden aan de vaardigheden en attitude van een cultuursensitieve hulpverlener en de hulpmiddelen die ter beschikking staan. Aspecten die te maken hebben met de kennis komen in de hoofdstukken 4, 5 en 6 aan de orde.

Cultureel interview

Het *Cultural Formulation of Diagnosis-format* (APA, 1994) is een belangrijk en bruikbaar model wanneer één van de partijen de therapeutische relatie als intercultureel typeert. Deze 'culturele formulering' is een toevoeging op de diagnostiek volgens DSM-IV. Rohloff, Loevy, en Helmich hebben op basis van het CFD het cultureel interview (CI) ontwikkeld (CI Borra et al., 2002). De oorspronkelijke versie bestaat uit ongeveer vijftig vragen (zie Bijlage 19).

Het CI is ontworpen om culturele informatie te verkrijgen van een patiënt. Het interview duurt tussen één en anderhalf uur.

Inmiddels is het CI doorontwikkeld voor verschillende doelgroepen en is er ook een kortere versie beschikbaar (Groen, 2006). Één versie van het culturele interview is ontwikkeld voor mensen met een psychotische stoornis. Ze bevat expliciete vragen over een verklaring van de klachten vanuit een cultureel of religieus model (zie Bijlage 6). Deze versie richt zich vooral op mensen die al in behandeling zijn. Vragen als 'Waarom zoekt u hulp?' staan er niet in. In de DSM-5 is in navolging op de CFD uit de DSM IV het Cultural Formulation Interview (CFI) opgenomen. Het CFI omvat zestien vragen en is vertaald door de Rohlof, Van Dijk en Groen (2014). De CI en de nieuwe CFI vinden dus hun oorsprong in de DSM IV. De indruk bestaat dat meer en meer hulpverleners het belang van 'culturele formulering' inzien. Ook in behandelrelaties waarbij patiënt en hulpverlener niet van elkaar verschillen qua land van herkomst.

De belangrijkste gespreksthema's in het CI zijn:

1. Identiteit: taal, etnische en sociale identificatie, betrokkenheid land van herkomst, uitsluiting en discriminatie, kernwaarden.
2. Verklaringen voor klachten: naam ziekte, klachten, hulpzoekgedrag.
3. Psychosociale omgeving: sociale steun, sociale stressoren, acculturatiestrategie.
4. Hulpverleningsrelatie: verwachtingen, interpretatie van symptomen, communicatie en taalvaardigheid, verschillen in etniciteit, status, gender en leeftijd.
5. Observatie en reflectie: invloed aanwezigheid verwanten of tolk, contactgroei, stemming en (nonverbale) reacties, impact verhaal patiënt en reactie hulpverlener.

Het gebruiken van de thema's uit het culturele interview heeft enerzijds te maken met de attitude van de hulpverlener: Hoe nieuwsgierig is de hulpverlener? In hoeverre lukt het de hulpverlener om aan te sluiten bij de belevingswereld van de patiënt? Anderzijds gaat het om gespreksvaardigheden: Lukt het om de thema's op een respectvolle wijze ter sprake te brengen?

De cultuursensitieve hulpverlener kan de vragen van het CI gebruiken om tijdens een intake informatie te krijgen over de manier waarop cultuur doorwerkt in essentiële aspecten van het klinische beeld dat iemand presenteert, en op de gegeven hulpverlening. De thema's kunnen overigens (wanneer relevant) altijd naar voren gebracht worden: het hoeft zich niet te beperken tot de intake.

Taalgebruik

Hulpverleners vinden het vaak lastig hun taalgebruik af te stemmen op het taalniveau van de patiënt en de familieleden. De vaardigheid om eenvoudig Nederlands te spreken, is wél van groot belang. De hulpverlener moet er verder rekening mee houden dat de patiënt en zijn familie vaak weinig onderwijs hebben gehad. (Tastan, 2014) Waak er voor om taalvaardigheid niet te verwarren met cognitieve vaardigheid.

Non-verbale communicatie is in bepaalde culturen een krachtige expressiewijze, maar kan ook aanleiding geven tot misverstanden. Het is daarom aan te bevelen uitdrukkelijk bij de patiënt na te gaan of u beiden dezelfde non-verbale taal 'spreekt'. Vaak beschouwen hulpverleners het gedrag van een patiënt die geen of weinig oogcontact maakt als diagnostisch significant en de patiënt zelf – niet zelden ten onrechte - als schuw, subassertief, stiekem of depressief. (Sue & Sue, 2003)

Het inschakelen van een tolk

Soms is het nodig een (professionele) tolk in te schakelen, maar veel hulpverleners missen de vaardigheid om met een tolk te werken. (Bot, 2007) Wenselijk is om een onafhankelijke tolk in te schakelen. Ervaring leert dat het betrekken van een naastbetrokkene als tolk niet goed werkt. Los van de emoties en belangen die dan kunnen spelen is tolken een vak op zich. Als het niet anders kan dat een naastbetrokkene tolkt, houd dan de regie. Zorg dat een vraag van u eerst vertaald wordt en let erop dat de tolk niet alleen namens zichzelf spreekt. Steek uw hand op als er te lang in de vreemde taal wordt gesproken.

Achtergrondinformatie over het inschakelen van een tolk en concrete tips vindt u in de "Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg" (www.pharos.nl) of <http://knmg.artsennet.nl>).

Beschermjassen

Een algemeen advies is om als hulpverlener bij de patiënt het zoeken naar zogenaamde 'beschermjassen' (Jessurun, 2010; Van Dijk, 2010) te stimuleren. Het gaat hier vooral om het identificeren, activeren en benutten van ervaringen en situaties waaraan iemand steun kan ontleen of waardoor zijn welbevinden verbetert; de 'beschermjassen'. 'Beschermjassen' zijn de tradities, de geuren, de vergeten gewoonte, het is de familie, het landschap van vroeger en toen.

Deze beschermjassen bieden de patiënt een (in)bedding in de eigen cultuur en geschiedenis. U kunt de vorming ervan stimuleren door met de patiënt in gedachten terug te keren naar plezierige en vertrouwde momenten in het land van herkomst. Vraag bijvoorbeeld naar verhalen, geuren, smaken, geluiden, foto's en beelden. Beschermjassen helpen de patiënt uiteindelijk een veilige plek te verwerven in de nieuwe culturele omgeving en een structuur en houvast te ontwikkelen.

De hulpverlener kan het zelfbewustzijn van de patiënt versterken door informatie te geven die hem stimuleert een eigen mening te vormen en assertiever te zijn.

3.3.2 Opbouw en instandhouding van een therapeutische relatie

Ter bevordering van een positieve werkrelatie 'patiënt – therapeut' is het van belang nieuwsgierig te zijn, een open houding te hebben (Kramer, 2007; Sarucco 1999; De Jong, 2010) en respect te tonen voor de alternatieve kijk van de patiënt en diens systeem op ziekte en gezondheid. De experts benadrukken dat de patiënt door erkenning van diens zienswijze zeggenschap krijgt over de definitie en interpretatie van het eigen lijden.

Kortom het is wenselijk om expliciet aandacht te besteden aan de ervaringskennis van de patiënt en naasten.

Sarucco (1999, 2002) beschrijft een casus waarin de hulpverlener en een patiënt met schizofrenie en winti tot samenwerking kwamen doordat ze waren overeengekomen dat de patiënt de expert was in de niet-westerse verklaring en behandeling, en de hulpverlener in de westerse aanpak en verklaring van de ziekte.

Het zijn niet de cultuurverschillen die de communicatie blokkeren (Van Dijk, 2010), maar de wijze waarop deze geduid worden: als onoverkomelijke barrière of als professionele uitdaging.

De match

Welbeschouwd zou elke hulpverlener over interculturele competenties moeten beschikken. In essentie gaat het daarbij immers om het bewustzijn van eigen normen, waarden en vooroordelen. Gezocht kan worden naar 'de match'; een taalmatch, een match qua herkomst of etniciteit, een match qua leeftijd en dergelijke. Van belang is in ieder geval om de 'match' in gesprek met de patiënt aan de orde te brengen: Is er een klik in deze behandelrelatie?. Ook wanneer patiënt en hulpverlener een zelfde herkomst hebben, moet de hulpverlener, met gebruikmaking van non-specifieke therapiefactoren en strategische en tactische onderhandelingen, vanzelfsprekend trachten een werkrelatie op te bouwen en een veranderingsproces op gang te brengen.

Interculturele behandelingen vragen veel tijd en energie en doen een sterk beroep op de flexibiliteit, de creativiteit en het inlevingsvermogen van de hulpverlener. In dat opzicht mogen er geen belemmeringen zijn. Respect, belangstelling en gerichte vragen bieden vaak een voldoende ingang om een culturele kloof zo niet te overbruggen, dan toch op relevante punten aanzienlijk te verkleinen (Colijn, 1996; Kortmann, 1996, 1997; Sarucco, 1999). De vraag of een etnische match altijd noodzakelijk is. Volgens Van Dijk (2010) waardeert een redelijk omvangrijke groep patiënten de mogelijkheid van etnische matching. Sarucco (1999) benadrukt dat een etnische match in sommige gevallen een contra-indicatie kan zijn, omdat niet iedereen zich op dezelfde manier verhoudt tot de eigen 'cultuur'. Los hiervan is het wenselijk dat in een behandelteam dezelfde diversiteit zichtbaar is als in de rest van de maatschappij. Dit betekent verscheidenheid in onder andere leeftijd, sekse en herkomst. Op deze manier zijn er mogelijkheden om een geschikte match te vinden. Wellicht is het ook mogelijk om bijvoorbeeld aan het begin van een behandeltraject etnische matching mogelijk te maken en dit later wanneer wenselijk te wijzigen.

Kennis

Kennis van nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de transculturele psychiatrie is wel steeds noodzakelijk. De therapeut bekleedt in dit verband bij voorkeur de volgende rollen:

- als facilitator bij de opbouw van een goede werkrelatie;
- als intermediair om te bemiddelen wanneer in een gezin verschillende verklaringen bestaan over de invloed van religie, cultuur op de ziekte van de patiënt;
- als gisiseur met oog voor strategische aspecten van de therapie.

In de Nederlandse cultuur staat individualiteit hoog in het vaandel. In andere culturen is dat vaak minder het geval. De experts vinden het van belang om stil te staan bij de wijze waarop de familie bij de behandeling betrokken kan worden. Ook is er aandacht nodig voor de onderlinge relaties.

3.3.3 Gespreksthema's en aandachtspunten

Klachtpresentatie

De westerse geneeskunde interpreteert symptomen, klachten en gedragsafwijkingen nog steeds in de eerste plaats als uitingen van somatisch óf psychisch onwelzijn, terwijl andere culturen lichaam en geest niet zo scherp scheiden. (Richters, 1996, 2002; Sarucco, 2006) Deze kunstmatige scheiding in West-Europa tussen lichaam en geest is terug te zien in de gezondheidszorg. Deze dichotomie is buiten West-Europa veel minder te vinden. (Sarucco 2006)

Inzicht in deze verschillende culturele perspectieven is van groot belang om misverstanden over somatiseren te voorkomen. (Borra et al., 2002; Richters 1996, 2002; Sarucco 2002, 2006) Somatiseren heeft volgens Sarucco (2006) in de Nederlandse samenleving een negatieve connotatie. Hulpverleners die psychosociale of psychische problemen vermoeden bij een patiënt die lichamelijke klachten presenteert, interpreteren dit vaak als een gebrek aan inzicht van de patiënt in de eigen klachten. Het begrip somatiseren krijgt soms zelfs de betekenis van simuleren.

Enkele verklaringen voor of betekenissen van de lichamelijke uitingsvorm van onwelbevinden zijn: somatiseren als cultuurspecifiek 'idiom of distress', somatiseren als legitimering van ziekzijn of als gevolg van het 'lichamelijk ingesteld' zijn, en somatiseren in een context waarin 'gekte' tot stigmatisering en uitsluiting leidt. (Richters 2002)

Het is een professionele uitdaging nieuwsgierig te zijn en te blijven naar de betekenis van deze (somatiserende) uitdrukkingvormen. Het zorgt primair voor het juist interpreteren van klachtpresentatie en secundair voor het verbeteren van de werkrelatie omdat hulpverlener en patiënt elkaar begrijpen. Zoals beschreven kan religie een grote rol spelen in het leven van de patiënt. De therapeut kan dit gebruiken om de veerkracht van de patiënt te versterken.

'Cultuurverschillen'

Ook binnen en tussen migrantengroepen bestaan grote etnisch-culturele verschillen (Sarucco 2006). Dat maakt het van belang om behalve aan de overeenkomsten ook aandacht te besteden aan de verschillende cultuurspecifieke uitingsvormen van psychisch onwelzijn en aan factoren die specifiek zijn voor het gastland. Want niet alleen in de maatschappij als geheel, maar ook binnen één gezin, of tussen mensen met dezelfde culturele achtergrond, kunnen vooroordelen, racisme en seksisme een rol spelen.

De patiënt kan zich vanwege 'anderszijn' of verschillen in huidskleur binnen één gezin, gediscrimineerd voelen door enkele of alle andere gezinsleden. Enkele betekenisvolle voorbeelden zijn te lezen in Borra et al. (2002), Sarucco (1999, 2002, 2006) en de interviews in *Wie is je vader? Wie is je Moeder?* (Kreukels, 2009).

De beschreven situaties vroegen van de behandelaar voortdurende inspanning en zelfreflectie.

Oprecht respect en waarachtige interesse in de manier van denken en doen van mensen met een andere culturele achtergrond zijn van het grootste belang. Ook als de standpunten van de patiënt of de familie (bijvoorbeeld over de man-vrouwrolverdeling) in diens ogen volstrekt onacceptabel zijn, moet de hulpverlener beseffen dat het in de spreekkamer niet om zijn eigen visie gaat. Kortman (2011) geeft de volgende adviezen voor het aangaan van een 'invoelende behandelrelatie':

1. Vergroot de eigen algemene kennis van andere culturen. Verfijn deze kennis door met de patiënt te praten over diens opvattingen en denkbeelden om stereotyperingen te vermijden.
2. Wanneer u spanningen of dreigende conflicten in de werkrelatie opmerkt vanwege culturele verschillen, maak deze bespreekbaar. Beide partijen dienen de gelegenheid te krijgen hun ideeën toe te lichten.
3. Probeer na uitwisseling van ideeën om met de patiënt tot een compromis te komen dat voor beide partijen acceptabel is. Probeer zo veel mogelijk te 'geven' om de patiënt op zijn gemak te stellen.
4. Voelt u zich vanwege uw professie gedwongen meer te 'nemen' dan te 'geven', leg dan aan de patiënt de reden daarvan omstandig uit.

Aandacht voor naastbetrokkenen

Patiënten met een niet-westerse achtergrond zijn veelal onderdeel van een collectief familiesysteem dat voortdurend in verandering is (Sue & Sue, 2003). Dit in tegenstelling tot patiënten in de westerse samenleving waarin het individualistische perspectief meer gangbaar is. De hulpverlener dient zich bewust te zijn van de wijze waarop de patiënt naar de sociale rollen en de functie van het gezin (c.q. de familie) kijkt. Hij kan vragen wie de gezagsdragers in het (groot)familiesysteem zijn. Als de patiënt dat wil, kan hij naastbetrokkene bij de behandeling betrekken. Met diens toestemming, verkregen uit informed consent, kan hij de familieleden vragen welke hulp de patiënt in het land van herkomst zou hebben gekregen. De verkregen adviezen of reacties kan hij met de patiënt bespreken, en in overleg eventueel opnemen in de behandeling of therapie. Ook is het goed om aandacht te hebben voor de invloed die gebeurtenissen in de familie kunnen hebben voor de machtsverhoudingen binnen de (groot)familie. Denk hierbij aan criminaliteit, eerwraak, overlijden et cetera. Dit verandert de onderlinge verhoudingen van de machthouders. De traditionele rolverdelingen zijn vaak sterker voelbaar binnen de familierelaties en kunnen een frictie geven tussen de doelstellingen van de cliënt en de hulpverlening. Juist omdat de cliënt niet kan voldoen aan de eisen die de westerse behandeling aan hem stelt.

Bij de patiënt die geen naastbetrokkenen bij de therapie wil betrekken is het nodig na te gaan waarom hij dit niet wil. Het is ook aan te bevelen de patiënt te laten inzien wat het nut ervan is naastbetrokkenen wél bij de behandeling te betrekken.

Psycho-educatie is hierbij belangrijk, want ook naastbetrokkenen lijden onder de ziekte van de patiënt. De naastbetrokkenen kunnen een grote bijdrage leveren aan het herstel, door functionele copingstijlen binnen het gezin en de familie te gebruiken. Zulke copingstijlen zijn: een flexibele omgang met rollen binnen het systeem en subsysteem, een open gespreksvoering, empathie en onderlinge respect. (Kissane & Bloch, 1996) De therapeut neemt in dat geval de rol van coach op zich. (Sarucco, 2002)

Laban et al. (2010) beschrijft de onderlinge verbondenheid in de familie(s) als een vorm van veerkracht. Veerkracht is dan niet een individuele eigenschap, maar ontstaat in interactie met andere gezinsleden en de bredere omgeving. Laban et al. (2010) inventariseert veerkracht met behulp van het Steun-Stress-Kracht-Kwetsbaarheid (SSKK)-model. (De Jonghe, 1997) In dit model worden op de ene as individu en omgeving van elkaar onderscheiden, op de andere as stimulerende en remmende invloeden. Op deze wijze ontstaan vier typen invloeden op het persoonlijk functioneren. Samen bieden ze een goed overzicht van mogelijke aangrijpingspunten voor interventies.

Tabel 3.1: SSKK-model

	Stimulerend	Remmend
<i>Omgeving</i>	STEUN	STRESS
<i>Individu</i>	KRACHT	KWETSBAARHEID

Het SSKK-model gaat ervan uit dat iemand klachten krijgt of houdt wanneer diens stressniveau de drempel van de (biologische of psychologische) kwetsbaarheid overschrijdt. Aan de factoren stress en kwetsbaarheid zijn in het model twee andere factoren (Jonghe et al., 1997) toegevoegd: steun (social support) en kracht (het vermogen om moeilijkheden in het leven op te lossen, te dragen of te verwerken). Kracht en kwetsbaarheid verwijzen naar individuele factoren, stress en steun naar omgevingsfactoren. Deze manier van inventariseren bevordert het inzicht in de dynamiek van het gezin (c.q. de familie), en helpt de veerkracht ervan te observeren en zo nodig te versterken, en de stress te reduceren.

Migrantenfamilies hebben vaak een ander *verklaringsmodel* voor de symptomen van psychoses (bezetenheid, het boze oog). Aanbevolen is dat verklaringsmodel als een mogelijke oorzaak te accepteren en respecteren, net als de mogelijkheid dat de patiënt en de familie niet-medische behandelingsvormen zoeken. Maar als hulpverlener is het ook nodig erop te wijzen dat bezetenheid en psychose veel op elkaar lijken, en dat het daarom belangrijk is óók een medische behandeling te blijven volgen.

In dit kader is de visie van Tielens (2012) interessant. Hij betoogt dat veel mensen met een psychose geen ziekte inzicht hebben en dat het dan beter is om 'om het ziekte-inzicht heen te gaan'. Eerst moet een werkrelatie tot stand komen. Om dit te bereiken is het van belang om samen met de patiënt te onderzoeken waar hij last van heeft.

In lijn hiermee kan ook overwogen worden om 'om de verklaringsmodellen heen te gaan'. Het huwelijk is binnen het islamitische geloof en de islamitische cultuur van grote waarde. Ook bij ernstige psychiatrische problematiek zullen de patiënt en diens familie vaak willen dat de patiënt trouwt. Dit kan een onderwerp zijn van gesprek. Ook belangrijk is om te realiseren dat families met een niet-westerse achtergrond, vaker dan westerse families, zelf willen (blijven) zorgen voor een familielid. Plaatsing in een beschermde woonvorm is dan minder vanzelfsprekend. Wees uiterst geduldig als u dat wilt bespreken. *Hoop* is een belangrijk element in de islam. Sluit volledige genezing daarom nooit uit.

3.4 Concrete adviezen van de experts

Tijdens de concept mapping bijeenkomst hebben de experts concrete en praktische adviezen gegeven voor de handelwijze van cultuursensitieve hulpverleners. Deze uitspraken zijn gegroepeerd onder de drie centrale thema's: competentie van de hulpverlener, opbouw en instandhouding van een therapeutische relatie, en gespreksthema's en aandachtspunten. Daarnaast zijn ook enkele praktische handvatten die gebaseerd zijn op workshops van Mikado (Kreukels, 2009) zijn voor zover ze niet overlappen hierbij ingevoegd.

Algemene competenties van de hulpverlener

Bij gespreksvaardigheden en gesprekstechnieken gaat het onder andere om het creëren van een veilige en ontspannen sfeer.

Zorg dat iemand gastvrij ontvangen wordt, zich welkom voelt en zoveel mogelijk op zijn gemak gesteld wordt. Vraag bijvoorbeeld bij binnenkomst hoe de reis verlopen is.

Het gaat daarnaast om oprechte belangstelling, betrokkenheid, geduldig zijn en goed luisteren.

Toon interesse voor de mens achter de diagnose. Probeer zo onbevagen en open mogelijk vragen te stellen en nieuwsgierig te zijn. Toon uw betrokkenheid door af en toe het gesprek samen te vatten en te benoemen wat u ziet. Vraag tijdens de intake of de eerste kennismaking niet meteen naar de klachten.

Een hulpverlener kan een rol hebben in het versterken van de het zelfbewustzijn van de patiënt en het verstevigen van zijn positie in de samenleving.

Besteed extra aandacht aan psycho-educatie, geef bijvoorbeeld uitgebreide uitleg over de behandelwijze (therapie en medicatie). Geef uitleg over de rechten van een patiënt in Nederland en nodig de patiënt uit waar nodig tegengas of kritiek te geven.

Het is belangrijk dat de hulpverlener zich bewust is van de impact van sommige uitspraken.

Wees u ervan bewust dat het noemen van een diagnose als kwetsend of stigmatiserend kan worden ervaren. Overweeg of het noemen van een diagnose in een bepaalde situatie wenselijk is.

Het spreekt voor zich dat het bovenstaande niet altijd in alle situaties passend is. Zo zal er wanneer een patiënt met een acute psychose bij een huisarts komt, wel gevraagd moeten worden naar de klachten.

Opbouw en instandhouding van een therapeutische relatie

De kwaliteit van de relatie tussen de hulpverlener en de patiënt is één van de belangrijkste aspecten die het succes van een behandeling bepalen. Bij het opbouwen en instandhouden van een positieve relatie heeft de hulpverlener specifieke competenties nodig en hieronder zijn enkele adviezen geformuleerd.

Probeer u in te leven in de situatie van de patiënt. Wees u hierbij bewust van uw eigen cultuur. Onderzoek of zaken die u bevreemden cultuur gebonden kunnen zijn. Probeer in dit kader niet snel te oordelen. Onderken de verschillen in non-verbale communicatie en laat u hierover informeren.

Hanteer een brede taakopvatting en richt u niet alleen op de psychische aspecten. Vraag de patiënt naar diens verwachtingen en dromen. Vraag wat ziekte voor hem of haar betekent.

De gelijkwaardigheid in de relatie tussen de patiënt en de hulpverlener is ook van invloed op de kwaliteit van de behandeling.

Nodig een patiënt uit zijn of haar mening te geven. Durf excuses aan te bieden bij miscommunicatie en fouten te maken, en u te laten corrigeren wanneer nodig. Durf u kwetsbaar op te stellen: u hoeft niet alles te weten. Durf iets te vertellen over uzelf wanneer hierover vragen zijn (selfdisclosure). Vraag hoe de patiënt het vindt om met u te praten. Wees u bewust van de frustraties en irritaties die u als hulpverlener kunt hebben.

Probeer samen met de patiënt een team te vormen, accepteer hierbij verschillen in communicatiestijl en tempo. Sta stil bij ieders recht op invulling van de eigen autonomie. Leer de diversiteit in de samenstelling van het gezin of het systeem te accepteren (geloof/kleurverschil/statusverschil);

Een goede behandelrelatie staat en valt bij de communicatie tussen de patiënt, zijn of haar naasten en de hulpverlener. Verschillende competenties van de hulpverlener en adviezen zijn hierbij van belang.

Sluit uw taalniveau aan op dat van de patiënt. Vermijd jargon, idioom, moeilijke woorden en afkortingen. Besluit in overleg met de patiënt wanneer het belangrijk is om een tolk uit te nodigen. Gebruik een naastbetrokkene liever niet als tolk. Als toch een naastbetrokkene tolkt, let er dan op dat u zelf de regie houdt. Zorg dat een vraag van u eerst vertaald wordt en let erop dat de tolk niet alleen namens zichzelf spreekt. Steek uw hand op als er te lang in de vreemde taal wordt gesproken. Gebruik bij aanwezigheid van een tolk altijd korte zinnen in eenvoudige taal en vermijd vaktermen zoveel mogelijk. Hierdoor kan de tolk het beste vertalen in begrijpelijke taal voor de patiënt en de familie. Definieer samen met de patiënt relevante begrippen zodat u onderling dezelfde taal spreekt. Geef informatie mee (zo mogelijk in taal van de patiënt).

Gespreksthema's en aandachtspunten

In migrantenfamilies is de betrokkenheid bij de zorg en behandeling van de patiënt veelal groot. Daarom is het van belang (extra) aandacht te besteden aan de positie van de patiënt in zijn systeem, de (sociale) context en aan het betrekken van de naastbetrokkenen. In de praktijk blijkt dat "eigen ervaring" bij veel niet-westerse immigranten extra veel gewicht in de schaal legt.

Gebruik het cultureel interview (CI) om meer inzicht te krijgen in de betekenis en de impact van de ziekte. Vraag na hoe bijvoorbeeld een behandeling gedaan wordt in het land van herkomst. Betrek de naasten bij het eerste gesprek: nodig ze uit in de behandelkamer als ze mee zijn gekomen. Benut de naasten, waar mogelijk, als steunsysteem en vraag ze om advies: zij zijn ervaringsdeskundigen. Check bij de familie of zij, gegeven de culturele context, het gedrag van de patiënt als normaal of niet normaal beschouwen. Besteed aandacht aan het verklaringsverhaal en de reactie van de familie of het systeem op bijvoorbeeld de diagnose. Wees u bewust van het taboe dat er mogelijk in de familie rust op psychische aandoeningen. Ga na welke mogelijke schaamtegevoelens de diagnose oproept. Heb aandacht voor het ziekteverklaringsmodel van de patiënt en diens familie.

De patiënt maakt doorgaans deel uit van een groot familiesysteem, van belang is om hier rekening mee te houden.

Overweeg het gebruik van een genogram. Vraag naar de achtergebleven familieleden in het land van herkomst en de verantwoordelijkheid die de familie in Nederland voor hen voelt.

De patiënt en/of zijn familie heeft een migratiegeschiedenis. Dit is doorgaans van invloed op het leven dat een patiënt leidt. Van belang is om hier rekening mee te houden en aandacht aan te besteden.

Erken en houdt er rekening mee dat migratie impact heeft en stress kan veroorzaken. Maak discriminatie bespreekbaar.

De hulpverlener dient om te kunnen gaan met de (religieuze) achtergrond, culturele uitingen en gewoonten van de patiënt en zijn of haar naasten. De volgende competenties en adviezen zijn hierbij van belang.

Pas u waar mogelijk aan aan de gewoonten en gebruiken van de patiënt en zijn familie. Houd er bijvoorbeeld rekening mee bij het handen schudden (soms niet gewenst tussen mannen en vrouwen) en het uitdoen van uw schoenen bij het betreden van een huis.

Besteed aandacht aan het land en de stad van herkomst.

Heb aandacht voor de invloed van religie, zowel positief (steun) als negatief (angst voor loyaliteitsconflicten).

Soms maken (of maakten) patiënten gebruik van traditionele of alternatieve geneeswijzen en heeft de patiënt (of zijn familie) veel vertrouwen in deze geneeswijzen. Van belang is om hier aandacht aan te besteden.

Vraag of iemand naast of voorafgaand aan de huidige behandeling ook gebruik maakt of heeft gemaakt van andere geneeswijzen. Zo ja, neem in overleg met de patiënt contact op met eventuele andere hulpverleners.

3.5 Aanbevelingen

Algemeen

1. Het is van belang te beseffen dat iedere patiënt (en iedere naastbetrokkene) in de eerste plaats een individu is met individuele gewoonten, meningen, religieuze opvattingen en vaardigheden. Sommige daarvan komen vaker of juist minder vaak voor bij niet-westerse migranten dan bij andere Nederlanders, maar op individueel niveau is dat feit van betrekkelijk weinig waarde. De aanbevelingen zijn vooral bedoeld als aandachtspunten en aspecten waarop hulpverleners bedacht kunnen zijn in het contact met de patiënt en de naastbetrokkenen, en niet om verschillen te benadrukken.

De onderstaande aanbevelingen zijn soms algemeen geformuleerd. In paragraaf 3.3 en 3.4 staat meer achtergrondinformatie.

Competentie van de cultuursensitieve hulpverlener (conform Seeleman (2014) en Betancour (2003))

2. De hulpverlener beschikt over **kennis**: kennis van epidemiologie van ziekten en verschillende effecten van behandeling in verschillende etnische groepen;
3. De hulpverlener heeft de juiste **attitude**: - fundamentele aspecten als openheid, oprechtheid, nieuwsgierigheid en gelijkheid, - bewustzijn van de manier waarop cultuur invloed kan hebben op individueel gedrag en ideeënvorming; - bewustzijn van de sociale context waarin specifieke etnische groepen leven; - bewustzijn van je eigen vooroordelen en neiging tot stereotypering;
4. De hulpverlener beschikt over de **vaardigheden**: - vaardigheid in het overbrengen van informatie op een voor de patiënt begrijpelijke manier en om externe hulp te gebruiken indien nodig (bijvoorbeeld gekwalificeerde tolken); - de vaardigheid om flexibel en creatief om te gaan met nieuwe situaties.
5. De hulpverlener is in staat en bereid om in gesprek te gaan over de belangrijkste gespreksthema's uit het CI: 1- Identiteit, 2- Verklaringen voor klachten, 3- Psychosociale omgeving, 4- Hulpverleningsrelatie en 5- Observatie en reflectie. Aangeraden wordt; het CI (dan het CFI) tijdens de intake te gebruiken (conform de aanbeveling uit de DSM-5) en wanneer relevant later in het behandeltraject terug te komen op de gespreksthema's.
6. De hulpverlener is in staat om cultuurspecifieke interventies hanteren, het maken van een genogram of het werken met beschermjassen.

Opbouwen en in stand houden van een therapeutische relatie

7. Het is evident dat er cultuurverschillen en – overeenkomsten bestaan. Beschouw het als een uitdaging om bruggen te slaan. Het gaat erom als hulpverlener oprechte belangstelling te tonen en niet bang te zijn vragen te stellen over de achtergrond en beweegredenen van de patiënt. Het doel is een gelijkwaardige relatie op te bouwen met wederzijds begrip.

8. Pas u aan aan het tempo van het patiënt. Probeer de tijd te nemen voor het opbouwen van een werkrelatie.
9. Overweeg de inzet van ervaringsdeskundigen voor psycho-educatie en begeleiding van patiënten met een niet-westerse achtergrond. Tevens raadt de werkgroep aan om bij de psycho-educatie en de begeleiding van naastbetrokkenen, de inzet van familie-ervaringsdeskundigen te overwegen.
10. Overleg met de patiënt of een tolk nodig is. Neem kennis van de kwaliteitsnorm tolkgebruik. Informeer of hij (schriftelijke) informatie in de moedertaal wenst (indien beschikbaar). Het is af te raden familie als tolk te gebruiken.
11. Betrek de naastbetrokkenen (zo nodig met een tolk) bij de behandeling. Vraag de patiënt wie de gezaghebbende figuur binnen de familie is en of deze persoon betrokken moet worden bij de behandeling.
12. Overweeg het gebruik van een genogram.

Gespreksthema's en aandachtspunten

13. Houd bij het beoordelen van de klachtenpresentatie voor ogen dat de westerse geneeskunde symptomen, klachten en gedragsafwijkingen nog steeds in de eerste plaats als uitingen van somatisch óf psychisch onwelzijn interpreteert, terwijl andere culturen lichaam en geest niet zo scherp scheiden.
14. Maak culturele verschillen bespreekbaar. Wanneer culturele verschillen een belemmering kunnen worden in de werkrelatie, probeer dan na uitwisseling van ideeën met de patiënt tot een compromis te komen dat voor beide partijen acceptabel is. Wanneer het vanuit professioneel oogpunt niet lukt om een compromis te vinden, leg het professionele perspectief dan goed uit.
15. Verdiep u in cultuur en land van herkomst van de patiënt. Voel u vrij om vragen te stellen over de cultuur van de ander.
16. Respecteer het verklaringsmodel (of ga er om heen) en informeer naar eventuele alternatieve behandelingen. Probeer de patiënt (en de naastbetrokkenen) te overtuigen van de noodzaak dat altijd ook een medische reguliere behandeling moet plaatsvinden.
17. Besteed extra aandacht aan de denk- en belevingswereld van de patiënt en zijn naastbetrokkenen, en aan interculturele communicatie. Geef ook extra aandacht aan gevoelens van schaamte en voor het taboe rond het psychisch ziek zijn.
18. Besteed zonodig aandacht aan racisme, seksisme, klassenverschil en homoseksualiteit en maak deze thema's bespreekbaar.

Literatuur

APA, American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*.

Baraldi C & Gavioli L. (2012) Assessing linguistic and cultural mediation in healthcare services. In: David Ingleby, Antonio Chiarenza, Walter Devillé, & Ioanna Kotsioni (eds) : *Cost series on Health and Diversity volume 2 Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities*. Antwerp-Apeldoorn Garant publishers 2012: p. 144 – 157.

Betancourt JR. (2003) Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Acad Med* 2003; 78 (6):560-9.

Blom, J.D., Eker, D., Basalan, H., Aouaj, Y. & Hoek H.W. (2010). Hallucinaties toegedicht aan djinns. *Klinische les. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*; 154, A973.

Borra, R., van Dijk, R. & H. Rohlf (2002). *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Bot H., Gespreksvoering met behulp van een tolk, *De Psycholoog*, juni 2007

Broek. A. van den, Keuzenkamp S. (red.) *Het dagelijks leven van allochtone stedelingen Sociaal en Cultureel Planbureau*, Den Haag, april 2008

Broek. A. van den, Kleijne E., Keuzenkamp S. (2010) *Naar Hollands gebruik? Verschillen in gebruik van hulp bij opvoeding, onderwijs en gezondheid tussen autochtonen en migranten*. Verdiepingsstudie Diversiteit in het Jeugdbeleid Sociaal en Cultureel Planbureau Den Haag

CBS Statline (2013). CBS <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71822NED&D1=0&D2=a&D3=0&D4=1,3-9&D5=0-2,4,810&D6=0&D7=l&HD=081216-1451&HDR=T,G6,G2,G5,G3&STBG1,G4>

CBS Statline (2014). CBS <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=70843ned&D1=0,6&D2=0-1,9,15,18&D3=17-18,23-28,34-35&D4=l&HD=091217-1446&HDR=G3,T,G1&STB=G2>

Colijn, S (1996). Klinische behandeling en cultuurverschillen. In: J. de Jong & M. van den Berg (red.). *Transculturele psychiatrie & psychotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

De Jong, J. (2010). Cultureel verantwoorde gezondheidszorg. In: J. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek Culturele psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Dagevos J. (2001) *De leefsituatie van allochtone ouderen in Nederland. Stand van zaken, ontwikkelingen en informatielacunes*. Voorstudie. Sociaal en Cultureel Planbureau Den Haag.

Dagevos J., Gijsberts M., Kappelhof J., Vervoort M. (2007) *Survey integratie minderheden 2006 Verantwoording van de opzet en de uitvoering van een survey onder Turken, Marokkanen, Surinamers, Antillianen en een autochtone vergelijkingsgroep*. Sociaal en Cultureel Planbureau Den Haag.

Duursen, N. van, Brummelhuis, H. ten & Reis, R. (2004) Zorgverlening bij chronische buikklachten. Is er verschil in de behandeling van 'allochtone' en 'autochtone' patiënten? *Cultuur, Migratie, Gezondheid* 1, 2: 28-39.

Erp N. van, Caroline Place, Harry Michon (2009) *Familie in de langdurige GGz deel 1: Interventies*. Trimbos-instituut Utrecht.

Gijsberts M., Dagevos J. (2004) *Concentratie en wederzijdse beeldvorming tussen autochtonen en allochtonen*. *Migrantenstudies*, (20) 3, pp 145 - 168

Groen, S. (2006). *Beknopte versie van het culturele interview*. Beilen: De Evenaar.

Groenendijk F. et al. (2014) <http://www.huisarts-migrant.nl> Website ontwikkeld door: auteurs, redactie en Pharos, LHV en NHG.

Hoffer, C. (2000). *Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland*. (Proefschrift)

Hoffer, C.B.M. (2005) 'Psychose' of 'djinn': verklaringsmodellen en interculturele communicatie in de GGZ. *Patiënt care/neuropsychiatrie & gedragsneurologie*

Hoffman, E. (2010). Interculturele gespreksvoering. In: J.de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek Cultureel psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Hofstede G. (1998) *Allemaal andersdenkenden; omgaan met cultuurverschillen*. Olympus / Contact B.V., Amsterdam, 1998

Hoogsteder, M., & Veling, W. (2013). *Een open geest met andere ogen. Interculturele diagnostiek en behandeling van mensen met psychose*. Utrecht: Mikado.

Jessurun, C.M. (1994). Genogrammen en Etniciteit. In: J. Hoogsteder (red.), *Etno centrisme en communicatie in de hulpverlening*, module IV: Interculturele Hulpverlening (pp. 171-194). Nijmegen: Stichting Landelijke Federatie Welzijnsorganisaties voor Surinamers. Download op 19-12-2014: <http://www.cttamsterdam.nl/images/stories/publicaties/Genogrammen-en-etniciteit.pdf>

Jessurun (2008). Migratie. In Savenije, A., M.J. van Lawick & E.T.M.Reijmers (red.). *Handboek Systeemtherapie*. Utrecht: de Tijdstroom.

Jessurun, N. (2010). Systeemtherapie. In: J.de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek Culturele psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Jessurun, N. (2010). *Transculturele vaardigheden voor therapeuten. Een systeemtheoretisch behandelmodel*. Bussum: Coutinho.

Jong, J.de & S. Colijn (2010). De invloed van cultuur op psychiatrie en psychotherapie. In J.de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek Culturele psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Jonghe, F. de, Dekker, J., Goris, C. (1997). *Steun, stress, kracht en kwetsbaarheid in de psychiatrie*. Assen: Van Gorcum.

Kissane, D.W. & S. Bloch (1996). *Family Grief*. In: *Gezinstherapie* 4: 419-448.

Kortmann, F. (1996). Psychotherapie met 'anderen'. In: J. de Jong & M. van den Berg (red.). *Transculturele psychiatrie en psychotherapie* (pp.165-171). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Kortmann, F. (1997). Empathie voor het vreemde. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 52, 833 - 843.

Kortman , F. (2011) Essay Een theoretisch model voor transculturele psychiatrie. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 53(2011)6, 355-364

Kramer, S. (2004). *Interculturele Competentieprofielen in de GGZ*. Rotterdam: Mikado.

Kramer, S. (2007). *Nieuwsgierig blijven. Implementatie van de interculturele competenties in de GGZ*. Rotterdam: Mikado.

Kreukels, K. (2009). *Wie is je vader? Wie is je moeder? Interculturele competenties in beeld bij AMC de Meren*. Rotterdam: Mikado (Good practice reeks).

Laban, K., Attia, A. & E. Hurulean (2010). Asielzoekers en Vluchtelingen. In: J. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek Culturele psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Meekeren, E. van (1992). Ervaringen met directieve therapie in Suriname. *Directieve therapie*, 12, 91 - 103.

Post, L.F.M. van der (2012). *IBS admission as an outcome. Factors predicting the probability of patients qualifying for compulsory emergency admission*. Proefschrift. Amsterdam: VUmc.

Richters, A. (1996). Medische en psychiatrische antropologie: een terreinverkenning. In: J. de Jong & M. van den Berg (red.), *Transculturele Psychiatrie & Psychotherapie. Handboek voor hulpverlening en beleid*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Richters, A. (2002). Het lijdende lichaam in een gestoorde wereld. Cultuurverschillen in de beleving en interpretatie van medisch onverklaarbare lichamelijke symptomen. In: E. van Meekeren, A. Limburg-Okken & R. May (red.), *Culturen binnen psychiatriemuren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving*. Amsterdam: Boom.

Rohlof, G., Van Dijk, R., Groen, S. (2014) *Cultural Formulation Interview*. Amsterdam: Boom. download op 9-2-2015: <http://www.dsm-5-nl.org/documenten/artikel/13/Cultural-Formulation-Interview>

Sarucco, M.B. (2006). Transculturele aspecten van depressie bij zwarte vrouwen. In: Vliet, I.M. van, E.A.M. Knoppert-van der Klein, P. Kolling & C.J. Sleeboom-van Raaij (red.). *Vrouw & Leven. Psychopathologie bij vrouwen in de diverse levensfasen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Sarucco, M.B. (2002). Ik ben een trotse Boslandcreool uit Suriname. Een Surinaamse man met een winti-probleem en schizofrenie. In: *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Sarucco, M.B. (2002). De Zwarte met het witte hart; Gemengde rouwrituelen van een Surinaams-creools gezin in Nederland. In: Meekeren, E. van, A. Limburg-Okken & R. May (red.), *Culturen binnen Psychiatriemuren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving*. Amsterdam: Boom.

Sarucco, M.B. (1999). De Bakru is gevlogen: het gebruik van directieve interventies in de transculturele psychiatrie. *Directieve therapie*, 19, 4, 328-337.

Seeleman M.C. (2014) *Cultural competence and diversity responsiveness: how to make a difference in healthcare?* PhD thesis <http://hdl.handle.net/11245/1.412677>

Seeleman C, Suurmond J, Stronks K. (2009) Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. *Medical Education* 43: 229–237 doi:10.1111/j.1365-2923.2008.03269.x.

Sterk, B., et al., Duration of untreated psychosis and ethnicity, *Schizophr. Res.* (2010)

Sue, D.W. & D. Sue (2003) *Counseling the Culturally Diverse. Theory and Practice.* New York : John Wiley & Sons.

Tastan A. (2014) *Ik kan niet uitleggen wat ik bedoel en hij begrijpt mij ook niet. Ervaringen van migrantenpatiënten over de communicatie met artsen.* Master thesis Universiteit van Utrecht Faculty of Social and Behavioural Sciences.

Tielens J. (2012) *In gesprek met psychose. Verbindende Gesprekstechniek, praktische handleiding om in contact te komen en te blijven met psychotische mensen.* De Tijdstroom

Trochim, W. (Ed.). (1989). Special issue: Concept mapping for evaluation and planning. *Evaluation and Program Planning*, 12(1), 1-111.

Van Dijk R., Beijers H., Groen S. (2012) *Het Culturele Interview. In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context.* Deel 2: Beschouwingen. Pharos

Van Dijk, R. (2010). Cultuur in de geestelijke gezondheidszorg. In: J. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek Culturele psychiatrie en psychotherapie.* Utrecht: De Tijdstroom. (2001)

Withuis, J. (1998). Cultuur, een minimethodologie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 11, 1020-1021.

Hoofdstuk 4 Signalen en screening

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over signalen van en instrumenten voor herkenning van psychose bij niet-westerse migrantengroepen in westerse landen. Waar aanwezig zal de evidentie specifiek worden beschreven voor de vier grootste Nederlandse migrantengroepen in Nederland.

Vroegtijdige herkenning van een (beginnende) psychotische stoornis heeft een positief effect op het beloop van de ziekte (Hegelstad et al., 2012; Perkins, Gu, Boteva & Lieberman, 2005). Uit ervaring van hulpverleners en naasten blijkt dat het nodig is bij mensen met psychose of schizofrenie proactief tewerk te gaan; de relatie van de hulpverlener met de patiënt (en diens familie) is hierin cruciaal. De hulpverlener moet natuurlijk ook weten welke signalen mogelijk duiden op een psychose. Kennis over (beginnende) psychotische symptomen is een eerste stap, maar de hulpverlener moet ook inzicht hebben in mogelijke andere symptomen of gedragingen bij specifieke migrantengroepen. Uit de knelpuntenanalyse van deze richtlijn blijkt dat er weinig bekend is over verschillen in signalen van een (naderende) psychose tussen mensen met een migratieachtergrond en autochtone mensen. De werkgroep vond het daarom van belang om de volgende uitgangsvraag te stellen:

1. Wat zijn belangrijke signalen bij iemand uit één van de vier grootste migrantengroepen in Nederland (of signalen van naastbetrokkenen) die kunnen wijzen op een psychotische stoornis?

In de praktijk blijkt dat culturele verschillen kunnen leiden tot culturele bias, miscommunicatie en misinterpretatie van de klacht van de patiënt. Niet zelden worden belangrijke signalen bij een persoon (of signalen van de familie, naastbetrokkenen en de verdere omgeving) die kunnen wijzen op een psychotische stoornis, over het hoofd gezien. Voor het voorkomen van dit soort fouten kan een objectief screeningsinstrument van grote waarde zijn. Daarom luidt de tweede uitgangsvraag als volgt.

2. Zijn er geschikte screeningsinstrumenten om adequaat (voldoende sensitief en specifiek) een vermoeden op schizofrenie vast te stellen bij een persoon uit één van de vier grootste migrantengroepen in Nederland?

Bovendien blijkt in de praktijk dat mensen vaak te lang met problemen blijven rondlopen. Dat kan komen door een gebrek aan kennis over beschikbare zorg en hulpverlening, angst voor stigma, of wantrouwen jegens de ggz (Ingleby, 2008).

Ook een ander verklaringsmodel voor de klachten kan maken dat mensen later in de ggz terecht komen of zich teleurgesteld afwenden en hulp zoeken bij een traditionele genezer uit de eigen cultuur (Hoffer, 2005). Verder kan een rol spelen dat mensen met klachten soms niet verzekerd zijn voor gezondheidszorg of het eigen risico van de verzekering niet kunnen betalen. Ten slotte kan de toeleiding naar de basis-ggz en de gespecialiseerde ggz een complicerende factor zijn (RIPAG Amsterdam, 2007). Mensen met een migratiegeschiedenis komen mede door deze problemen gemiddeld later in zorg, met ernstiger klachten (Boonstra, 2011; van der Post, 2012). Hierdoor is het beloop van de ziekte vaak ongunstiger. Bovendien verloopt door de ernstigere klachten de eerste kennismaking met de psychiatrie vaker via de politie en een gedwongen opname. (Mulder et al 2006; van der Post, 2012). Dit gegeven leidt tot de volgende uitgangsvraag:

3. Is bij de migrantengroepen in Nederland een ander, actiever signaleringsbeleid gewenst? En op welke wijze zou dit kunnen plaatsvinden?

Om de uitgangsvragen te beantwoorden is dit hoofdstuk als volgt opgebouwd: eerst komen de resultaten van de systematische literatuurreview aan de orde, beginnend met een omschrijving van de methoden, waarna conclusies volgen op basis van het niveau van bewijs. Daarna worden overige overwegingen beschreven, die zijn gebaseerd op grijze literatuur en kennis van experts op het gebied van schizofrenie en migratie. Tot besluit volgen de aanbevelingen. Deze zijn gebaseerd op de systematische literatuurreview en de overige overwegingen en aanbevelingen.

4.2 Wetenschappelijke onderbouwing

Voor dit hoofdstuk van het addendum is een literatuursearch gedaan naar signalen die kunnen wijzen op schizofrenie bij personen met een niet-westerse migratieachtergrond (12-65 jaar). Er is ook gezocht naar onderzoek over valide screeningsinstrumenten en een betrouwbare wijze van diagnostiek bij deze doelgroep. De volledige strategie voor de literatuurreview staat beschreven in het reviewprotocol (Bijlage 7)

4.2.1 Zoekstrategie/klinisch reviewprotocol

De systematische literatuurreview voor signalen (en diagnostiek) is uitgevoerd in drie literatuurdatabases: PubMed, PsycInfo en CINAHL. Voor de zoekstrategie zijn de volgende hoofdonderwerpen geïdentificeerd: schizofrenie, migranten, signalering, screening, en diagnostiek. De zoekstrings zijn tot stand gekomen met behulp van thesaurustermen van de hoofdonderwerpen en passende combinaties.

Om te voorkomen dat mogelijk relevante artikelen zouden worden gemist, zijn aan de zoekstring van de algemene termen specifieke zoektermen voor relevante migrantengroepen - uit Turkije, Marokko, Suriname en de Nederlandse Antillen - toegevoegd.

Er is besloten de zoekstring niet in te perken met zoektermen voor leeftijd (zoals “adults” of “adolescents”). Specifieke signalen (zoals hallucinaties, et cetera) zijn niet genoemd in de zoekstring, omdat dit een gewenste uitkomst is van een van de uitgangsvragen. Om geen artikelen te missen is gezocht naar artikelen in alle publicatietypes en zijn referentieslijsten van full tekst artikelen nagekeken op mogelijk gemiste artikelen. De tijdsperiode 1 januari 2000 tot 13 juli 2014 is geselecteerd. Het jaar 2000 is gekozen zodat de geïncludeerde artikelen toepasbaar en relevant genoeg zijn bij de huidige GGZ.

De zoekstrategie voor de databases Pubmed, PsycInfo en CINAHL en het aantal hits dat de strategieën opleverden, staat beschreven in Bijlage 8. Relevante artikelen zijn geselecteerd op basis van een selectieprocedure in de twee opeenvolgende stappen (zie Bijlage 9)

4.2.2 Geïncludeerde en geëxcludeerde studies

Tijdens de brede search voor signalering, screening en diagnostiek zijn in totaal 1.581 originele publicaties gevonden. 156 artikelen zijn full text gedownload als resultaat van de eerste selectie. De voornaamste exclusieredenen bij de eerste selectie waren: onderzoek naar diagnostiek in (Afrikaans-)Amerikaanse en Aziatische studiepopulatie, onderzoek naar behandeling van schizofrenie, en epidemiologische studies naar incidentie- en prevalentieaantallen. Bijlage 10 biedt een compleet overzicht van de exclusieredenen van de niet-opgenomen artikelen.

In totaal zijn er voor de uitgangsvraag over signalering negen relevante publicaties geïncludeerd in dit addendum (Berg et al., 2014; Bhugra et al., 2000; Chorlton, McKenzie, Morgan, & Doody, 2012; Haasen, Yagdiran, Mass, & Krausz, 2001; King et al., 2005; Stouten, Veling, van der Helm, Laan, & van der Gaag, 2013; van der Ven, Bourque, Jooper, Selten, & Malla, 2012; Veling, Selten, Mackenbach, & Hoek, 2007; Velthorst et al., 2012). Voor de uitgangsvraag over screening zijn geen relevante publicaties gevonden. Bijlage 11 geeft een schematisch overzicht van de selectieprocedure, inclusief het aantal artikelen dat gevonden is in PubMed, PsycInfo en CINAHL.

Resultaten

Deze paragraaf bevat de relevantste resultaten van de geïncludeerde artikelen. In Bijlage 13 staat een overzicht van de artikelen in evidencetabellen, waarin de studies in meer detail staan beschreven. In de studies worden regelmatig afkortingen gebruikt voor vragenlijsten, in bijlage 12 staan ze volledig uitgeschreven.

Bij de presentatie van de resultaten wordt een onderscheid gemaakt tussen studies uitgevoerd in Nederland of andere westerse landen, en studieresultaten voor schizofrenie of andere psychische stoornissen.

Signalering van symptomen in Nederland

In totaal gingen drie van de acht geïncludeerde onderzoeksstudies over de relatie tussen symptomen en migratieachtergrond van migranten in Nederland,

waarvan één onderzoek naar symptomen van schizofrenie geïdentificeerd bij diverse gespecificeerde migrantengroepen (Stouten et al., 2013), één onderzoek naar symptomen bij een psychotische stoornissen bij personen uit migrantengroepen, met een focus op Marokkaanse migranten (Veling et al., 2007), en één onderzoek naar symptomen bij personen met ARMS (At Risk Mental State) voor psychose (Velthorst et al., 2012). Alle drie de studies bestuderen een studiepopulatie die niet eerder contact had met de ggz voor hun psychische klachten.

Stouten et al. (2013) onderzochten het verschil in cognitieve symptomen tussen migranten en autochtonen met de diagnose schizofrenie volgens DSM-IV-criteria. De studiepopulatie bestaat uit 407 patiënten, waarvan 157 personen van autochtone komaf, 65 personen van Surinaamse komaf, 16 personen van de voormalige Nederlandse Antillen, 34 personen van Turkse komaf, 58 personen van Marokkaanse komaf, 58 andere niet-westerse migranten, en 19 westerse migranten. Met behulp van de Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH), (Andreasen, Flaum & Arndt, 1992) Schedules for the Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) en een cognitief beoordelingsinterview werden cognitieve symptomen geïdentificeerd en vergeleken. Cognitieve beperkingen werden zowel in de groep autochtonen als bij de migranten geconstateerd. Na correctie op basis van educatie en cannabisgebruik suggereren de resultaten dat aandachtsproblemen bij Marokkanen ($p < 0.001$), Turken ($p < 0.01$), Surinamers ($p < 0.05$), Antillianen ($p < 0.05$), en andere niet-westerse migranten ($p < 0.001$) in vergelijking met autochtonen significant hoger waren.

Het onderzoek van Veling et al. (2007) richt zich niet specifiek op patiënten met schizofrenie, maar op de symptomen van mensen met psychotische stoornissen volgens DSM-IV-criteria. In de cohortstudie van Veling et al. (2007) werden met behulp van de CASH – onderdelen SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms) en SANS (Scale for Assessment of Negative Symptoms) – symptomen geïdentificeerd voor autochtonen ($n=117$) en migranten ($n=165$). De resultaten suggereren dat de prevalentie van achtervolgingswanen hoger was bij migranten (alle etnische groepen door elkaar) dan bij autochtonen.

Na uitsplitsing van de etnische groeperingen blijkt dat migranten van Marokkaanse afkomst significant meer negatieve symptomen en psychopathologie vertonen dan autochtonen. De resultaten van de andere migrantengroepen (niet gespecificeerd) waren niet significant. Verschillen tussen de twee groepen (Marokkaanse migranten versus autochtonen) waren zichtbaar bij zowel de positieve als de negatieve symptomen. Marokkaanse migranten vertoonden in vergelijking met autochtonen meer achtervolgingswanen, bizar gedrag ($p=0.004$), en visuele hallucinaties ($p=0.007$). Autochtonen vertoonden meer religieuze wanen en toegenomen gevoel van eigenwaarde.

Bij migranten met een ultra hoog risico (UHR; In het Engels: At Risk Mental State (ARMS)) voor psychose, kwamen negatieve symptomen significant vaker voor dan bij autochtonen (Velthorst et al., 2012). Dit verschil blijkt vooral het resultaat te zijn van een hoge score voor anhedonie (het ontbreken van gevoelens van plezier) bij migranten.

Het onderzoek van Velthorst et al. (2012) vergeleek 112 autochtonen met 87 migranten van diverse etnische achtergronden. Velthorst et al. (2012) splitst de resultaten ook uit per etnische groep. Hierover zijn echter geen significantiecijfers gerapporteerd. Bij uitsplitsing naar etnische groeperingen blijkt dat positieve symptomen gemiddeld het vaakst voorkomen bij Turkse migranten (gemiddelde: 11.2, standaard deviatie: 2.9) en het minst bij Marokkaanse migranten (gemiddelde: 9.4, standaard deviatie: 2.5). Negatieve symptomen kwamen gemiddeld vaker voor bij Marokkaanse migranten (gemiddelde: 9.1, standaard deviatie: 3.1) en het minst bij autochtonen (gemiddelde: 6.4, standaard deviatie: 3.6).

Signalering van symptomen in andere westerse landen

In totaal gingen vijf van de acht geïncludeerde studies over de relatie tussen symptomen en migratieachtergrond van migranten in andere westerse landen. Twee van deze studies zijn uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk en één in Canada. In deze laatste worden symptomen van een (eerste) psychose bij diverse etnische groepen geïdentificeerd (Bhugra et al., 2000; King et al., 2005; van der Ven, Bourque, Jooper, Selten, & Malla, 2012). Verder is er één studie uit Noorwegen waarin wordt gekeken naar de migrantenpopulatie met diverse psychische stoornissen (Berg et al., 2014) en één studie uit Duitsland waar de focus lag op het identificeren van symptomen bij Turkse migranten met schizofrenie.

Duitsland

In de cohortstudie van Haassen et al. (2001) zijn symptomen van schizofrenie onder migranten van niet-westerse afkomst (Turkije) in Duitsland onderzocht en vergeleken met autochtonen. De studiepopulatie bestaat uit 74 personen van Turkse afkomst en 48 personen van Duitse afkomst. Symptomen zijn geanalyseerd met behulp van de PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale). In vergelijking met de Duitse groep, kwamen er in de Turkse groep vaker depressieve symptomen en vijandigheid voor. Verder is er geen of weinig verschil geconstateerd in positieve, negatieve en cognitieve symptomen.

Noorwegen

De onderzoekspopulatie van Berg et al. (2014) zijn autochtonen, migranten met een blanke huidskleur (uit Europa en Amerika) en migranten met een niet-westerse uitstraling, waaronder mensen van Aziatische en Afrikaanse herkomst, uit het Midden-Oosten en Latino's. De resultaten van de studie suggereren dat symptomen bij migrantengroepen in Noorwegen (inclusief alle soorten psychotische stoornissen) veel overeenkomsten vertonen met de symptomen bij autochtonen wanneer gebruik wordt gemaakt van de PANSS. Maar bij de groep migranten met een niet-westerse uitstraling werden wanen significant vaker gesignaleerd dan bij de autochtone bevolking.

Verenigd Koninkrijk

De studie van Bhugra et al. (2000) had tot doel verschillen in symptomen bij een eerste psychose tussen verschillende etnische groepen te onderzoeken.

Daarbij is gebruik gemaakt van de Present State Examination (PSE) en de Syndrome Check List (SCL). De studiepopulatie bestaat uit 63 patiënten uit London en 34 uit Trinidad, die voor het eerst bij de ggz werden aangemeld met minstens één psychotisch symptoom. De mensen uit de vergeleken groepen waren blanken, Aziaten en personen uit het Caribisch gebied (met een Afrikaanse achtergrond) en Trinidad. De vergelijking betrof het type en de hoeveelheid wanen (bijvoorbeeld seksueel, religieus, achtervolging), en hallucinaties (bijvoorbeeld visueel, stemmen). De resultaten suggereren dat betrekkingswanen en hallucinaties met betrekking tot geur (olfactorische hallucinaties) significant vaker voorkomen bij personen uit het Caribisch gebied met een Afrikaanse achtergrond. Daarentegen kwamen visuele hallucinaties in deze migrantenpopulatie bijna niet voor. Achtervolgingswanen kwamen vaker voor bij blanken.

De studie van King et al. (2005) onderzocht de aanwezigheid van psychotische symptomen onder zes verschillende etnische groepen in het Verenigd Koninkrijk, te weten personen uit het Caribisch gebied (met een Afrikaanse achtergrond), Ierland, Pakistan, Bangladesh, India en autochtone blanken. De studie keek echter niet naar de aanwezigheid van psychotische symptomen bij een eerste psychose, zoals bij Bhugra et al. (2000), maar naar psychotische symptomen bij de algemene bevolking. De groepen zijn vergeleken ten aanzien van het type en de hoeveelheid psychotische symptomen en de risicofactoren. Voor het identificeren van symptomen is gebruik gemaakt van de Psychosis Screening Questionnaire. Net als bij Bhugra et al. (2000) bleek dat personen uit de Cariben met een Afrikaanse achtergrond vaker psychotische symptomen hadden, namelijk twee keer zo vaak als blanken. Verder bleek dat positieve symptomen vaker voorkomen bij Pakistanen en mensen uit India dan bij blanken.

Canada

De studie van Van der Ven et al. (2012) had tot doel verschillen in symptomen bij een eerste psychose tussen verschillende etnische groepen te onderzoeken met behulp van de PANSS, SAPS en SANS. In deze studie werden een groep autochtonen, een groep personen uit de Cariben met een Afrikaanse afkomst en Afrikanen, en een groep personen uit het Midden-Oosten met elkaar vergeleken. Zowel op de PANSS als de SANS scoorden mensen met een (Caribisch-)Afrikaanse afkomst significant hoger dan autochtonen ($p=0.02$ en $p=0.005$). Dit betekent dat zij meer last hadden van negatieve symptomen (SANS) en symptomen in zijn totaliteit (PANSS). Er werd geen hogere score gevonden voor de aanwezigheid van positieve symptomen. De scores van de overige etnische groepen verschillen niet significant. Er zijn wel verschillen gevonden voor specifieke symptomen, maar deze zijn niet significant bij vergelijking met autochtonen.

4.3 Conclusies en samenvatting wetenschappelijke literatuur

Symptomen

Signalen in Nederlandse studies

Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat aandachtsproblemen vaker voorkomen bij Marokkanen, Surinamers, Antillianen en andere niet-westerse migranten met schizofrenie dan bij autochtone Nederlanders met schizofrenie.</p> <p><i>Stouten et al., 2013</i></p>
Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat achtervolgingswanen vaker voorkomen bij migranten met een psychotische stoornis dan bij autochtone Nederlanders met een psychotische stoornis.</p> <p><i>Veling et al, 2007</i></p>
Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat migranten met een psychotische stoornis van Marokkaanse afkomst een significant hoger aantal psychotische symptomen vertonen dan een vergelijkbare groep autochtone Nederlanders. Ook zijn er aanwijzingen dat achtervolgingswanen, bizar gedrag, en visuele hallucinaties vaker voorkomen bij migranten met een psychotische stoornis van Marokkaanse afkomst.</p> <p><i>Veling et al, 2007</i></p>
Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat anhedonie vaker voorkomt bij migranten met een At Risk Mental State voor psychose in vergelijking met de autochtone Nederlanders met ARMS.</p> <p>Er zijn aanwijzingen dat positieve symptomen gemiddeld het vaakste voorkomen bij Turkse migranten met ARMS voor psychose en het minst bij Marokkaanse migranten met ARMS voor psychose. Negatieve symptomen kwamen gemiddeld vaker voor bij Marokkaanse migranten met ARMS voor psychose en het minst bij autochtonen Nederlanders.</p> <p><i>Velthorst et al., 2012</i></p>

Signalen in andere Westerse landen

Niveau 2	<p>Er zijn aanwijzingen dat psychotische symptomen bij niet-westerse migrantengroepen in een westers land - waaronder in Duitsland en Noorwegen - veel overeenkomsten met die van de autochtone populatie, zowel de negatieve als de positieve symptomen.</p> <p><i>Haasen et al., 2001; Berg et al., 2011; van der Ven et al., 2012</i></p>
-----------------	--

Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat Turkse migranten met schizofrenie vaker depressieve symptomen en vijandigheid vertonen dan een vergelijkbare groepen autochtone mensen.</p> <p><i>Haasen et al., 2001</i></p>
-----------------	---

Niveau 2	<p>Er zijn aanwijzingen dat personen met een Caribisch-Afrikaanse afkomst vaker symptomen van een psychose vertonen dan mensen uit de autochtone bevolking. De aanwezigheid van specifieke symptomen, waaronder verschillende soorten wanen en hallucinaties, verschilt per studie.</p> <p><i>Bhugra et al., 2000; King et al., 2005; van der Ven et al., 2012</i></p>
-----------------	--

Screening

	<p>Er zijn geen relevante studies over screening bij niet-westerse migrantenpopulaties in westerse landen geïdentificeerd en dus geïnccludeerd in dit addendum.</p>
--	---

4.4 Overwegingen van de werkgroep

Het signaleren en screenen op psychotische symptomen is van belang om te voorkomen dat psychoses onnodig lang voortduren doordat ze niet worden behandeld (Boonstra 2011). De huisarts en SPV/POH-GGZ kunnen veel betekenen in het opsporen van mensen met psychoses. Het is van belang mensen om de patiënt heen, hun netwerken en de buurt, bij de benadering te betrekken.

Eerste uitgangsvraag

Wat zijn belangrijke signalen bij iemand uit één van de vier grootste migrantengroepen in Nederland (of signalen van naastbetrokkenen) die kunnen wijzen op een psychotische stoornis?

Er is weinig onderzoek verricht naar specifieke signalen die kunnen duiden op een psychotische stoornis bij mensen met een niet-westerse migratieachtergrond in Nederland. Het bewijsniveau is mede daarom niet hoog en bevindingen kunnen dus niet als de 'waarheid' worden gezien. Bovendien is bewijs van een hoger niveau uit het buitenland niet eenduidig. Ondanks deze aantekeningen bij de kwaliteit van het bewijs geven de bevindingen de hulpverlener wel reden om voorzichtig te zijn met de interpretatie van signalen bij personen met een migratieachtergrond. Zo wordt bijvoorbeeld het niet meer (kunnen) ervaren van vreugde vaak als teken van een depressie opgevat, terwijl het bij iemand met een migratieachtergrond (meer dan bij een autochtoon) ook kan betekenen dat hij in een ARMS-groep zit of schizofrenie heeft. Niet alleen symptomen kunnen anders zijn bij migrantengroepen, maar ook de wijzen waarop ze deze verklaren, uiten of betekenis geven. Hierbij kan gedacht worden aan een djinn (Arabisch) of shed (Hebreeuws), wat letterlijk geest of spook betekent (Blom & Sommer, 2012). Bij Antillianen spreekt men over brua en bij Surinamers over winti. (Jessurun & Raes 2005) Overigens kan er met deze verklaringen andere symptomen/psychische ziekten worden bedoeld, of een op zichzelf staand fenomeen.

Tweede uitgangsvraag

Zijn er geschikte screeningsinstrumenten om adequaat (voldoende sensitief en specifiek) een vermoeden op schizofrenie vast te stellen bij een persoon uit één van de vier grootste migrantengroepen in Nederland?

Over screeningsinstrumenten is geen evidence based onderzoeksinformatie gevonden. Ook in de MDR Schizofrenie staan hierover geen uitspraken. In de Zorgstandaard Vroege Psychose (in ontwikkeling) zijn screeningsinstrumenten opgenomen voor personen met een ultrahoog risico (UHR) op het krijgen van een psychotische stoornis. Culturele bias, miscommunicatie en misinterpretatie van vertoonde symptomen zouden voorts te voorkomen zijn door gebruik te maken van de handvatten uit het cultureel interview (CI) en Cultural Formulation Interview (CFI) (Bijlage 5 en 6). Daarbij moet aangetekend worden dat dit een tijdsintensief instrument is, waardoor het minder geschikt lijkt voor de huisarts. De POH-GGZ kan het CI echter wel gebruiken, bijvoorbeeld door de vragen over twee sessies te verspreiden of onderdelen te verwerken in de veel gebruikte en door de verzekering geadviseerde methodiek KOP (Klacht, Omstandigheid, Persoonlijke stijl). Deze laatstgenoemde methodiek is gericht op geleide zelfhulp met de behandelaar als coach en bestaat uit vijf stappen waarbij de focus ligt op versterking van de eigen kracht van de patiënt. (Rijnders et al., 2013) of de (uitgebreide versie) de evidence based methodiek KOPLEEKS (Klacht, Omstandigheid, Persoonlijke stijl, Lichamelijke component, Ernst, Eigen kracht, Steun.

Bij KOPLEEKS ligt het accent nog sterker op de eigen kracht en de steun van het systeem (Boer, 2014). De persoonlijke stijl uit de KOP-LEEKS-methodiek biedt ingangen in het omgaan met omstandigheden waardoor klachten verminderen. Zie voor enkele aanwijzingen voor toepassing van het cultureel interview in het eerste contact met de cliënt hoofdstuk 9 in Eigen kracht. (den Boer, 2014)

In deze methodieken kunnen bij de items 'omstandigheden' (KOP) en 'steun en eigen kracht' bij KOPLEEKS vragen uit het cultureel interview gebruikt worden. Dan gaat het om vragen die betrekking hebben op de relatie en de mogelijke steun dan wel kwetsbaarheid van de familie, maar ook over de migratiegeschiedenis, de rol van heimwee en het verklaringmodel (bijvoorbeeld steun uit de religieuze overtuiging).

Vragen stellen over de betekenis van religie in relatie tot de klacht en over de rol van familie is vanaf het eerste gesprek van belang, om religie en familie een plek te geven in het zorgproces en zo tot een effectieve en vraaggerichte zorg te komen. Vanuit de praktijk lijkt het cultureel interview een goed model om een relatie op te bouwen en signalen sneller op te sporen en te bespreken.

Derde uitgangsvraag

Is bij de migrantengroepen in Nederland een ander, actiever signaleringsbeleid gewenst? En op welke wijze zou dit kunnen plaatsvinden?

Uit praktijkonderzoek van de Hogeschool Utrecht (2013) blijkt dat slechts 8 van de 20 Marokkaans-Nederlandse respondenten bij psychische problemen contact zou zoeken met de reguliere hulpverlening, zoals een arts, psycholoog of een psychiater. Men zou eerst proberen de problemen in eigen kring op te lossen. Volgens ander onderzoek (Hoffer, 2005) gaat een deel van de onderzochte Turkse en Marokkaanse respondenten eerst naar traditionele genezers voordat ze reguliere hulp krijgen. Het merendeel van de respondenten die wel eerst hebben aangeklopt heeft bij de reguliere hulp geeft aan zich onvoldoende begrepen of geholpen te voelen en gaat dan alsnog naar een traditionele genezer. Een traditionele genezer zou beter aansluiten bij de denk- en belevingswereld van de patiënt en werkt symbolisch en praktisch relationeel.

Een actiever en meer op de migrantengroepen afgestemd signaleringsbeleid blijkt noodzakelijk. Zo'n beleid past goed bij de benadering van de sociale wijkteams en integrale zorgteams. De werkwijze die deze teams gebruiken om zorgmijders te bereiken, blijkt ook te werken bij migranten. Ook bij mensen uit deze doelgroepen kan sprake zijn van zorgmijding en sociaal isolement (van de Fliert & Becker, 2012; Veling et al. 2007; Boonstra, 2011; Riemersma, 2006). De kracht van wijkteams en integrale zorgteams bestaat eruit dat zij de context (gezin, wijk, buurt) en partners in de wijk betrekken bij het oplossen van problematische situatie van kwetsbare mensen. Met name de integrale zorgteams kunnen met hun gemeenschapsgerichte benadering belangrijk werk verzetten om de migrantendoelgroep te bereiken (Dreef & Ekker, 2010; van de Fliert & Becker, 2012). Zij kunnen migrantengemeenschappen voorlichting geven over psychotische klachten, de hulp die de ggz in dit verband kan bieden en de plaatsen waar ze terecht kunnen.

Hierdoor kunnen cliënten sneller en op een humanere wijze dan via gedwongen opname, de politie en isoleercel, in zorg komen.

Ook de wijkprofessionals en de POH-GGZ kunnen er aan bijdrage de problemen bij migranten eerder te signaleren en hen eerder in zorg te krijgen. Door hun werkwijze en taken kunnen deze beroepsgroepen een goede relatie opbouwen met de migranten in de wijk. Hun contextgerichte aanpak is laagdrempelig en gaat uit van zorg dicht bij huis. Het accent ligt op praktische ondersteuning, psycho-educatie aan de patiënt en de familie en aandacht voor de indirecte hulpvragen. De opzet is erop gericht vertrouwen te winnen en inzicht te krijgen in de eigenlijke problemen van de cliënt, om zo te komen tot de beste behandeling of verwijzing. Verwijzingen verlopen vaak via een warme overdracht en op geleide van de problemen die zij signaleren. Deze warme en meebewegende werkwijze blijkt goed te passen bij de behoeften van migranten die om allerlei redenen wantrouwend tegenover de reguliere hulpverlening staan.

Casuïstiek

Onderstaande casuïstiek is bedoeld om een situatie te illustreren waarmee hulpverleners regelmatig te maken kunnen krijgen, inclusief de mogelijke oplossingen.

Een Marokkaanse vrouw van 25 jaar bezoekt een paar keer het spreekuur van de huisarts met vage klachten. De huisarts maakt zich zorgen en verwijst haar naar de POH-GGZ. Die gebruikt in de intake vragen uit het cultureel interview om duidelijkheid te krijgen over de belevingswereld van de vrouw en de wijze waarop zij haar klachten verklaart. Mevrouw blijkt sinds haar derde in Nederland te wonen. Ze voelt zich Nederlands-Marokkaans. Ze heeft een opleiding aan het ROC gevolgd, maar niet afgemaakt. Sinds een tijd werkt ze bij een project van de Dienst Werk en Inkomen, maar nu zit ze in de ziektewet. Ze is al anderhalf jaar bezig met een scheidingsprocedure, na een kortstondig, gearrangeerd, huwelijk. De echtgenoot zit in Marokko. Haar familie woont in Nederland, maar daar heeft ze weinig contact mee. De problemen in haar leven duidt de vrouw als bovennatuurlijk, haar lot, een vloek. Zij zit ook in een schuldsaneringstraject bij het maatschappelijk werk. Daar maken ze zich ook zorgen over haar, ze krijgen moeilijk contact met haar.

De POH-GGZ constateert dat het teruggetrokken gedrag van mevrouw in eerste instantie wijst op een depressie, maar haar symptomen duiden meer op psychotische problemen. De oriëntatie in tijd en plaats is verstoord, waardoor de vrouw vaak op andere dagen en tijden komt dan afgesproken. Ze heeft magische ingevingen over wat ze in het dagelijks leven wel en niet moet doen en laten om de vloek te bezweren. Ze beleeft nergens meer plezier aan en is licht achterdochtig, vooral jegens de hulpverlening. Die achterdocht is ten dele irreëel ('ze gaan me brainwashen of vergiftigen'), ten dele ook reëel, als gevolg van slechte ervaringen (zich onbegrepen voelen) tijdens een crisisopname en een niet-afgemaakte depressiebehandeling in de kortdurende zorg.

De POH-GGZ neemt de tijd om de relatie op te bouwen. De contacten zelf zijn kort, pragmatisch en laagdrempelig, omdat ze in de huisartsenpraktijk plaatsvinden.

Het contact is gericht op steun en structuur, op aanpak van de problemen die de vrouw nu het belangrijkste vindt en op verheldering van de zorgvraag voor eventuele verwijzing naar specialistische zorg of de basis-ggz. De POH-GGZ neemt in overleg met de vrouw voor afstemming contact op met het wijkzorgteam waarvan ook het maatschappelijk werk deel uitmaakt. In overleg met de vrouw meldt ze haar aan bij de welzijnscoach van het wijkzorgteam voor een maatje, ontspanning en dagactiviteiten.

Na een tijdje begint de vrouw zich beter te voelen. Ze krijgt meer vertrouwen in de hulpverlening en in zichzelf. Door gesprekken met lotgenoten en psychoeducatie legt ze de oorzaak van haar psychisch ziekzijn niet meer uit als vloek, maar ziet ze het verband ervan met haar omstandigheden. Ze komt nu op de juiste tijden naar het spreekuur van de POH en werkt mee aan het schuldsaneringstraject. Haar wantrouwen is afgenomen. Medicatie en doorverwijzing voor behandeling blijven wel noodzakelijk. De POH-GGZ bespreekt dit voorzichtig met haar. Omdat ze haar vertrouwen heeft gewonnen wil de vrouw meewerken aan een doorverwijzing naar de gespecialiseerde ggz. Op verzoek van de POH komt de SPV uit de gespecialiseerde ggz naar de huisartsenpraktijk om samen met de vrouw te praten. Ze vertelt over de zorg die de gespecialiseerde ggz kan bieden. Hiermee verdwijnt bij de vrouw het laatste restje wantrouwen. Er wordt een afspraak gemaakt om een behandeling te starten. De POH-GGZ houdt contact met de vrouw en de SPV. Ze bouwt dat langzaam af als blijkt dat de zorg goed overgenomen is.

4.5 Aanbevelingen

(Verskil in) signalen

1. Kennis over (beginnende) psychotische symptomen in het algemeen is essentieel om goed te kunnen signaleren (zie hoofdstuk 2 van de MDR Schizofrenie).
2. Houd in het oog dat bij sommige migrantengroepen de symptomen van anhedonie en depressie kunnen duiden op een andere ziekte of aandoening en ook te maken kunnen hebben met de sociaal-economische en culturele situatie.
3. Wees u er van bewust en respecteer dat personen met een migratieachtergrond andere verklaringsmoedellen kunnen hebben voor een psychose en de verschijnselen ervan anders kunnen uiten.
4. Aandachtproblemen komen waarschijnlijk vaker voor bij migranten met schizofrenie dan bij autochtonen. Houd hier rekening mee tijdens de behandeling, bijvoorbeeld bij de lengte van een behandelsessie.

Signaleren en Screening

5. De incidentie van schizofrenie is bij sommige migrantengroepen verhoogd. Zeker bij Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse migranten van de eerste generatie en bij Surinaamse, Antilliaanse, Marokkaanse en Turkse migranten van de tweede generatie. Wees hier alert op.

6. Er is geen screeningsinstrument om de psychotische problematiek goed te kunnen signaleren. Eventueel zijn handvatten uit het cultureel interview of Cultural Formulation Interview te gebruiken om misscommunicatie te voorkomen. Een hulpverlener dient voor de gesprekken genoeg tijd uit te trekken en de vragen uit het cultureel interview waar mogelijk te verwerken in een bestaande werkwijze (zoals de KOP(LEEKs)methodiek).

Organisatie van zorg

7. Hulpverleners in de eerste lijn en de basis-ggz, zoals huisarts, wijk-SPV en POH-GGZ, hebben een belangrijke taak bij het signaleren van problemen bij migranten en het opbouwen van een goede relatie met mensen uit deze doelgroepen.
8. Inzet van de POH-GGZ en van wijkteams en integrale zorgteams is van belang om mensen met een psychose te signaleren. Deze professionals kunnen ook voorlichting geven en cliënten toeleiden naar gespecialiseerde zorg.
9. Zet de vraag van de cliënt en de naastbetrokkenen altijd voorop, ook al past die niet binnen het aanbod. Help zonodig bij het formuleren van een passende hulpvraag, teneinde adequate hulp te kunnen aanbieden. Trek voor dit proces voldoende tijd uit, want zo'n zoektocht en overleg met de naastbetrokkenen over het juiste traject is vaak tijdrovend.

Aanbeveling voor onderzoek en beleid

10. Onderzoeken naar verschillen in symptomen tussen migrantengroepen en autochtone cliënten moeten gestimuleerd worden.
11. Er is in de hulpverlening een spanningsveld tussen de norm en de ingeplande tijd (financieel en organisatorisch) en daadwerkelijke goede zorg voor de patiënt en diens naasten. Voor dit spanningsveld is meer aandacht nodig en voor complexe zorg moet meer tijd worden ingepland.

Literatuur

Afkomstig uit de systematische literatuurreview

Andreasen, N. C., Flaum, M., & Arndt, S. (1992). The Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH). An instrument for assessing diagnosis and psychopathology. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 615-623.

Berg, A. O., Andreassen, O. A., Aminoff, S. R., Romm, K. L., Hauff, E., & Melle, I. (2014). The impact of immigration and visible minority status on psychosis symptom profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. doi: 10.1007/s00127-014-0897-x

Bhugra, D., Hilwig, M., Corridon, B., Neehall, J., Rugde, S., Mallett, R., & Leff, J. (2000). A Comparison of Symptoms in Cases with First Onset of Schizophrenia Across Four Groups. *Eur. J. Psychiat.*, 14(4), 241-249.

Chorlton, E., McKenzie, K., Morgan, C., & Doody, G. (2012). Course and outcome of psychosis in black Caribbean populations and other ethnic groups living in the UK: a systematic review. *Int J Soc Psychiatry*, 58(4), 400-408. doi: 10.1177/0020764011403070

Haasen, C., Yagdiran, O., Mass, R., & Krausz, M. (2001). Schizophrenic disorders among Turkish migrants in Germany. A controlled clinical study. *Psychopathology*, 34(4), 203-208. doi: 49308

King, M., Nazroo, J., Weich, S., McKenzie, K., Bhui, K., Karlsen, S., Erens, B. (2005). Psychotic symptoms in the general population of England--a comparison of ethnic groups (The EMPIRIC study). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40(5), 375-381. doi: 10.1007/s00127-005-0900-7.

Stouten, L. H., Veling, W., van der Helm, M., Laan, W., & van der Gaag, M. (2013). Cognitive deficits and ethnicity: a cohort study of early psychosis patients in The Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(1), 37-47. doi: 10.1007/s00127-012-0521-x.

van der Ven, E., Bourque, F., Joober, R., Selten, J. P., & Malla, A. K. (2012). Comparing the clinical presentation of first-episode psychosis across different migrant and ethnic minority groups in Montreal, Quebec. *Can J Psychiatry*, 57(5), 300-308.

Veling, W., Selten, J. P., Mackenbach, J. P., & Hoek, H. W. (2007). Symptoms at first contact for psychotic disorder: comparison between native Dutch and ethnic minorities. *Schizophr Res*, 95(1-3), 30-38. doi: 10.1016/j.schres.2007.06.024.

Velthorst, E., Nieman, D. H., Veling, W., Klaassen, R. M., Dragt, S., Rietdijk, J., van der Gaag, M. (2012). Ethnicity and baseline symptomatology in patients with an At Risk Mental State for psychosis. *Psychol Med*, 42(2), 247-256. doi: 10.1017/S0033291711001486.

Bronnen uit de inleiding en de overige overwegingen

De referenties van "Veling et al., 2008, 2010; Selten & Cantor-Graae, 2005; Selten et al. 2011" komen uit: Hoogsteder & Veling (2013). "Een open geest met andere ogen. Interculturele diagnostiek en behandeling van mensen met psychose." Mikado, Utrecht, september 2013

Boonstra, N. (2011). *Early detection of psychosis: why should we care? Proefschrift*. Groningen: UMC Groningen.

Blom, J.D. & Sommer I.E.C. (2012). Chapter 18: Djinn (Blom, J.D. & Hoffers, B.M.) in: *Hallucinations: Research and Practice*, 235-247. New York: Springer.

Boer, C.A.M den (2014). *Eigen kracht, begeleide zelfhulp in de geestelijke gezondheidszorg*. Bussum: Coutinho.

Dreef, F. & Ekker, A. (2010). Act bij een diverse patiëntengroep. Het contact voorop. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 7 (1), 12-21.

Hegelstad, W. T., Larsen, T. K., Auestad, B., Evensen, J., Haahr, U., Joa, I. et al. (2012). Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *Am J Psychiatry*, 169, 374-380.

Hoffer, B.M. (2005). Psychose" of "djinn": verklaringsmodellen en interculturele communicatie in de GGZ.' *Patiënt Care* 4(4), 141-146.

Hogeschool Utrecht (2013). *Ziek of bezeten*. Praktijkonderzoek uitgevoerd door Amaac, C., Slot, D., Bachir S., Tienen, I. Utrecht: Hogeschool Utrecht.

Ingleby (2008). Schizofrenie, migratie en etniciteit. Nieuwe visies in onderzoek. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 5 (1), 10-23.

Jessurun A.Y., Raes B.C.M. (2005). Een Antilliaanse psychose? Behandeling van een psychose die door de patiënt wordt geduid als zwarte magie. *Tijdschr Psychiatr*, 47, 807-11.

Mulder, C. L. Koopmans, G.T. & Selten, J.P. (2006). Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 188, 386-391.

Oliemeulen, L. & Thung, F.H. (2007). *Ongehoord. Aansluitingsproblemen bij de behandeling van psychotische patiënten uit verschillende etnische groepen*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant-Uitgevers.

Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 162, 1785-1804.

Rijnders, P., Heene, E., Boone, F. (2013), *In vijf stappen naar een psychisch evenwicht*. Amsterdam: Boom.

Riemersma, M. (2007) Intercultureel werken in de wijk. *Vakblad Sociale Psychiatrie van de V&VN-SPV*, 82, 21-27.

RIPAG (Regionaal Informatiesysteem Patiënten Geestelijke voorzieningen) (2006). *Stemmings- en angststoornissen in Amsterdam: verschillen in voorkomen en zorggebruik naar etniciteit*. Amsterdamse gezondheidsmonitor, GGD, cluster EDG.

van de Fliert, R. van de & Becker, H. (2012). *Vroege Interventie Psychose. Factsheet vip-Amsterdam*. Amsterdam: vip/amc/Arkin.

van der Post, L.F.M. (2012). *IBS admission as an outcome. Factors predicting the probability of patients qualifying for compulsory emergency admission. Proefschrift*. Amsterdam: VUmc.

Hoofdstuk 5 Diagnostiek

5.1 Inleiding

Al decennialang is duidelijk dat in de westerse psychiatrie de diagnostiek van schizofrene stoornissen bij sommige patiënten van niet-westerse achtergrond lastiger is dan bij de autochtone patiënten (Jarvis et al., 2011; Bourque et al. 2011). Hickling et al. (1999) rapporteerden bijvoorbeeld bij de diagnostiek van schizofrene stoornissen bij migranten in Londen een zeer lage interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (kappa 0,45) tussen autochtone psychiaters en één psychiater van Jamaicaanse oorsprong (Hickling et al., 1999). Selten (2002) meldt dat vooral het onderscheid bij Marokkaanse mannen tussen een depressie met psychotische kenmerken, dan wel een schizo-affectieve stoornis depressief type, of een schizofrene stoornis gecompliceerd met een co-morbide depressie, in veel gevallen lastig te maken is.

Deze misdiagnostiek kan de verhoogde incidentiecijfers van schizofrene stoornissen bij migranten mogelijk deels verklaren. Daarnaast is een zo goed mogelijke diagnose voor de klinische praktijk vanzelfsprekend van belang om een adequate behandeling te kunnen starten.

Bij psychiatrische diagnostiek krijgt de clinicus informatie van de patiënt (anamnese en psychiatrisch onderzoek) en van de familie (heteroanamnese). Vanaf eind jaren negentig wordt hierbij steeds meer gebruik gemaakt van semigestructureerde vragenlijsten, zoals de Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH) (Andreasen, 1992) voor de informatie van de patiënt. En het Instrument of the Retrospective Assessment of Symptoms (IRAOS) (Hafner et al., 1992) voor de informatie van de familie. Bij een verschil in culturele achtergrond tussen patiënt en behandelaar lijkt het van belang bovendien gebruik te maken van een culturele formulering (cultural formulation). Tevens is dan de heteroanamnese extra belangrijk om te kunnen bepalen of de symptomen of klachten van de patiënt in diens cultuur gebruikelijk zijn. Is dat het geval, dan is er volgens de DSM-IV/-5 immers geen sprake van een psychotisch fenomeen (APA, 2000).

Problemen in de praktijk

De diagnostiek van schizofrene stoornissen is bij patiënten met een migratieachtergrond soms lastig vanwege:

- een andere wijze van klachtpresentatie,
- een mogelijke taalbarrière,
- misinterpretatie van de klachten door de diagnosticus,
- gebruik van semigestructureerde diagnostische instrumenten die zijn gebaseerd op de westerse ggz.

In dit hoofdstuk wordt dan ook de volgende uitgangsvraag behandeld:

Hoe is een schizofrene stoornis bij patiënten met een niet-westerse achtergrond betrouwbaar te diagnosticeren?

- a. Welke aanwijzingen zijn er dat misdiagnostiek bij patiënten met een niet-westerse achtergrond voorkomt?
- b. Zijn er diagnostische instrumenten om de kans op misdiagnostiek te voorkomen?

5.2 Wetenschappelijke onderbouwing

De systematische literatuurreview voor beantwoording van deze uitgangsvraag bestond uit een literatuursearch naar signalen die kunnen wijzen op schizofrenie bij personen met een niet-westerse migratieachtergrond (12-65 jaar). Voorts is er gezocht naar onderzoek over valide screeningsinstrumenten en betrouwbare wijzen van diagnosticeren bij deze doelgroep. De volledige strategie voor de literatuurreview staat beschreven in het reviewprotocol (bijlage 14).

5.2.1 Zoekstrategie - klinisch reviewprotocol

De systematische literatuurreview voor diagnostiek is uitgevoerd in drie databases: PubMed, PsycInfo en CINAHL. Voor de zoekstrategie zijn de volgende hoofdonderwerpen geïdentificeerd: schizofrenie, migranten, signalering, screening, en diagnostiek. De zoekstrings zijn tot stand gekomen met behulp van thesaurustermen van de hoofdonderwerpen en passende combinaties.

Om te voorkomen dat mogelijk relevante artikelen zouden worden gemist, zijn aan de zoekstring naast algemene termen ook specifieke zoektermen voor relevante migrantengroepen - afkomstig uit Turkije, Marokko, Suriname en de Nederlandse Antillen - toegevoegd. Er is besloten om de zoekstring niet in te perken met zoektermen voor leeftijd (zoals "adults" of "adolescents"). Specifieke signalen (waaronder hallucinaties, etc.) worden niet genoemd in de zoekstring, omdat dit een gewenste uitkomst is van één van de uitgangsvragen.

Om geen artikelen te missen is gezocht naar artikelen in alle publicatietypes en zijn referentieslijsten van full tekst artikelen nagekeken op mogelijk gemiste artikelen. De tijdsperiode 1 januari 2000 tot 13 juli 2014 is geselecteerd. Voor diagnostiek is een aanvullende search gedaan naar specifieke instrumenten en cultuurspecifieke methodes. De tijdsperiode voor deze search was 1 januari 2000 tot 17 juli 2014. Het jaar 2000 is gekozen zodat de geïncludeerde artikelen toepasbaar en relevant genoeg zijn bij de huidige ggz.

De zoekstrategie voor de databases Pubmed, PsycInfo en CINAHL en het aantal hits dat de strategieën opleverden is weergegeven in bijlage 8. Relevante artikelen zijn geselecteerd op basis van een selectieprocedure in twee stappen (Bijlage 9).

5.2.2. Geïnccludeerde en geëxcludeerde studies

Tijdens de brede search voor zowel signalering, screening en diagnostiek zijn er in totaal 1.581 originele publicaties gevonden. Hiervan zijn er 156 artikelen full text gedownload als resultaat van de eerste selectie. De voornaamste exclusieredenen tijdens de eerste selectie waren: onderzoek naar diagnostiek in (Afrikaans-)Amerikaanse en Aziatische studiepopulatie, onderzoek naar behandeling van schizofrenie, en epidemiologische studies naar incidentie en prevalentie aantallen. Een compleet overzicht van de exclusieredenen van de artikelen die niet zijn opgenomen in dit rapport is weergegeven in bijlage 10.

In totaal zijn er voor de uitgangsvraag over diagnostiek elf relevante publicaties geïnccludeerd in dit addendum (Berg et al., 2014; Bhugra et al., 2000; Yagdiran, Mass, & Krausz, 2000, 2001; King et al., 2005; Stouten, Veling, van der Helm, Laan, & van der Gaag, 2013; van der Ven, Bourque, Jooper, Selten, & Malla, 2012; Veling, Selten, Mackenbach, & Hoek, 2007; Velthorst et al., 2012; Zandi, et al. 2010). Van deze artikelen onderzochten drie artikelen misdiagnostiek bij niet-westerse migranten (Haasen et al., 2000; Zandi et al., 2011; Zandi et al., 2010). In bijlage 11 wordt een schematisch overzicht weergegeven van de selectieprocedure, inclusief het aantal artikelen uit PubMed, PsychInfo en CINAHL dat gevonden is.

5.2.3 Resultaten

In deze paragraaf worden de relevantste resultaten van de geïnccludeerde artikelen beschreven. Bijlage 13 biedt een overzicht van de artikelen in evidence tabellen, waarin de studies in meer detail staan beschreven. In de studies worden regelmatig afkorting gebruikt voor vragenlijsten, in bijlage 12 staan ze volledig uitgeschreven.

In de presentatie van de resultaten wordt een onderscheid gemaakt tussen studies uitgevoerd in Nederland of in andere westerse landen.

Diagnostiek criteria

In totaal maakten negen van de elf publicaties gebruik van diagnostiek van schizofrenie of psychische aandoeningen op basis van DSM-IV-criteria (Berg et al., 2014; Bhugra et al., 2000; Stouten et al., 2013; van der Ven et al., 2012; Veling et al., 2007; Zandi et al., 2011; Zandi et al., 2010) of ICD-10-criteria (Haasen et al., 2000, 2001; King et al., 2005). De American Psychiatric Association (APA) en de World Health Organisation (WHO) hebben deze criteria geformuleerd voor de diagnose van schizofrenie. Beide classificaties berusten op consensus van deskundigen en zijn daarom arbitrair. De DSM-IV kent behalve de categorie 'schizofrenie' ook de categorieën 'schizofreniforme stoornis' en 'schizo-affectieve stoornis'.

Vier van de vijf studies uitgevoerd in Nederland hebben gebruik gemaakt van de DSM-IV-criteria voor de diagnose van schizofrenie bij personen met een migratieachtergrond wonend in Nederland (Stouten et al., 2013; Veling et al., 2007; Zandi et al., 2011; Zandi et al., 2010). De Nederlandse studie van Velthorst et al. (2012) onderzocht At-Risk-Mental State (ARMS) voor psychose en gebruikte voor de diagnose Personal Assessment and Crisis Evaluation Clinic (PACE) criteria.

Bij de overige twee publicaties was de diagnose niet gerapporteerd (Bhugra et al., 2000; Chorlton et al., 2012).

Misdiagnostiek in Nederland

Zandi et al. (2010;2011) onderzochten of de diagnostiek van psychotische stoornissen bij Marokkaanse migranten in Nederland zou kunnen verbeteren wanneer gebruik zou worden gemaakt van meer cultuur sensitieve instrumenten. Met behulp van twee beoordelingsinstrumenten – Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH) en CASH-CS (Culture Sensitive version) – werden incidentiecijfers van Nederlandse patiënten (n=48) en Marokkaanse migranten (n=29) tussen de 15 en 54 jaar oud vastgesteld en vergeleken. (Zandi et al., 2010) De CASH-CS is een aangepaste versie van de CASH (een semi-gestructureerd diagnostisch instrument voor diagnostiek van psychotische stoornissen) op basis van cultural formulation (Bijlage 18). Een Marokkaanse psychiater was betrokken bij de CASH-CS procedure. Het standaard- CASH interview werd afgenomen door psychiaters, of psychiater in opleiding of psychologen die getraind waren in het gebruik van dit instrument. In deze studie werden bij Marokkaanse migranten inderdaad minder psychotische stoornissen gediagnosticeerd met behulp van de CASH-CS dan met de standaard-CASH. Bij autochtone patiënten werd dit verschil niet gevonden. Gebaseerd op deze gegevens werd er geen verschil gevonden in de incidentie van schizofrenie tussen autochtonen en Marokkaanse migranten. (Zandi et al., 2010)

Een kanttekening bij deze studie is dat in het diagnostisch protocol geen hetero anamnese was meegenomen. De kwaliteit van de diagnostiek zou mogelijk zijn verbeterd met de afname van bijvoorbeeld een IRAOS bij de familie, (Selten et al., 2010) zie ook hoofdstuk 3 van dit addendum. Haagse incidentie studies namen bij de diagnostiek wel informatie van de familie mee. (Selten et al. 2001; Veling et al., 2006)

Zandi et al. (2011) is een vervolgstudie (longitudinaal) op de studie van Zandi et al. (2010). Het doel van deze studie was de voorspellende validiteit van diagnoses gemaakt door de CASH en de CASH-CS te vergelijken. Voor deze studie is dezelfde studiepopulatie genomen als van Zandi et al. (2010). De hoeveelheid personen in de groep van Nederlandse afkomst is echter aangepast, zodat deze even groot is als in de groep van Marokkaanse afkomst (n=29). De CASH-UP (longitudinale follow-up versie van het standaard diagnostisch interview) is gebruikt voor het diagnosticeren van psychotische stoornissen na 2,5 jaar follow-up. De resultaten suggereren dat de validiteit van de CASH-CS om psychotische stoornissen bij Marokkaanse migranten te identificeren hoger is dan de validiteit van de standaard-CASH. Zowel de resultaten voor de prognose van een psychotische stoornissen als de diagnostische stabiliteit waren gunstig voor de CASH-CS.

Misdiagnostiek in andere westerse landen

De cohortstudie van Haasen et al. (2000) deed onderzoek naar de mogelijkheid tot misdiagnose van schizofrenie bij migranten van niet-westerse afkomst (Turkije) in Duitsland.

In deze studie werd de diagnose van Turkse en Duitse patiënten met een paranoïde-hallucinatiesyndroom door een interviewer van Turkse origine vergeleken met die van een interviewer van Duitse afkomst. Onenigheid over de diagnose bestond bij 19% van de Turkse patiënten tegen 4% bij de Duitse patiënten. Bij Turkse patiënten met een 'slechte' kennis van de Duitse taal en cultuur was de onenigheid over de diagnose groter dan bij Turkse patiënten met een 'goede' kennis (29% versus 17%). De resultaten van deze studie suggereren dat de kans op misdiagnose groter is voor Turkse migranten in Duitsland.

Er zijn geen studies gevonden naar misdiagnose bij Surinaamse en Antilliaanse migranten.

5.3 Conclusies - samenvatting wetenschappelijke literatuur

<p>Niveau 2</p>	<p>Het is aannemelijk dat misdiagnostiek plaatsvindt van psychotische stoornissen bij niet-westerse migranten in een westers land.</p> <p><i>Haassen et al. 2000; Zandi et al. 2010</i></p>
<p>Niveau 3</p>	<p>Er zijn aanwijzingen dat het gebruik van de cultuursensitieve diagnostische instrumenten (waaronder de CASH-CS) de diagnostiek bij personen met een migratieachtergrond in een westers land verbetert.</p> <p>Er zijn aanwijzingen dat het gebruik van standaard diagnostische instrumenten kan leiden tot misdiagnose van psychotische stoornissen bij niet-westerse migranten in een westers land.</p> <p><i>Zandi et al. 2010</i></p>
<p>Niveau 3</p>	<p>Er zijn aanwijzingen dat de CASH-CS bij het diagnosticeren van psychische stoornissen bij personen met een migratieachtergrond in een westers land een hogere validiteit heeft dan de standard CASH.</p> <p><i>Zandi et al. 2011</i></p>

5.4 Overwegingen van de werkgroep

Kwaliteit van het bewijs

Hoewel er weinig bewijs is en de kwaliteit van het bestaande bewijs niet hoog is, zijn er aanwijzingen dat het gebruik van de culturele formulering en cultuursensitieve diagnostische instrumenten de diagnostiek bij personen met een migratieachtergrond in een westers land (positief) beïnvloedt.

Huidige praktijk

Psychiatrische diagnoses worden gesteld op basis van uitspraken en gedrag van patiënt. In de praktijk maar ook uit wetenschappelijke onderzoeken blijkt dat psychiaters die de culturele en maatschappelijke achtergrond van een patiënt niet kennen en diens gedrag, toestandsbeeld (zoals trance) of emotionele uitingen (achterdocht) niet in een bepaalde en specifieke context kunnen plaatsen, vaak geneigd zijn om deze te zien als een pathologisch symptoom (zoals paranoia) en toe te schrijven aan een stoornis (schizofrenie). (Fernando, 1991; Sashidharen, 1993, Ingleby, 2008; Zandi et al., 2008;). Neighbors et al. (2003) hebben in hun review gebaseerd op veel studies in de VS de grote kans op misdiagnose van schizofrenie bij mensen van een andere etnische achtergronden aangetoond. Verder blijkt uit verschillende klinische studies dat misdiagnostiek een duidelijk probleem is (Strakowski, 2003; Zandi et al., 2010; Veling, 2013). Psychotische symptomen zouden worden overschat en affectieve symptomen onderschat of in zijn geheel gemist (Zandi et al., 2011; Gara et al. 2012). Racisme als factor in de misdiagnostiek is zeker niet uitgesloten (Hickling et al., 1999; Fearon et al., 2006).

Andere diagnose

Veel voorkomende symptomen van schizofrenie, waaronder wanen en hallucinaties, komen ook voor bij andere psychische stoornissen, waaronder post-traumatische stressstoornis (PTSS). De resultaten van het proefschrift van Braakman (2013) suggereren dat vluchtelingen met PTSS een groot risico hebben op misdiagnose: in plaats van PTSS wordt schizofrenie gediagnosticeerd of andersom. Ook dit heeft mogelijk effect op de waargenomen incidentie en prevalentie van schizofrenie.

Gevolgen misdiagnose

Meerdere studies rapporteren een verhoogde kans op psychotische stoornissen en schizofrenie onder migranten in Nederland. Er zijn aanwijzingen dat de kans op misdiagnose van psychische stoornissen bij niet-westerse migranten in Europa en Nederland door het gebruik van standaard diagnostische instrumenten groter is dan bij Nederlanders. Omdat diagnostiek grotendeels bepalend is voor de behandeling en het beloop van de stoornis is het van belang de diagnostiek betrouwbaar en ook cultureel valide uit te voeren.

5.5 Aanbevelingen

MDR Schizofrenie

1. De diagnostische aanbevelingen in dit addendum zijn een toevoeging aan de Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie. De aanbevelingen in dit addendum dienen in combinatie met de aanbevelingen voor diagnostiek uit de Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie in acht te worden genomen.

Diagnostische interviews

2. Een goede relatie met de patiënt en naastbetrokkenen is van belang om het diagnostisch proces goed te laten verlopen (zie hoofdstuk 3 voor aanbevelingen).
3. De noodzaak van het afnemen van een goede hetero-anamnese is bij migranten zo mogelijk nog groter dan bij autochtonen. Het verdient aanbeveling om aan familieleden te vragen wat ze van de opvattingen en belevingen van de patiënt vinden en of ze deze normaal achten binnen hun cultuur.
4. De MDR Schizofrenie raadt aan om bij patiënten met een vermoeden op een schizofrene stoornis een semigestructureerd diagnostisch interview af te nemen. Maar omdat deze interviews in de meeste gevallen onvoldoende rekening houden met de migratieachtergrond zijn culturele vragen als toevoeging van belang.
5. Tijdens het diagnostisch proces kan als toevoeging van de normale procedure (vragen uit) het cultureel interview gebruikt worden. Bij mensen van Marokkaanse afkomst kan (daarnaast ook) de CASH-CS gebruikt worden.
6. Consulteer bij twijfel of een onduidelijke diagnose bij een persoon met een niet-westerse achtergrond een ervaren collega's op dit gebied.

Differentiële diagnostiek

7. Bij iemand met een migratieachtergrond die psychotische symptomen ontwikkelt, dient men in de differentiële diagnostiek extra aandacht te besteden aan een eventuele depressieve stoornis met psychotische kenmerken of PTSS.

Literatuur

Bronnen systematische literatuur review

Berg, A. O., Andreassen, O. A., Aminoff, S. R., Romm, K. L., Hauff, E., & Melle, I. (2014). The impact of immigration and visible minority status on psychosis symptom profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. doi: 10.1007/s00127-014-0897-x

Bhugra, D., Hilwig, M., Corridon, B., Neehall, J., Rugde, S., Mallett, R., & Leff, J. (2000). A Comparison of Symptoms in Cases with First Onset of Schizophrenia Across Four Groups. *Eur. J. Psychiat.*, 14(4), 241-249.

Haasen, C., Yagdiran, O., Mass, R., & Krausz, M. (2000). Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany. *Acta Psychiatr Scand*, 101(2), 125-129.

Haasen, C., Yagdiran, O., Mass, R., & Krausz, M. (2001). Schizophrenic disorders among Turkish migrants in Germany. A controlled clinical study. *Psychopathology*, 34(4), 203-208. doi: 49308

King, M., Nazroo, J., Weich, S., McKenzie, K., Bhui, K., Karlsen, S., . . . Erens, B. (2005). Psychotic symptoms in the general population of England--a comparison of ethnic groups (The EMPIRIC study). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40(5), 375-381. doi: 10.1007/s00127-005-0900-7

Selten, J. P., Laan, W., Veen, N. D., Blom, J. D., Veling, W., & Hoek, H. W. (2010). Incidence of schizophrenia among Moroccan immigrants to the Netherlands. *Schizophr.Res.*, 124, 240-241.

Selten, J. P., Veen, N., Feller, W., Blom, J. D., Schols, D., Camoenie, W. et al. (2001). Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *Br.J.Psychiatry*, 178, 367-372.

Stouten, L. H., Veling, W., van der Helm, M., Laan, W., & van der Gaag, M. (2013). Cognitive deficits and ethnicity: a cohort study of early psychosis patients in The Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(1), 37-47. doi: 10.1007/s00127-012-0521-x

van der Ven, E., Bourque, F., Joobar, R., Selten, J. P., & Malla, A. K. (2012). Comparing the clinical presentation of first-episode psychosis across different migrant and ethnic minority groups in Montreal, Quebec. *Can J Psychiatry*, 57(5), 300-308.

Veling, W., Selten, J. P., Veen, N., Laan, W., Blom, J. D., & Hoek, H. W. (2006). Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. *Schizophr.Res.*, 86, 189-193.

Veling, W., Selten, J. P., Mackenbach, J. P., & Hoek, H. W. (2007). Symptoms at first contact for psychotic disorder: comparison between native Dutch and ethnic minorities. *Schizophr Res*, 95(1-3), 30-38. doi: 10.1016/j.schres.2007.06.024

Velthorst, E., Nieman, D. H., Veling, W., Klaassen, R. M., Dragt, S., Rietdijk, J., van der Gaag, M. (2012). Ethnicity and baseline symptomatology in patients with an At Risk Mental State for psychosis. *Psychol Med*, 42(2), 247-256. doi: 10.1017/S0033291711001486

Zandi, T., Havenaar, J. M., Laan, W., Kahn, R. S., & van den Brink, W. (2011). Predictive validity of a culturally informed diagnosis of schizophrenia: a 30 month follow-up study with first episode psychosis. *Schizophr Res*, 133(1-3), 29-35. doi: 10.1016/j.schres.2011.09.024

Zandi, T., Havenaar, J. M., Smits, M., Limburg-Okken, A. G., van Es, H., Cahn, W., . . . van den Brink, W. (2010). First contact incidence of psychotic disorders among native Dutch and Moroccan immigrants in the Netherlands: influence of diagnostic bias. *Schizophr Res*, 119(1-3), 27-33. doi: 10.1016/j.schres.2010.02.1059

Bronnen uit de inleiding en de overige overwegingen

De referenties van "Veling et al., 2008, 2010; Selten & Cantor-Graae, 2005; Selten et al. 2011" komen uit: Hoogsteder & Veling (2013). "Een open geest met andere ogen. Interculturele diagnostiek en behandeling van mensen met psychose." Mikado, Utrecht, september 2013.

APA (American Psychiatric Association) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andreasen, N. C., Flaum, M., & Arndt, S. (1992). The Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH). An instrument for assessing diagnosis and psychopathology. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 615-623.

Bogers, J.P.A.M., Goedhart, A.W., Hermans, P.J. Culturele bias in de beoordeling van negatieve symptomen? Diagnose observaties van Surinaamse patiënten door Surinaamse en Nederlandse psychiaters. *Tijdschrift voor psychiatrie* 45, 4, 2003, 203-210.

Bourque, F., van der Ven, E. & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, 41, 897-910.

Braakman (2013). Hoofdstuk Clinical differences between psychosis in posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features and schizophrenia among refugees" in: *Posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features*. Proefschrift.

Fearon, P., Kirkbride, J.B., Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., Lloyd, T. e.a. (2006). Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP Study. *Psychological Medicine*, 36, p. 1541-1550.

Fernando, S. (1991). *Mental health, race and culture*. Basingstoke: Macmillan.

Gara, M.A., Vega, W.A., Arndt, S., e.a. (2012). Influence of patiënt race and ethnicity on clinical assessment in patiënts with affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 69, 593–600.

Hafner, H., Riecher-Rossler, A., Hambrecht, M., Maurer, K., Meissner, S., Schmidtke, A. et al. (1992). IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. *Schizophr Res*, 6, 209-223.

Hickling, F.W., & McKenzie, K., Mullen, R., e.a. (1999). A Jamaican psychiatrist evaluates diagnosis at a London psychiatric hospital. *British Journal of Psychiatry*, 175, 283 -285.

Ingleby (2008). Schizofrenie, migratie en etniciteit. Nieuwe visies in onderzoek. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 5 (1), 10-23.

Jarvis, G. E., Toniolo, I., Ryder, A. G., Sessa, F., & Cremonese, C. (2011). High rates of psychosis for black inpatiënts in Padua and Montreal: different contexts, similar findings. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 46, 247-253.

Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (2012). Utrecht: NVVP/ Trimbos-instituut/De Tijdstroom.

Selten, J.P. (2002). Epidemiologie van schizofrenie bij migranten in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 44(10), 665-675.

Sashidharan, S.P. (1993) Afro-Caribbeans and schizophrenia: the ethnic vulnerability hypothesis re-examined. *International Journal of Psychiatry*, 5, 129 - 144.

Strakowski (2003). How to avoid ethnic bias when diagnosing schizophrenia. *Current Psychiatry*, 2, 82-92.

Veling, W. (2013). Ethnic minority position and risk for psychotic disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 166-171.

Zandi, T., Havenaar, J.M., Limburg-Okken, A.G. e.a. (2008). The need for culture sensitive diagnostic procedures. A study among psychotic patiënts in Morocco. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 (3), 244-250

Zandi, T., Havenaar, J. M., Smits, M., Limburg-Okken, A. G., van Es, H., Cahn, W., van den Brink, W. (2010). First contact incidence of psychotic disorders among native Dutch and Moroccan immigrants in the Netherlands: influence of diagnostic bias. *Schizophr Res*, 119(1-3), 27-33. doi: 10.1016/j.schres.2010.02.1059

Hoofdstuk 6 Behandeling met antipsychotica

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt het veilig en effectief voorschrijven van antipsychotica aan patiënten afkomstig uit een van de vier grootste niet-westerse migrantengroepen in Nederland.

Effectiviteit in het algemeen

Farmacotherapie is een essentieel onderdeel van de behandeling van mensen met schizofrene stoornissen. (MDR Schizofrenie, 2012) Het effect van antipsychotica op vermindering van de symptomen is erg groot (Leuch et al, 2009). Tevens blijkt dat stoppen met antipsychotica de kans op een terugval in een psychose fors verhoogd. Dit geldt zowel bij mensen met een eerste psychose (Kane et al. 1982) als bij mensen die al meerder episodes hebben doorgemaakt. (Gaebel et al. 2002)

Onderzoek naar het verschil in effectiviteit tussen antipsychotische middelen toont geen sterke verschillen aan ten aanzien van positieve symptomen. (MDR Schizofrenie, 2012) De CATIE- studie met 1500 deelnemers liet bijvoorbeeld zien dat de effectiviteit van de eerste- en tweedegeratie-antipsychotica grotendeels vergelijkbaar is. Daarbij dient wel opgemerkt te worden dat Olanzapine het beste werd verdragen en Clozapine het meest effectief was (Meyer et. al 2005).

Compliance

Voor een adequate compliance van een medicijn tegen psychose is een goede therapeutische relatie van groot belang. Tevens spelen vanzelfsprekend de effectiviteit, het bijwerkingenprofiel, de acceptatie en het ziektebesef een belangrijke rol. In de praktijk wordt regelmatig vastgesteld dat de therapietrouw van patiënten met een migratieachtergrond laag is (Hoogsteder & Veling 2013). Mogelijk is bij hen de acceptatie lager als gevolg van een ander cultureel concept van psychotische ziektes, taalvaardigheid en opleidingsniveau (Vintges & van den Muijsenberg, 2012). Het verschil tussen de gezondheidszorg in Nederland en het land van herkomst kan een rol spelen. (Denktas et. al. 2010; Ahmad et al. 2013) Ook komt er steeds meer erkenning van etniciteit als belangrijke factor van de interindividuele variabiliteit van de behandeling met antipsychotica. Het belang van deze factor krijgt steun vanuit farmacogenetische perspectief, waarbij individuele en mogelijk etnische verschillen de kwetsbaarheid voor bijwerkingen kunnen verklaren. Het is belangrijk te benoemen dat er ook bij verschillende etnische groepen sprake is van een heterogene bevolking met een genetische variëteit.

Huidige praktijk

Meyer et al. (2009) rapporteerde verschil in de prevalentie van het metabool syndroom tussen verschillende etnische groepen, en benadrukte dat dit verschil bij verschillende middelen anders is. Mogelijk zouden de verschillen in metabool syndroom groter zijn bij een medicijn met een relatief kleine kans op metabole bijwerkingen. In de huidige praktijk blijkt er een associatie te zijn tussen metabool syndroom en verschillende etnische groepen. In een (ongepubliceerde) Haagse studie werd geconstateerd dat Surinaams-Hindoestaanse patiënten vaker een klassiek middel kregen voorgeschreven. Mogelijk hielden de voorschrijvers bij deze groep rekening met een verhoogd risico op het metabool syndroom. (Hoogsteder & Veling 2013) Overigens werden er in dezen geen verschillen in voorschrijfgedrag gevonden tussen autochtone, Marokkaanse en Turkse patiënten.

Uitgangsvraag

Mogelijk zijn er verschillen tussen de etnische groepen in Nederland in mate van bijwerkingen en compliance. De werkgroep vond het daarom van belang de volgende uitgangsvraag te stellen:

Hoe is er veilig en effectief medicatie voor te schrijven aan patiënten met een schizofrene stoornis uit de vier grootste niet-westerse migrantengroepen in Nederland?

6.2 Wetenschappelijke onderbouwing

De systematische literatuurreview ter ondersteuning bij de ontwikkeling van het onderhavige hoofdstuk bestond uit een literatuursearch naar farmacologische bijwerkingen bij personen met een niet-westerse migratieachtergrond. De volledige strategie voor de literatuurreview staat beschreven in het reviewprotocol (Bijlage 15).

6.2.1. Zoekstrategie/klinisch review protocol

De systematische literatuurreview is uitgevoerd in drie databases: PubMed, PsycInfo, EMBASE en CINAHL. Voor de zoekstrategie zijn de volgende hoofdonderwerpen geïdentificeerd: schizofrenie, migranten, antipsychotica en bijwerken. De zoekstrings zijn tot stand gekomen met behulp van thesaurustermen van de hoofdonderwerpen en passende combinaties.

Om te voorkomen dat mogelijk relevante artikelen zouden worden gemist, zijn aan de zoekstring naast algemene termen ook specifieke zoektermen voor relevante groepen - uit Turkije, Marokko, Suriname en de Nederlandse Antillen - toegevoegd. Er is besloten om de zoekstring niet in te perken met zoektermen voor leeftijd (zoals "adults" of "adolescents"). Specifieke bijwerkingen – waaronder extrapiramidale bijwerkingen, metabole complicaties, agranulocytose en dyskinesie – zijn wel genoemd in de zoekstring, omdat dit een gewenste uitkomst is van de uitgangsvraag.

Om geen artikelen te missen is gezocht naar artikelen in alle publicatietypes. De tijdsperiode van de search was van januari 2000 tot juli 2014 (EMBASE tot aan april 2015). Het jaar 2000 is gekozen zodat de geïnccludeerde artikelen toepasbaar en relevant genoeg zijn bij de huidige GGZ.

De zoekstrategie voor de databases Pubmed, PsycInfo, EMBASE en CINAHL en het aantal hits dat de strategieën opleverden is weergegeven in Bijlage 16. Relevante artikelen zijn geselecteerd op basis van een selectieprocedure in twee stappen (Bijlage 9).

6.2.2 Geïnccludeerde en geëxcludeerde studies

Tijdens de search voor farmacologische bijwerking zijn er in totaal 1009 originele publicaties gevonden. Hiervan zijn 81 artikelen full text gedownload als resultaat van de eerste selectie. De voornaamste exclusiereden tijdens de eerste selectie waren: studies naar behandeling met antipsychotica waarin geen sprake was van etniciteit en onderzoek naar bijwerkingen in (Afrikaans-)Amerikaanse en Aziatische studiepopulatie. In de overige overwegingen zijn enkele studies met andere studiepopulaties (met betrekking tot etniciteit) uitgelicht.

In totaal zijn er voor de uitgangsvraag drie relevante publicaties geïnccludeerd in dit addendum (Boke et al., 2007; Cohen et al., 2006; Van Harten et al., 2006).

Resultaten

In deze paragraaf worden de meest relevante resultaten van geïnccludeerde artikelen beschreven. Bij Bijlage 17 staat een overzicht van de artikelen in evidence tabellen, waarin de studies in meer detail staan beschreven.

In totaal zijn er twee studies geïnccludeerd waarin de relatie tussen etniciteit en farmacologische bijwerkingen is onderzocht bij Nederlandse patiënten met schizofrenie, en één studie waarin de relatie tussen farmacogenetica, antipsychoticagebruik en tardieve dyskinesie is onderzocht bij patiënten met schizofrenie in Turkije.

Farmacologische bijwerkingen in Nederland

Cohen et al. (2006) onderzochten de prevalentie van diabetes mellitus in patiënten met schizofrenie en andere schizofrene stoornissen (schizo-affectieve patiënten) volgens DSM-IV-criteria, en de relatie tussen antipsychoticagebruik en het ontwikkelen van diabetes mellitus. De onderzoekers keken onder meer naar het effect van de etniciteit van de studiepopulatie. De studiepopulatie bestond uit 266 patiënten van intramurale afdeling voor langdurige zorg, van wie 204 personen van blanke, 37 personen met een donkere huidskleur, 15 personen van Aziatische, en 10 personen van een gemixte etniciteit. Verdere details over etniciteit vermeldt de studie niet. Met behulp van venapunctie (bloedafname) werd het plasmaglucoseniveau geëvalueerd volgens NHG-standaard Diabetes mellitus type 2 (1999). De prevalentie van diabetes type 2 bij patiënten met schizofrenie of schizofrene stoornissen (9,0%) was significant hoger dan in de algemene bevolking (4,9%; OR=1.89, CI=1.14-3.13).

Er werd geen relatie gevonden tussen de duur van de behandeling met antipsychotica en de prevalentie van diabetes mellitus. Evenmin werd er een significant verschil gevonden in prevalentiecijfers voor diabetes mellitus tussen patiënten van verschillende etnische achtergronden ($p=0.282$).

Van Harten et al. (2006) onderzochten in een negenjarig cohortstudie met zes metingen (1993, 1994, 1996, 1997, 1998 en 2001) de jaarincidentie van tardieve dyskinesie (TD) en tardieve dystonie (TDt) in patiënten met psychoses (DSM-III-R) in relatie tot gebruik van eerste generatie antipsychotica. De studiepopulatie bestond uit 194 patiënten (met name met chronisch psychiatrische problematiek) die in behandeling waren bij het enige psychiatrisch ziekenhuis op Curaçao. De meeste patiënten (95%) waren van Afro-Caribische afkomst.

Het onderzoek liet zien dat patiënten van Afro-Caribische afkomst die langdurig behandeld werden met eerste generatie antipsychotica een TD jaarincidentie van 10,2% hadden. De jaarincidentie van TDt was 0,7%. De studie liet ook zien dat de TDt relatief vroeg optreedt in de behandeling met antipsychotica.

De incidentie van TD in het Van Harten et al. (2006) onderzoek was twee keer hoger in vergelijking met onderzoeken waarin blanke deelnemers waren geïncludeerd in andere onderzoeken (Mongenstem en Glazer, 1993; Yassa en Nair, 1984). Overigens had de Afro-Amerikaans subgroep in de Mongenstem en Glazer (1993) studie een vergelijkbare incidentie als Van Harten et al. (2006). Het is daarom goed mogelijk dat de hoge incidentie van TD geassocieerd is met de Afro-Caribische afkomst en dat zij kwetsbaarder zijn voor TD dan blanken. Voorzichtigheid is geboden omdat de Van Harten et al. (2006) studie geen blanke etnische vergelijkingsgroep had.

Farmacologische bijwerking bij patiënten met schizofrenie van Turkse komaf

In hun studie onderzochten Boke et al. (2007) de associatie van tardieve dyskinesie (TD) met polymorfisme van genen die coderen voor het HTR2A- en CYP1A2-en in een Turkse studiepopulatie van patiënten met schizofrenie die zowel antipsychotica als anticholinergica gebruikten. Daarbij werden risicofactoren geïdentificeerd voor het ontwikkelen van TD. Een polymorfisme is een veranderde nucleotidencode voor een bepaald gen dat bij een dusdanig groot percentage van de populatie voorkomt dat niet meer van een mutatie kan worden gesproken.

De studiepopulatie bestond uit 227 Turkse patiënten, van wie 47 patiënten met schizofrenie en TD, 80 patiënten met schizofrenie zonder TD, en 100 gezonde controles. De extractie van DNA vond plaats met behulp van 'uitzouten'. Bij de techniek worden organische verbindingen die matig in water oplosbaar zijn gescheiden van de waterlaag. Daarna vond genotypering plaats. Conclusie van de studie is dat behandeling met antipsychotica (voor elk jaar; $p=0.003$, $OR=1.15$; $CI=1.07-1.23$) en genotype A/A voor HTR2A een risicofactor is voor de ontwikkeling van TD ($p=0.026$; $OR=4.34$; $CI=1.19-15.81$). Dit resultaat steunt de stelling dat het HTR2A-gen polymorfie de ontwikkeling van TD bij Turkse patiënten met schizofrenie na langdurige behandeling met antipsychotica negatief beïnvloedt.

Boke et al. (2007) merken op dat niet alle relevante onderzoeken de associatie tussen polymorfismevarianties in HTR2A-genen en TD ondersteunen. Het verschil in resultaat kan het gevolg zijn van de complexiteit van TD-etnologie, etniciteit van de studiepopulatie, kenmerken van de bevolking, dosering, gekozen behandeling met antipsychotica, selectie van de controlegroep en steekproefgrote.

Er zijn in deze systematische literatuurreview geen studies geïdentificeerd naar de effecten van genetica en behandeling met antipsychotica bij patiënten met schizofrenie van een andere etniciteit.

6.3 Conclusies - samenvatting wetenschappelijke literatuur

Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat er geen verschil is in de prevalentie van diabetes mellitus tussen patiënten met schizofrenie van verschillende etnische achtergronden in Nederland die behandeld worden met antipsychotica.</p> <p><i>Cohen et al. 2006</i></p>
-----------------	--

Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat Afro-Caribische patiënten een verhoogde incidentie hebben voor TD bij langdurig gebruik van eerste generatie antipsychotica.</p> <p><i>Van Harten et al. (2006)</i></p>
-----------------	---

Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat de aanwezigheid van het HTR2A-gen polymorfisme bij patiënten met schizofrenie van Turkse etniciteit na langdurige behandeling met antipsychotica tot tardieve dyskinesie leidt.</p> <p><i>Boke et al. 2007</i></p>
-----------------	--

6.4 Overwegingen van de werkgroep

Kwaliteit van het bewijs

Voor het beantwoorden van de uitgangsvraag is weinig wetenschappelijke evidentie gevonden en de evidentie die er is, is van lage kwaliteit. Mogelijk geven studies uit Nederland en andere landen die niet binnen de criteria van het reviewprotocol pasten (te weinig deelnemers in de studie, andere etnische groepen, somatische prevalentiecijfers) aanvullende inzichten om de uitgangsvraag beter te kunnen beantwoorden.

Uit Nederlandse onderzoeken

Etniciteit als verhoogd risico op diabetes in algemene populatie:

Onderzoek naar het metabool syndroom bij antipsychotica-gebruik ontbreekt bij de vier grootste Nederlandse niet-westerse migrantengroepen. Wel is bekend dat sommige etnische groepen gevoeliger zijn voor metabool-gerelateerde somatische ziektes. De prevalentie van diabetes ligt het hoogst onder personen van Hindoestaans-Surinaamse afkomst, met name in de hogere leeftijdsgroep. (Nationaal Kompas Volksgezondheid) Bij personen van Turkse (5,6%) en Marokkaanse (8,0%) afkomst ligt de prevalentie ook hoger dan bij autochtonen (3,1%) (Ujcic – Voortman et al. 2009). Bovendien krijgen allochtonen op jongere leeftijd diabetes dan autochtonen. (Nationaal Kompas Volksgezondheid).

Benigne etnische neutropenie en Clozapine

Clozapine blijft een middel met een voorsnog ongeëvenaarde superieure werking bij patiënten met therapieresistente schizofrenie (Schulte, 2001). Helaas kent Clozapine een aantal zeldzame, maar gevaarlijke bijwerkingen. Overigens neemt desondanks de totale mortaliteit bij patiënten met schizofrenie af door het gebruik van Clozapine.

Agranulocytose is één van de ernstige bijwerkingen. Om het risico op het ontstaan van een fatale agranulocytose te beperken staat in de Clozapinerichtlijn dat met Clozapine gestopt moet worden als het aantal leukocyten kleiner is dan $3,0 \times 10^9/l$ of het aantal neutrofielen kleiner is dan $1,5 \times 10^9/l$. Deze normaalwaarden voor leukocyten en neutrofielen zijn echter gebaseerd op de westerse populatie. Bij bepaalde etnische groepen komt benigne etnische neutropenie voor, waarbij de normaalwaarden verschillen. Benigne etnische neutropenie is een erfelijke variatie waarbij van nature het aantal neutrofielen in het bloed laag is. Mensen met deze variatie hebben geen verhoogd risico op infecties. Daarom zou agranulocytose bij mensen met benigne etnische neutropenie anders gedefinieerd moeten worden. Het is bekend dat 25-50% van de personen van Afrikaanse, Afro-Caribische afkomst benigne etnische neutropenie hebben (Rippey 1967). Ook komt het vaker voor bij Jemenitische Joden (Weingarten et al. 1993).

Volgens Laan & Ramlal (2012) krijgen niet-westerse patiënten met schizofrenie vaak ten onrecht Clozapine niet voorgeschreven, ook als dit middel wel geïndiceerd is. Benigne etnische neutropenie kan een reden hiervan zijn. In hun case report beschrijven ze een patiënt van Surinaams-Hindoestaanse afkomst met benigne etnische neutropenie. Ondanks het lage aantal neutrofielen kon deze patiënt Clozapine blijven gebruiken.

Uit niet-Nederlandse onderzoeken

Dosering van antipsychotica en etniciteit

Eenzelfde doses antipsychotica heeft voor etnische groepen een verschillend effect, blijkt uit divers onderzoek. Genetische polymorfisme van CYP2D6 speelt een rol waardoor patiënten de antipsychotica trager metaboliseren (poor metabolizers) of juist sneller metaboliseren (ultrarapid metabolizers). Het personaliseren van de antipsychoticabehandeling met farmacogenetische testen zou een oplossing kunnen zijn om bijwerkingen te voorkomen.

De onderzoeken naar het verschillend effect zijn alleen niet onder de Nederlandse migrantengroepen gedaan. Er zijn aanwijzingen dat patiënten van Latijns-Amerikaanse herkomst lagere doseringen van antipsychotica nodig hebben voor een vergelijkbare antipsychotische respons dan blanke en Afro-Amerikanen patiënten. (Collazo et al. 1996, Ruiz et al. 1999) Chee et al. (2005) onderzochten de dosis van Clozapine bij patiënten met schizofrenie met verschillende etnische achtergronden. De studiepopulatie bestond uit 20 Aziatische patiënten, waarvan 13 afkomstig uit China, 4 uit India, 3 uit Maleisië, en 20 blanke patiënten uit Australië. Uit de studie bleek dat Aziatische patiënten in vergelijking met blanken een lagere dosis (2.5x zo laag) nodig hadden om een effectieve plasmaconcentratie te bereiken. Deze bevinding suggereert dat er aanzienlijke etnische verschillen zijn in de farmacokinetiek van Clozapine. Vanuit klinisch oogpunt kan een routinedosis Clozapine bij Aziatische patiënten leiden tot excessieve plasmaniveaus en aanleiding zijn tot geneesmiddeltoxiciteit. Daarentegen kunnen plasma Clozapinespiegels in blanken bij bescheiden doses niet de noodzakelijke therapeutische niveaus bereiken. Ook Kim et al. (2004) onderzochten een specifiek antipsychoticum. Uit hun onderzoek bleek dat de plasmaspiegel bij Aziaten bij een dezelfde dosering van haloperidol hoger was dan bij Amerikanen en Canadezen.

Antipsychotica-geïnduceerde gewichtstoename: Amerikaans onderzoek:

Met de introductie van tweedegeneratie antipsychotica is medicatie-geïnduceerde gewichtstoename een groot probleem geworden. Overgewicht leidt tot ernstige somatische complicaties (cardiovasculaire aandoeningen, diabetes mellitus) waardoor de kwaliteit van leven afneemt en de levensverwachting daalt. Uit divers onderzoek is het bekend dat gewichtstoename een van de meest voorkomende bijwerkingen is. Verschillende farmacogenetische studies hebben de associatie van gen polymorfisme met gewichtstoename onderzocht. Herken et al. (2009) vonden bij onderzoek onder patiënten met schizofrenie uit Turkije een associatie tussen gewichtstoename door olanzapine gebruik en Pro12ALA-polymorfisme van PPAR-gamma2-gen (Peroxisome proliferator-activated receptor gamma 2 gen).

Meer farmacogenetisch onderzoek op dit onderwerp naar de groepen migranten in Nederland is er niet. Wel is er in de VS veel onderzoek gedaan naar etnische verschillen en farmacogenetisch onderzoek wat betreft bijwerkingen van antipsychotica. Een recent farmacogenetische onderzoek (Muller et al., 2012) en een klinische epidemiologische studie (Stauffer et al., 2010) lieten zien dat niet-blanke personen,

in het bijzonder Afro-Amerikanen, een verhoogd risico hebben op gewichtstoename, voornamelijk bij olanzapine en Clozapine.

Hoewel er bewijs is voor een associatie tussen gewichtstoename en genetische factoren blijft het een uitdaging om in de klinische praktijk met behulp van farmacogenetische testen bijwerkingen te voorspellen. Dat komt onder meer omdat de bijwerkingen van antipsychotica, vooral gewichtstoename, multifactorieel van oorsprong zijn. Er blijkt niet alleen sprake te zijn van genetische predispositie, maar ook van sociodemografische en levensstijlfactoren (Chan et al 2013). Verder onderzochten Chan et al. (2013) de rol van zelf-gerapporteerde etniciteit en genetische afkomst in antipsychotica-geïnduceerde gewichtstoename bij patiënten met schizofrenie. Beide Afro-Amerikaanse genetische afkomst en zelf-gerapporteerde etniciteit waren significant geassocieerd met gewichtstoename. Zelf-gerapporteerde Afro-Amerikaanse afkomst bleek een iets betere voorspeller van antipsychotica-geïnduceerde gewichtstoename dan genetische afkomst. Dit duidt op een mogelijke gen-omgevinginteractie. (Chan et al. 2013).

Aziaten in Aziatische landen

Diverse onderzoeken laten zien dat er ook interetnische verschillen bestaan tussen populaties uit verschillende Aziatische landen (Xiang et al. 2010). Zo vond de studie van Ormerod et al. (2008) een relatief risico van 1.38 (95% CI= 1.11-1.72) op het extrapiramidaal syndroom in Oost-Aziatische patiënten ten opzichte van niet-oost- Aziaten.

Daarnaast vonden verschillende studies een lage prevalentie van tardieve dyskinesie in verschillende Aziatische landen. De prevalentie van 5% was lager dan de cijfers die zijn gemeld voor westerse patiënten (9%) in de SOHO-studie (Tenback et. al 2005). Het is onduidelijk of de lage prevalentie van tardieve dyskinesie in vergelijking met de prevalentie gemeld voor westerse patiënten echt is of veroorzaakt wordt doordat tardieve dyskinesie onvoldoende wordt erkend. (Xiang et al. 2010).

Genetica en antipsychoticabehandelingreviews:

Twee reviews van *Bersani et al. (2011)* en *Tsermpini et al. (2014)* concludeerden dat er aanzienlijke genetische verschillen bestaan die kunnen samenhangen met het optreden van bijwerkingen en therapieresistentie. Zij bestuderen in hun reviews interindividuele genetische factoren bij patiënten met schizofrenie die de respons op Clozapine en risperidon kunnen beïnvloeden. Etniciteit wordt ook genoemd als een interindividuele factor. Er konden geen definitieve conclusies worden getrokken ten aanzien van etniciteit. Tsermpini et al. (2014) concludeerden wel dat het identificeren van biomarkers kan worden benut om de effectiviteit en toxiciteit van antipsychotica te voorspellen (bijvoorbeeld farmacogenotypering van relevante metaboliserende eiwitten (CYP's)). Dit kan leiden tot een snellere start en een betere instelling van de therapie.

6.5 Aanbevelingen

Algemeen

1. De aanbevelingen voor farmacologische behandeling (instellen op een antipsychotica en controle op bijwerkingen) in dit addendum zijn een toevoeging aan de Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie. De aanbevelingen in dit addendum dienen in combinatie met de aanbevelingen voor farmacologie uit de MDR Schizofrenie in acht te worden genomen.
2. Als een antipsychoticum niet werkt of er ernstige bijwerkingen zijn dan is het bij personen met een niet westerse etniciteit aan te raden om farmacogenotypering van CYP te laten verrichten.
3. Begin met een relatief lage dosering van het antipsychoticum en bouw de dosering langzaam op – eventueel to een hogere einddosis dan gebruikelijk ('start low, go slow, go all the way').

Specifieke groepen

4. Metabolisme en andere farmacokinetische aspecten kunnen verschillen tussen etnische groepen. Hierdoor kunnen ernstige (verschillen in) bijwerkingen optreden. Wees hier alert op.
5. Houd er rekening mee dat bij het voorschrijven van antipsychotica Antilianen een verhoogde kans op tardieve dyskinesie hebben.
6. Houd er rekening mee dat niet alleen etnisch-genetische variaties maar ook levensstijlaspecten kunnen maken dat mensen uit sommige etnische groepen eerder te maken krijgen met antipsychotica-geïnduceerde gewichtstoename.
7. Houd bij het kiezen van een antipsychoticum bij patiënten van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse afkomst rekening met het verhoogd risico op diabetes. Kies bij voorkeur voor een middel zonder veel metabole bijwerkingen.
8. Let extra op bij het voorschrijven van haloperidol en Clozapine bij Aziatische en Latijns-Amerikaanse patiënten. Bij patiënten uit deze groepen kan een lagere standaarddosering genoeg zijn.

Clozapine

9. Houd rekening met het bestaan van benigne etnische neutropenie, met name bij Afrikanen en Jemenitische Joden. Mocht een patiënt met schizofrenie deze erfelijke aandoening hebben, overweeg dan toch Clozapine voor te schrijven, bij zorgvuldige controles van leukocyten en neutrofielen. Samenwerking met een hematoloog wordt geadviseerd.

Therapietrouw

10. Om de therapietrouw te bevorderen is een goede relatie essentieel (zie hoofdstuk 3). Ga na hoe de compliance van de patiënt is.

Literatuur

Ahmad M., Khouw W.Y., Vintges M. (2013). *Therapietrouw bij patiënten met een niet-westerse afkomst en patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden; Een literatuurreview naar verbetering van de therapietrouw*. Utrecht: Pharos kenniscentrum gezondheid migranten en laagopgeleiden.

Bersani, F.S., Capra, E., Minichino, A., Pannese, R., Girardi, N., Marini, I. et al. (2011). Factors affecting interindividual differences in Clozapine response: a review and case report. *Hum. Psychopharmacol.*

Boke O., Gunes, S., Kara, N., Aker, S., Sahin, A.R. Basar, Y., and Hasan Bagci H. (2007) Association of Serotonin 2A Receptor and Lack of Association of CYP1A2 Gene Polymorphism with Tardive Dyskinesia in a Turkish Population. *DNA and Cell Biology*. Volume 26, Number 8.

Chan L.F., Zai C., Monda M., Potkin S., Kennedy J.L., Remington G. et al (2013). Role of ethnicity in antipsychotic-induced weight gain and tardive dyskinesia: genes or environment? *Pharmacogenomics*.

Denktas S., Koopmans G., Birnie E., Foets M., Bonsel G. (2010). Underutilization of prescribed drugs use among first generation elderly immigrants in the Netherlands. *BMC Health Services Research*. 10 (176). doi:10.1186/1472-6963-10-176

Nga, C.H., Chongb, S.A., Lamberta, T., Fana, A., Hackettc, L.P., Mahendranb, R., Subramaniamb M., Schweitzera, I. (2005) An inter-ethnic comparison study of Clozapine dosage, clinical response and plasma levels. *International Clinical Psychopharmacology*.

Cohen D., Dekker J.J., Peen J., Gispen-de Wied C.C. (2006) Prevalence of diabetes mellitus in chronic schizophrenic inpatients in relation to long-term antipsychotic treatment. *Eur Neuropsychopharmacol*.

Herken, H., Erdal, M., Aydin, N., Sengul, C., Karadag, F., Barlas, O., Akin F. (2009). The Association of Olanzapine-Induced Weight Gain with Peroxisome Proliferator-Activated Receptor-gamma2 Pro12Ala Polymorphism in Patients with Schizophrenia; *DNA and Cell Biology*.

Hoogsteder, M., & Veling, W. (2013). *Een open geest met andere ogen. Interculturele diagnostiek en behandeling van mensen met psychose*. Utrecht: Mikado.

Kim, K., Johnson, J.A., and Derendorf H. (2004) Differences in Drug Pharmacokinetics Between East Asians and Caucasians and the Role of Genetic Polymorphisms. *Journal of Clinical Pharmacology*.

Laan, W.J.D.M. & Ramlal D. (2012). Etniciteit en Clozapine: wees bedacht op benigne etnische neutropenie. *Tijdschrift voor psychiatrie*.

Meyer J.M., Rosenblatt L.C., Kim E., Baker R.A., Whitehead R. (2009) The moderating impact of ethnicity on metabolic outcomes during treatment with olanzapine and aripiprazole in patiënts with schizofrenia. *Clin. Psychiatry*.

Morgenstem H., Glazer W.M. (1993). Identifying risk factors for tardive dyskinesia among long-term outpatiënts maintained with neuroleptic medications: results of the Yale Tardive Dyskinesia Study. *Arch. Gen Psychiatry*.

Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (2012). Utrecht: NVVP/ Trimbos-instituut/De Tijdstroom.

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2014) Diabetes mellitus. Omvang van het probleem. Download november 2014: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/endocriene-voedings-en-stofwisselingsziekten-en-immuniteitsstoornissen/diabetes-mellitus/omvang/>

Ormerod S., McDowell S.E., Coleman J.J., Ferner R.E (2008) Ethnic differences in the risks of adverse reactions to drugs used in the treatment of psychoses and depression: a systematic review and meta-analysis. *Drug Saf.*

Rippey J.J., (1967) Leucopenia in West Indians and Africans. *Lancet* 2: 44.

Stauffer V.L., Sniadecki J.L., Pizer K.W., Kollack-Walker J.G.S., Hogffman V.P., Conley R., Durell T. (2010). Impact of race on efficacy and safety during treatment with olanzapine in schizofrenia, schizofreniform or schizoafectieve disorder. *BMC Psychiatry*.

Tsermpini E.E., Assimakopoulos K., Bartsakoulia M., Iconomou G., Papadima E.M., Mitropoulos K. et al. (2014) Individualizing Clozapine and risperidone treatment for schizofrenia patiënts. *Pharmacogenomics*.

Van Harten P.N, Hoek H.W, Matroos G.E, van Os J. (2006). Incidence of Tardive Dyskinesia and Tardive Dystonia in African Caribbean Patiënts on Long-Term Antipsychotic Treatment: The Curacao Extrapyramidal Syndomes Study. *V. J. Clin. Psychiatry*.

Vintges M.M.Q., van den Muijsenbergh M.E.T.C. (2012). Etnische en culturele diversiteit in farmacotherapie. *MFM Tijdschrift over praktijkgerichte farmacotherapie*.

Weingarten M.A., Pottick-Schwartz E.A., Brauner A. (1993) The epidemiology of benign leukopenia in Yemenite Jews. *Isr. J. Med. Sci.*

Xiang Y.T., Wang C.Y., Si T.M., Lee E.H., He Y.L., Ungvari G.S. et al. (2011) Tardive dyskinesia in the treatment of schizophrenia: the findings of the Research on Asian Psychotropic Prescription Pattern (REAP) survey 2. *Int J Clin Pharmacol Ther.*

Yassa R, Nair V. (1984) Incidence of tardive dyskinesia in an outpatiënt population. *Psychosomatics.*

Bijlage 1 Onderzoek met de concept mapping-methode

Concept mapping is een onderzoeksmethode om ingewikkelde constructen inzichtelijk in kaart te brengen (Trochim 1989). Het is een relatief snelle en weinig tijdsintensieve methode, die bestaat uit een gestructureerd en stapsgewijs proces. Mensen uit de praktijk komen aan het woord, waardoor de uitkomsten in de taal van de gebruiker worden geformuleerd. Het is een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek.

Concept mapping beslaat vijf fasen. Dit zijn:

1. voorbereiden van de concept mapping groep,
2. statements verzamelen in een brainstorm tijdens een expertbijeenkomst,
3. prioriteren en clusteren van deze statements,
4. representeren van de statements,
5. interpretatie ervan in concept maps.

Ad 1. Deelnemers voor de concept mapping groep zijn via een internetsearch gezocht met behulp van de volgende zoektermen: *Intercultureel team ggz, Interculturele ggz, Cultuursensitief ggz, Multicultureel ggz, Cross cultureel, Sociaal cultureel en Groep voor Turkse patiënten/familie ggz (Marokkaans)*. Zo zijn organisaties gevonden die hulp bieden aan mensen met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse. Het betrof deels reguliere instellingen voor ggz en deels gespecialiseerde voorzieningen voor mensen met een andere culturele achtergrond. Bij deze organisaties zijn vervolgens contactgegevens gezocht van contactpersonen. Deze contactpersonen zijn telefonisch of via e-mail benaderd met de vraag voor deelname. Er is gezocht naar hulpverleners die ervaring hebben met de behandeling en begeleiding van mensen met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse, zoals aandachtfunctionarissen interculturele hulpverlening, hulpverleners die met specifieke groepen werken en hulpverleners uit instellingen voor interculturele psychiatrie (IPSY, NOAGG). Het waren onder andere sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, psychotherapeuten en psychiaters.

Deelnemen kon op twee manieren: door deelname aan een avondbijeenkomst van drie uur bij het Trimbos-instituut of door online twee opdrachten uit te voeren. Voor de avondbijeenkomst is geprobeerd een gemêleerd gezelschap samen te stellen: verschillende disciplines, werkzaam in verschillende zorgsoorten (ambulant, klinisch en dergelijke). Voor het uitvoeren van de online opdracht zijn de experts benaderd die niet naar de geplande avondbijeenkomst konden komen. Daarnaast is de deelnemers gevraagd om binnen de eigen organisatie te zoeken naar collega's die wilden meedoen (de sneeuwbalmethode).

In de voorbereidingsfase is de basisvraag geformuleerd: *Wat doet een cultuursensitieve hulpverlener?* Om enige nuanciering aan te brengen zijn de fasen van de behandelcyclus erbij genoemd: *eerste contactlegging, signalering/ screening, diagnostische fase, indicatiefase, behandel fase, en behandeling afsluiten/overdracht*

Ad2. Uiteindelijk zijn 14 mensen bereid gevonden deel te nemen aan de bijeenkomst. Hiervan waren er uiteindelijk 11 daadwerkelijk aanwezig. (Aan de drie afwezigen is gevraagd om de online opdracht te doen.)

Het betrof deelnemers van verschillende disciplines: SPV'en, (transcultureel) systeemtherapeuten, psychiaters, klinisch en gz-psychologen, POH-GGZ, supportmedewerker en stafmedewerker diversiteit.

Een medewerker van Minds21, de ontwikkelaar van de online concept mapping tool 'Ariadne', heeft de procedure uitgelegd en geholpen de gegevens in te voeren. Een medewerker van het Trimbos-instituut leidde het gesprek en een andere medewerker voerde gegevens in.

Na een inleiding over het belang van het addendum en uitleg over het verloop van de avond werden de basisvragen aan de aanwezigen voorgelegd. Eerst ging elke deelnemer individueel aan de slag met het formuleren van statements (brainstormen). Vervolgens heeft elke deelnemer één voor één zijn punten ingebracht. De projectleider zag erop toe dat de statements waar nodig verduidelijkt en geconcretiseerd werden. Uiteindelijk zijn 74 statements ingevoerd (zie Bijlage 2).

Ad 3. De deelnemers hebben vervolgens alle statements geprioriteerd en geclusterd. Iedereen had de beschikking over een eigen computer en ging aan de slag onder een eigen account. Voor het prioriteren konden ze met de muis de 74 statements onderbrengen in vijf kolommen: zeer onbelangrijk, onbelangrijk, neutraal, belangrijk en zeer belangrijk. Hierbij kregen ze deze aanwijzing: onder 'meest belangrijk' kan worden verstaan: deze statement is zeer belangrijk voor een cultuursensitieve hulpverlener. Onder 'minst belangrijk' kunnen statements geplaatst worden die minder met cultuursensitiviteit te maken hebben. Dit betekent niet dat de statements niet belangrijk zijn. De deelnemers kregen het verzoek de statements gelijkmatig over de vijf kolommen te verdelen.

Voor het clusteren was de deelnemers gevraagd de statements die naar hun mening inhoudelijk bij elkaar horen in groepjes bij elkaar te plaatsen. Ze konden dit doen door met de muis de statements bij elkaar te leggen. Er mochten maximaal tien groepen/clusters gevormd worden met maximaal 40 statements per cluster. De deelnemers werden gevraagd om titels te geven aan de clusters.

Ad 4. Toen iedereen klaar was, is aan de aanwezigen het voorlopige resultaat getoond. Het softwareprogramma analyseerde hiervoor de data (prioritering en clustering) door middel van principale-componentenanalyse (een multivariate analysemethode) en clusteranalyse. In Bijlage 3 en Bijlage 4 staan de tree en de map die gemaakt zijn tijdens de latere analyse. De aanwezigen stelden daarop voor ook cliënten te vragen om de statements te prioriteren. Verschillende deelnemers gaven aan dit aan een aantal cliënten te willen vragen.

Na de bijeenkomst zijn de uitkomsten van de brainstorm (de statements) ook nog naar 35 andere experts gestuurd: deels mensen die via een online search zijn verzameld en deels mensen die zijn geworven via de experts die aanwezig waren bij de bijeenkomst. Van de 35 mensen hebben er twaalf de statement geprioriteerd en geclusterd.

Na analyse bleek dat deze twaalf de statements op een overeenkomstige manier prioriteerden als de eerste groep. In beide groepen was veel overeenstemming over de belangrijkste statements. Ook was er veel overeenstemming over de inhoud van de clusters. De clusters bestonden veelal uit dezelfde statements.

De hulpverleners die op de bijeenkomst aanwezig waren, opperden dat de statements ook voorgelegd konden worden aan patiënten die zij zelf zouden werven. De patiënten zouden de lijst met statements kunnen prioriteren, zodat geanalyseerd kon worden wat patiënten (heel) belangrijk vinden. Daarop is de lijst deels aangepast en zijn er links naar de betreffende hulpverleners gestuurd. Geen enkele respondent van patiëntenzijde heeft echter de statements geprioriteerd.

Ad 5. De interpretatie van de concept map is langs de volgende lijnen gegaan. Allereerst is gekeken naar de volledige tree en de map. De uitsplitsing in clusters gebeurt op basis van de afstanden tussen de statements: hoe vaker de deelnemers statements in eenzelfde cluster plaatsen, hoe dichter bij elkaar de statements staan in de map. De tree kan zich vertakken tot elke uitspraak een aparte tak is (en dus nietszeggend), dit geldt vanzelfsprekend ook voor het aantal blokken in de map. Gekeken is hoeveel vertakkingen nog betekenisvol zijn. We zijn gestopt bij acht (2-2, 4-2, 5-2, 6-1, 7-1, 7-2, 8-1 en 8-2) omdat verdere uitsplitsing niets meer toevoegde. Vergelijk 2-2: aan deze twee uitspraken kan geen gemeenschappelijke noemer gehangen worden. Verdere uitsplitsing levert geen nieuwe gemeenschappelijke noemers op. De acht clusters hebben vervolgens een naam gekregen: de noemer. Deze zijn in de projectgroep besproken en aangepast. Vervolgens is het totaal voorgelegd aan de topic group.

De interpretatie van de assen is als volgt: de bovenste helft van de verticale as lijkt te gaan over de aandacht voor de culturele (en religieuze) achtergrond, de onderste helft over de versterking van de positie van de cliënt. De horizontale as lijkt te gaan over de competenties van de hulpverlener aan de linkerkant (waaronder gespreksvaardigheden en het opbouwen van een goede relatie), aan de rechterkant gaat het vooral over de thema's die in de gesprekken met de cliënt (en de familie) aan de orde zouden moeten komen.

Op basis van deze interpretatie zijn de volgende thema's te onderkennen. Langs deze lijnen is het hoofdstuk Relatie en competentie opgebouwd.

Competentie van de hulpverlener:

- Gesprekstechnieken en gespreksvaardigheden,
- Assertiviteit stimuleren.

Opbouwen en in stand houden van een therapeutische relatie:

- Werken aan een gelijkwaardige relatie,
- Betrekken van familie en aandacht voor onderlinge relaties.

Gespreksthema's en aandachtspunten:

- Aandacht voor achtergrond, culturele uitingen en gewoonten,
- Aandacht voor religieuze achtergrond,
- Aandacht voor invloed migratie.

Bijlage 2 Resultaten brainstorm

Resultaten van de brainstorm tijdens de concept mapping bijeenkomst.

De brainstorm werd gedaan aan de hand van de basisvraag:

Wat doet een cultuursensitieve hulpverlener?

Antwoorden.

- 1 Aandacht besteden aan land en stad van herkomst samen met de cliënt (bijvoorbeeld Google maps).
- 2 Proberen zich in te leven in bepaalde situaties van de cliënt.
- 3 Reacties van familie/systeem bij de eigen benadering betrekken.
- 4 Kijken naar de mens achter de diagnose.
- 5 Oppassen dat hij mensen niet kwetst met gebruik van diagnose (stigma).
- 6 Metaforen gebruiken.
- 7 Aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt.
- 8 Achterhalen welke kennis de cliënt heeft van een bepaalde diagnose.
- 9 Aftasten van schaamte over diagnose.
- 10 Rol van de diagnose in de familie.
- 11 Extra aandacht voor psycho-educatie.
- 12 Bewust zijn van taboe.
- 13 Luisteren naar het verklaringsverhaal van de cliënt en familie.
- 14 Aansluiten bij het niveau van de cliënt.
- 15 Aandacht voor het referentiekader van de cliënt.
- 16 Aandacht voor het verklaringsmodel.
- 17 De tijd nemen en zich aanpassen aan het tempo van de cliënt.
- 18 Zich bewust zijn van observatie (verbaal en non-verbaal) door de cliënt.
- 19 Hardop blijven toetsen wat hij ziet.
- 20 Flexibel omgaan met de agenda (wanneer mogelijk)
- 21 Rekening houden met cultuurschok.
- 22 Durft protocol los te laten.
- 23 Vraagt na hoe dingen gedaan worden in het land van herkomst.
- 24 Kiest in overleg met cliënt niet of niet voor een tolk om gesprek soepel te laten verlopen (eigen taalniveau aanpassen).
- 25 Vraag cliënt hoe die het vindt om met hem te praten.
- 26 Gebruikt humor.
- 27 Geeft uitgebreid uitleg over behandelwijze (therapie en medicatie).
- 28 Geeft zo mogelijk informatie mee in taal van de cliënt.
- 29 Checkt of de cliënt het heeft begrepen.
- 30 Geeft uitleg over de rechten van een cliënt in Nederland.

- 31 Houd rekening met stress van migratie.
- 32 Erkent stress als gevolg van migratie.
- 33 Heeft aandacht voor achtergebleven familieleden.
- 34 Heeft aandacht voor de verantwoordelijkheid van achtergebleven familieleden.
- 35 Werkt met genogram.
- 36 Gebruikt een intercultureel interview.
- 37 Benut zo mogelijk van familie als steunsysteem.
- 38 Nodigt uit om mening te geven.
- 39 Nodigt uit om kritiek te geven.
- 40 Werkt met een duidelijkheid rolverdeling
- 41 Vormt samen met de cliënt een team.
- 42 Vraagt hoe de reis naar de spreekkamer was.
- 43 Luistert met een open houding.
- 44 Vraagt niet gelijk vragen de klachten.
- 45 Uit waardering voor de komst.
- 46 Toont betrokkenheid bij de cliënt.
- 47 Biedt veiligheid.
- 48 Zorgt ervoor dat cliënt zich welkom voelt.
- 49 Respecteert bepaalde culturele gedragingen.
- 50 Nodigt het systeem uitnodigen in het eerste gesprek (in de spreekkamer).
- 51 Creëert een ontspannende sfeer met oefeningen en vragen.
- 52 Leest de (non-verbale) lichaamstaal van de cliënt.
- 53 Regelt een tolk (indien nodig).
- 54 Vraagt door, checkt of hij de cliënt nog begrijpt.
- 55 Vat samen.
- 56 Is zich bewust van de eigen cultuur.
- 57 Biedt gastvrijheid.
- 58 Luistert.
- 59 Achterhaalt het land van herkomst vóór het eerste contact.
- 60 Vraagt naar traditionele geneeswijze gelijktijdig of voor deze behandeling
- 61 Neemt contact op met eventuele andere hulpverleners.
- 62 Verwart taalvaardigheid niet met cognitieve vaardigheid.
- 63 Houdt rekening met eigen frustraties en irritaties (als hulpverlener).
- 64 Houdt rekening met de eigen vooroordelen.
- 65 Besteedt aandacht aan de genderrol.
- 66 Besteedt aandacht aan de positie in het gezin.
- 67 Zorgt bij verwijzing voor een warme overdracht.
- 68 Heeft aandacht voor religie: zowel positief (steun) als negatief (angst voor loyaliteitsconflicten).
- 69 Maakt discriminatie bij cliënt bespreekbaar
- 70 Gaat uit van een bredere taakopvatting.
- 71 Oordeelt niet te snel.
- 72 Neem de context mee.

- 73 Checkt bij het systeem of bepaald gedrag normaal of niet normaal gedrag is (passend in culturele context).
- 74 Vraagt het systeem om advies.

cluster node 2

2-1

Aandacht besteden aan land
 Proberen in te leven in
 Reacties van familie/systeem
 Kijken naar de mens achter de
 Oppassen dat je mensen niet
 Gebruik van metaforen
 Aansluiten bij
 Aftasten van schaamte over
 Rol van de diagnose in de
 Extra aandacht voor
 Bewust zijn van taboe
 Luisteren van het
 Aansluiten bij het niveau van
 Aandacht voor het
 Aandacht voor het
 De tijd nemen/aanpassen aan
 Bewust zijn van observatie
 Hard op blijven toetsen wat je
 Flexibele agenda voering,
 Rekening houden met
 Durf protocol los te laten
 Navragen hoe dingen gedaan
 in overleg met cliënt niet/wel
 Vraag cliënt hoe hij/zij vindt
 Humor gebruiken
 Uitgebreide uitleg over
 Informatie meegeven, indien
 Checken of de cliënt het heeft
 Uitleg over de rechten van
 Rekening houden met stress
 Erkennen van stress van
 Aandacht voor
 Aandacht voor de
 Werken met genogram
 Gebruik van een
 Benutten van familie als
 Uitnodigen om mening te
 Uitnodigen om kritiek te
 Samen met de cliënt een
 Vraag hoe de reis naar hier
 Met een open houding
 Niet gelijk vragen naar de
 Waardering uiten voor komst
 Betrokkenheid naar cliënt
 Veiligheid bieden
 Zich welkom laten voelen
 Bepaalde culturele gedragen
 Systeem uitnodigen in het
 Ontspannende sfeer creeren
 (non-verbale) Lichaamstaal
 Tolk regelen (indien nodig)
 Doorvragen, checken of jij de
 Samenvatten
 Bewust van eigen cultuur
 Gastvrijheid
 luisteren
 Land van herkomst voor
 Vraag naar traditionele
 Contact opnemen met
 Taalvaardigheid niet
 Rekening houden met eigen
 Rekening houden met je
 Aandacht voor gender rol
 Aandacht voor positie in het
 Een warme overdracht is
 Aandacht voor religie, zowel
 Bespreekbaar maken van
 Breder taakomvatting
 Niet te snel oordelen
 Context meenemen
 Check bij het systeem of het
 Vraag het systeem om advies

2-2

Achterhalen wat de kennis is
 Duidelijkheid roloverdeling

cluster node 3

3-1

Aandacht besteden aan land
 Reacties van familie/systeem
 Aftasten van schaamte over
 Rol van de diagnose in de
 Bewust zijn van taboe
 Luisteren van het
 Aandacht voor het
 Aandacht voor het
 Bewust zijn van observatie
 Rekening houden met
 Navragen hoe dingen gedaan
 Rekening houden met stress
 Erkennen van stress van
 Aandacht voor
 Aandacht voor de
 Aandacht voor de
 Werken met genogram
 Gebruik van een
 Benutten van familie als
 Bepaalde culturele gedragen
 Systeem uitnodigen in het
 Land van herkomst voor
 Vraag naar traditionele
 Aandacht voor gender rol
 Aandacht voor positie in het
 Aandacht voor religie, zowel
 Context meenemen
 Check bij het systeem of het
 Vraag het systeem om advies

3-2

Proberen in te leven in
 Kijken naar de mens achter de
 Oppassen dat je mensen niet
 Gebruik van metaforen
 Aansluiten bij
 Extra aandacht voor
 Aansluiten bij het niveau van
 De tijd nemen/aanpassen aan
 Hard op blijven toetsen wat je
 Flexibele agenda voering,
 Durf protocol los te laten
 in overleg met cliënt niet/wel
 Vraag cliënt hoe hij/zij vindt
 Humor gebruiken
 Uitgebreide uitleg over
 Informatie meegeven, indien
 Checken of de cliënt het heeft
 Uitleg over de rechten van
 Uitnodigen om mening te
 Uitnodigen om kritiek te
 Samen met de cliënt een
 Vraag hoe de reis naar hier
 Met een open houding
 Niet gelijk vragen naar de
 Waardering uiten voor komst
 Betrokkenheid naar cliënt
 Veiligheid bieden
 Zich welkom laten voelen
 Ontspannende sfeer creeren
 (non-verbale) Lichaamstaal
 Tolk regelen (indien nodig)
 Doorvragen, checken of jij de
 Samenvatten
 Bewust van eigen cultuur
 Gastvrijheid
 luisteren
 Contact opnemen met
 Taalvaardigheid niet
 Rekening houden met eigen
 Rekening houden met je
 Een warme overdracht is
 Bespreekbaar maken van
 Breder taakomvatting
 Niet te snel oordelen

??

cluster node 4

4-1

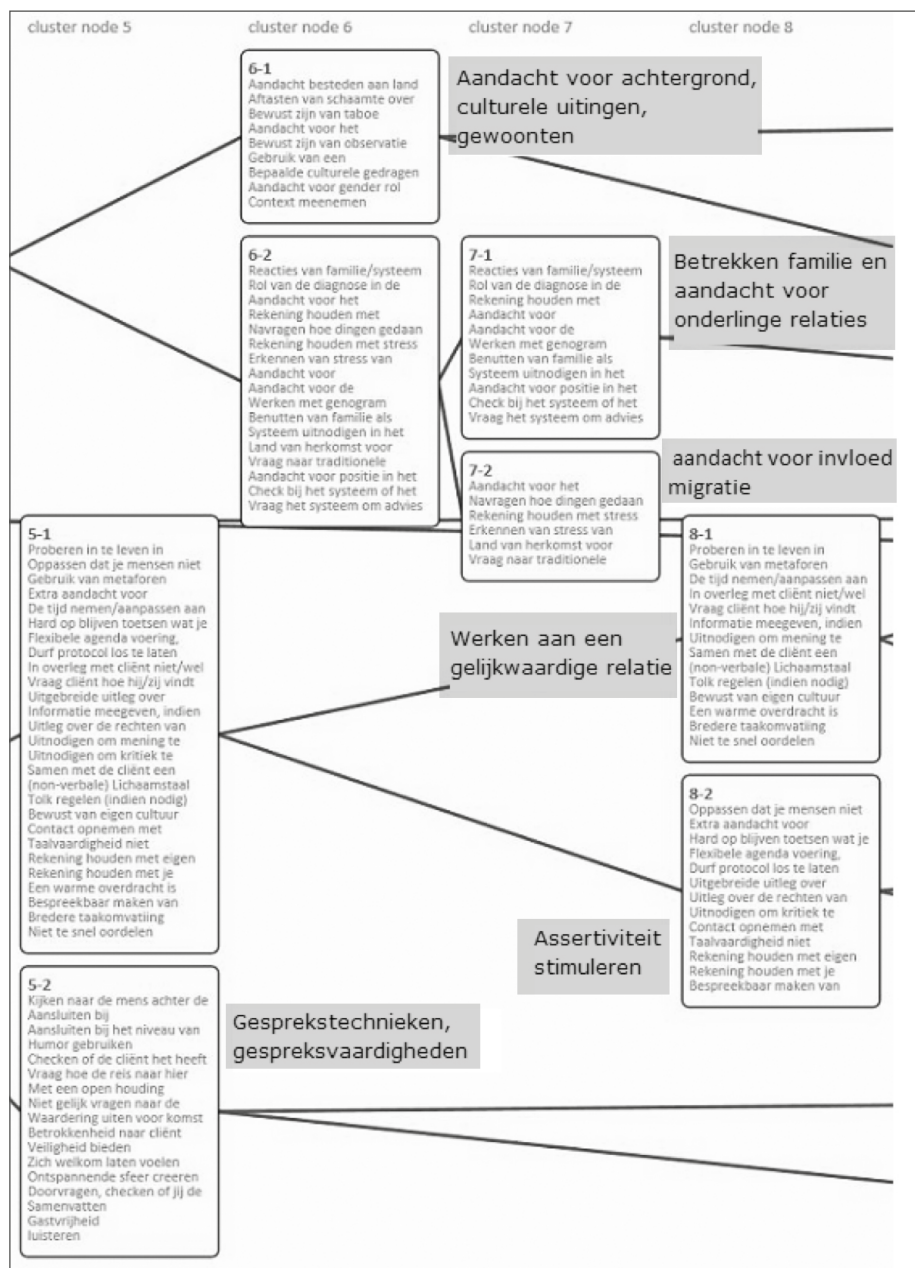
Aandacht besteden aan land
 Reacties van familie/systeem
 Aftasten van schaamte over
 Rol van de diagnose in de
 Bewust zijn van taboe
 Aandacht voor het
 Aandacht voor het
 Bewust zijn van observatie
 Rekening houden met
 Navragen hoe dingen gedaan
 Rekening houden met stress
 Erkennen van stress van
 Aandacht voor
 Aandacht voor de
 Werken met genogram
 Gebruik van een
 Benutten van familie als
 Bepaalde culturele gedragen
 Systeem uitnodigen in het
 Land van herkomst voor
 Vraag naar traditionele
 Aandacht voor gender rol
 Aandacht voor positie in het
 Context meenemen
 Check bij het systeem of het
 Vraag het systeem om advies

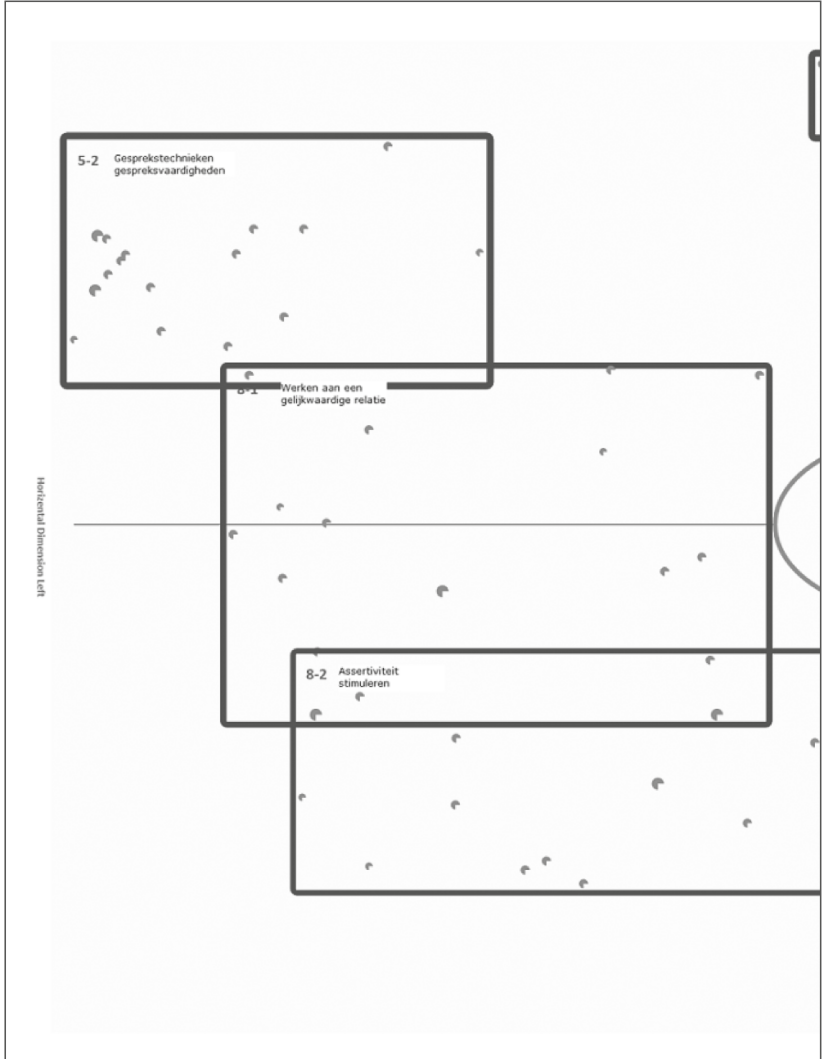
4-2

Luisteren van het
 Aandacht voor religie, zowel

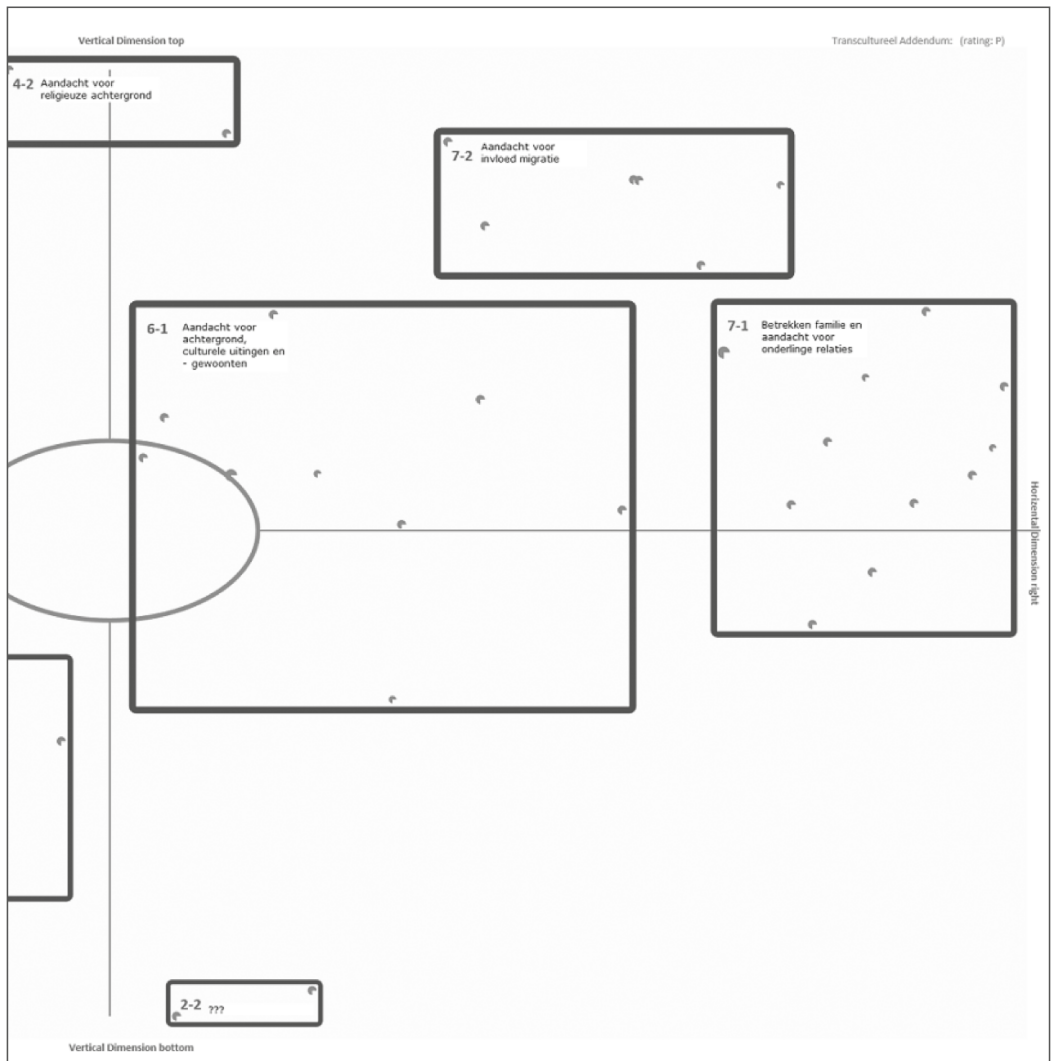
**Aandacht voor
 de religieuze
 achtergrond**

Bijlage 3 Resultaat concept mapping bijeenkomst: de 'Tree'





Bijlage 4 Resultaat concept mapping bijeenkomst: de 'Map'



Bijlage 5 Cultural Formulation Interview uit DSM-5

Handleiding voor de interviewer

Aanwijzingen voor de interviewer zijn gecursiveerd.

Aanvullende modules om de subdomeinen van het Cultural Formulation Interview (CFI) uit te diepen staan vermeld onder de betreffende kopjes.

De volgende vragen zijn bedoeld om basiskenmerken te verhelderen van het gepresenteerde klinische probleem vanuit het gezichtspunt van de betrokkene en leden van zijn of haar sociale netwerk (zoals familie, vrienden of anderen die betrokken zijn bij het huidige probleem). Dit omvat de betekenis van het probleem, potentiële hulpbronnen, en verwachtingen qua hulpverlening.

Inleiding voor de betrokkene:

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

CULTURELE DEFINITIE VAN HET PROBLEEM

1. Explanatory Model (verklarend model) ;
2. Level of Functioning (niveau van functioneren)

Vraag hoe de betrokkene de belangrijkste problemen en grootste zorgen ziet.

Focus op hoe de betrokkene zelf het probleem begrijpt.

Gebruik de woorden, uitdrukkingen of korte omschrijving die als antwoord op vraag 1 zijn gegeven ter aanduiding van het probleem bij daaropvolgende vragen (bijvoorbeeld: 'uw conflict met uw zoon').

1 Wat is de reden van uw komst hier vandaag?

Als de betrokkene weinig details geeft of alleen symptomen of een medische diagnose noemt, vraag dan door:

Mensen begrijpen hun problemen vaak op hun eigen manier. Die kan overeenkomen met of verschillen van hoe een arts het probleem beschrijft. Hoe zou u uw probleem beschrijven?

Vraag hoe de betrokkene het probleem formuleert als hij of zij er met anderen uit het sociale netwerk over praat.

2 Soms hebben mensen verschillende manieren om hun problemen te beschrijven aan hun familie, vrienden of anderen in hun omgeving. Hoe zou u uw [probleem] aan hen beschrijven?

Focus op die aspecten van het probleem die de betrokkene het belangrijkste vindt.

3 Waar maakt u zich het meest zorgen om als het om uw [probleem] gaat?

CULTURELE PERCEPTIE VAN DE OORZAAK, CONTEXT EN STEUN

OORZAKEN

1. Explanatory Model (verklarend model); 3. Social Network (sociaal netwerk);
10. Older Adults (oudere volwassenen)

Deze vraag gaat over de betekenis die de betrokkene aan zijn of haar toestand geeft, hetgeen van belang kan zijn voor de klinische zorgverlening.

NB Mensen kunnen meerdere oorzaken aanwijzen, afhankelijk van het facet van de problematiek waaraan zij denken.

4 Waarom denkt u dat dit u overkomt? Wat is volgens u de oorzaak of wat zijn de oorzaken van uw [probleem]?

Vraag zo nodig door:

Sommige mensen leggen hun probleem uit als het gevolg van slechte dingen die in hun leven zijn gebeurd, van problemen met anderen, van een lichamelijke ziekte, van geesten of van allerlei andere oorzaken.

Focus hier op de meningen van anderen uit het sociale netwerk van de betrokkene. Die kunnen divers zijn en verschillen van de mening van de betrokkene.

5 Wat is volgens anderen in uw familie, uw vrienden of anderen in uw omgeving de oorzaak van uw [probleem]?

STRESSOREN EN STEUNBRONNEN

3. Social Network (sociaal netwerk); 12. Caregivers (informele zorgverleners);
4. Psychosocial Stressors (psychosociale stressoren); 5. Spirituality, Religion, and Moral Traditions (spiritualiteit, geloof en morele tradities); 11. Immigrants and Refugees (immigranten en vluchtelingen); 6. Cultural Identity (culturele identiteit); 10. Older Adults (oudere volwassenen); 7. Coping and Help-Seeking (coping en hulpzoekgedrag)

Vraag de betrokkene naar de context waarin hij of zij leeft, en focus daarbij vooral op hulpbronnen, sociale steun van anderen en veerkracht. Eventueel ook doorvragen naar andere vormen van steun (zoals van collega's, of vanuit het geloof of andere vormen van spiritualiteit).

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

Focus op de stressvolle aspecten van de omgeving van de betrokkene. Daarbij kan ook doorgevraagd worden naar bijvoorbeeld relatieproblemen, problemen op het werk of op school, of discriminatie.

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

DE ROL VAN CULTURELE IDENTITEIT

6. Cultural Identity (culturele identiteit); 4. Psychosocial Stressors (psychosociale stressoren); 5. Spirituality, Religion, and Moral Traditions (spiritualiteit, geloof en morele tradities); 11. Immigrants and Refugees (immigranten en vluchtelingen); 10. Older Adults (oudere volwassenen); 9. School-Age Children and Adolescents (kinderen en pubers)

Inleiding voor de betrokkene:

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

Vraag de betrokkene wat voor hem of haar de belangrijkste elementen van zijn of haar culturele identiteit zijn. Gebruik deze informatie om de vragen 9–10 waar nodig aan te passen.

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

Vraag welke aspecten van de identiteit het probleem verergeren of verminderen. Vraag zo nodig door (bijvoorbeeld klinische verslechtering ten gevolge van discriminatie vanwege vluchtelingenstatus, etniciteit of seksuele geaardheid).

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

Vraag zo nodig door (bijvoorbeeld over problemen die te maken hebben met de migratie, generatieconflicten, of conflicten die te maken hebben met de man-vrouwrolverdeling).

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

CULTURELE FACTOREN BETREFFENDE COPING EN VROEGER HULPZOEKGEDRAG

COPING

7. Coping and Help-Seeking (coping en hulpzoekgedrag); 5. Spirituality, Religion, and Moral Traditions (spiritualiteit, geloof en morele tradities); 10. Older Adults (oudere volwassenen); 12. Caregivers (informele zorgverleners); 4. Psychosocial Stressors (psychosociale stressoren)

Probeer helder te krijgen hoe de betrokkene omgaat met het probleem.

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

EERDER HULPZOEKGEDRAG

7. Coping and Help-Seeking (coping en hulpzoekgedrag); 5. Spirituality, Religion, and Moral Traditions (spiritualiteit, geloof en morele tradities); 10. Older Adults (oudere volwassenen); 12. Caregivers (informele zorgverleners); 4. Psychosocial Stressors (psychosociale stressoren); 11. Immigrants and Refugees (immigranten en vluchtelingen); 3. Social Network (sociaal netwerk); 8. Patiënt-Clinician Relationship (arts-patiëntrelatie)

Vraag naar verschillende bronnen van hulp (bijvoorbeeld medische hulp, ggz-behandeling, praatgroepen, hulpverlening op het werk, natuurgeneeswijzen, hulpverlening vanuit het geloof, andere vormen van traditionele of alternatieve geneeskunde).

Vraag waar nodig door (bijvoorbeeld 'Welke andere vormen van hulp heeft u geprobeerd?').

Probeer helder te krijgen wat de ervaringen van de betrokkene zijn, en hoe hij of zij eerdere hulp heeft ervaren.

12 Vaak zoeken mensen hulp op verscheidene plaatsen, zoals bij verschillende soorten artsen, mantelzorgers of genezers. Wat voor soort behandeling, hulp, adviezen of genezing heeft u tot nu toe gezocht voor uw [probleem]?

Als het nut van de ontvangen hulp niet wordt genoemd, vraag dan:

Wat voor soort hulp vond u het nuttigst? En welke hulp was niet bruikbaar?

BARRIÈRES

7. Coping and Help-Seeking (coping en hulpzoekgedrag); 5. Spirituality, Religion, and Moral Traditions (spiritualiteit, geloof en morele tradities); 10. Older Adults (oudere volwassenen); 4. Psychosocial Stressors (psychosociale stressoren); 11. Immigrants and Refugees (immigranten en vluchtelingen); 3. Social Network (sociaal netwerk); 8. Patiënt-Clinician Relationship (arts-patiëntrelatie)

Probeer helder te krijgen hoe sociale barrières het moeilijk hebben gemaakt om hulp te zoeken, om toegang tot hulp te krijgen, en wat de problemen waren bij eerdere behandelingen. Vraag waar nodig naar verdere details (bijvoorbeeld: 'Wat voor problemen kwamen ertussen?').

13 Is er iets wat het u moeilijk maakt de hulp te krijgen die u nodig heeft?

Vraag zo nodig:

Bijvoorbeeld geld, werk of familieverplichtingen, stigmatisering of discriminatie? Of dat er geen instanties waren die uw taal of achtergrond begrijpen?

CULTURELE FACTOREN BETREFFENDE HUIDIG HULPZOEKGEDRAG

VOORKEUREN

3. Social Network (sociaal netwerk); 12. Caregivers (informele zorgverleners); 5. Spirituality, Religion, and Moral Traditions (spiritualiteit, geloof en morele tradities); 10. Older Adults (oudere volwassenen); 7. Coping and Help-Seeking (coping en hulpzoekgedrag)

Probeer helder te krijgen wat voor hulp de betrokkene nu nodig denkt te hebben, en wat in brede zin zijn / haar verwachtingen zijn.

Inleiding voor de betrokkene:

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

Vraag door als de betrokkene maar één bron van hulp noemt (bijvoorbeeld 'Wat voor andere soorten hulp zouden u op dit moment kunnen helpen?').

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

Focus op de meningen van het sociale netwerk wat betreft het hulpzoekgedrag.

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

ARTS-PATIËNTRELATIE

8. Patiënt-Clinician Relationship (arts-patiëntrelatie);
 10. Older Adults (oudere volwassenen)
-

Vraag naar mogelijke zorgen over de kliniek of de arts-patiëntrelatie, waaronder ook zorgen om vermeend racisme, taalproblemen of culturele verschillen, die de goede intenties, de communicatie of de hulpverlening in de weg kunnen staan.

Vraag waar nodig naar verdere details (bijvoorbeeld 'Hoe dan?')

Ga in op mogelijke barrières die de hulpverlening in de weg staan of op zorgen over de kliniek en de arts-patiëntrelatie die eerder werden genoemd.

Inleiding voor de betrokkene:

Soms begrijpen artsen en patiënten elkaar verkeerd omdat ze een verschillende achtergrond hebben, of verschillende verwachtingen.

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

© 2014 American Psychiatric Association, p/a Uitgeverij Boom, Amsterdam Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. All rights reserved. Met dank aan Hans G.B.M. Rohlof, psychiater, drs. Rob C.J. van Dijk, medisch antropoloog, en drs. Simon Groen, cultureel antropoloog, voor het vertalen van het Cultural Formulation Interview. Deze vragenlijst kan zonder toestemming worden gebruikt door klinici voor toepassing bij hun eigen cliënten. Elke andere toepassing, waaronder elektronisch gebruik, vergt schriftelijke toestemming van Boom uitgevers Amsterdam BV

Bijlage 6 Het culturele interview (versie psychotische stoornissen)

Versie Hans Rohlof 2003. Aangepaste versie door Wim Veling & Frans Verbart (2011) voor mensen die al onder behandeling zijn voor een psychotische stoornis. Deze is terug te vinden in Hoogsteder, M., & Veling, W. (2013). *Een open geest met andere ogen. Interculturele diagnostiek en behandeling van mensen met psychose*. Utrecht: Mikado.

Introductie

Bij onze afdeling komen mensen met verschillende achtergronden, gewoonten en leefwijzen. Er zijn onderling soms grote verschillen. Dat blijkt vaak vooral in het contact met anderen, ook in de hulpverlening. Mensen krijgen dan soms het gevoel niet begrepen te worden. Om u zo goed mogelijk te kunnen helpen, wil ik meer weten over uw leven en achtergrond. Wat uw gewoontes zijn, hoe volgens u mensen met elkaar om moeten gaan, wat ziek zijn voor u betekent. Ik ga u daarom vragen stellen over uw leven en uw klachten.

A. Identiteit

1. Wat is uw moedertaal? Welke talen spreekt u nog meer? Welke taal spreekt u thuis? Met vrienden?
2. Hoe goed is uw beheersing van de Nederlandse taal? Hoe is het voor u om Nederlands te moeten spreken? Zorgt het wel eens voor problemen?
3. Tot welke bevolkingsgroep behoort u (bijv. Marokkaans, Surinaams-Hindoestaans)? Zou u uzelf ook zo omschrijven? Wat vindt u er van om tot die groep te behoren? (Trots, schaamte) In hoeverre voelt u uzelf Nederlands?
4. Hoeveel contact hebt u met mensen die dezelfde achtergrond als u hebben? Op welke manier?
(Als contact:) Waarom is dat belangrijk voor u?
(Als geen contact:) Mist u dit?
5. Wat hebt u in uw opvoeding meegekregen dat nog steeds belangrijk voor u is?

6. Vindt u zichzelf goed passen in Nederland? In hoeverre voelt u zich betrokken bij de Nederlandse samenleving? (contact met Nederlanders, gebruik Nederlandse media, interesse Nederlandse maatschappij, overnemen zaken uit de Nederlandse cultuur...).

Hoe vindt u aansluiting? Voelt u zich ook wel eens buitengesloten?

B. Verklaringen betreffende de ziekte

Nu over de klachten waarvoor u hier in behandeling bent.

1. Wat zijn uw belangrijkste klachten? Hoe noemt u die in uw moedertaal?
2. Hoe denkt u dat uw klachten zijn ontstaan?
3. (Als niet spontaan genoemd) Denkt u dat uw klachten te maken hebben met: (Zo ja: Kunt u dit uitleggen?)
 - Bezetenheid
 - Geesten/Djinns (Zo ja: overweeg aanvullend interview djinns JD Blom, 2010)
 - Magie
 - Voodoo/Winti
 - Boze oog
 - Straf of beproeving opgelegd door God
 - Drugs
4. Denken uw familie en vrienden er ook zo over? Wat hebben zij u aangeraden om te doen? Hebt u hun raad opgevolgd?
5. Voelt u zich begrepen door uw familie en vrienden? Wat vindt uw familie er van dat u in behandeling bent bij Centrum Eerste Psychose? Aan wie hebt u het verteld en waarom (niet)? Vindt de familie dat u ziek bent? Of gek? Schamen ze zich voor de buitenwereld?
6. Bij wie hebt u tot nu toe hulp gezocht voor uw klachten? Hebt u (ook) in het buitenland hulp gezocht? Bij wie bent u geweest en waarom juist bij die persoon?
 - Huisarts, Ggz
 - Natuurgenezer
 - Gebedsgenezer
 - Geestelijke (imam, pandit, priester, dominee)
 - Anders, namelijk...

Wat hebben deze mensen gedaan? Wat heeft geholpen en wat niet?
7. Gebruikt u medicatie? Welke? Van de dokter, of ook andere? Gebruikt u het iedere dag of alleen als u klachten hebt? Hoe belangrijk zijn medicijnen om beter te worden?

C. Factoren in de psychosociale omgeving en in het functioneren

1. Wat is uw leefsituatie op dit moment (getrouwd, met familie)? Hoe heeft u uw partner leren kennen? Wonen uw partner, kinderen en verdere familie ook in Nederland?
2. Voor welk familielid hebt u het meeste respect? Wiens mening is het belangrijkste?
3. Wat was uw positie en rol in het gezin/familie voordat u klachten kreeg? Is deze positie sindsdien veranderd?
4. Is er iemand van wie u (emotionele) steun krijgt, bijv. als u verdrietig bent of problemen hebt? Wie? Hoe vaak maakt u gebruik van die mogelijkheid?
5. Sommige mensen krijgen veel steun uit hun geloof. Bent u gelovig? Welk geloof? Zo ja:
 - Gaat u naar de kerk/moskee/tempel in Nederland? Is het altijd dezelfde? Hoe vaak gaat u?
 - Krijgt u steun van de mensen daar? Iemand in het bijzonder? Hoe gebeurt dat?
 - Bidt u? Hebt u het gevoel dat u bij het gebed steun krijgt? Hoezo?
 - Is uw geloof veranderd sinds het ontstaan van uw klachten?

D. Relatie tussen het individu en de hulpverlener

1. Wat is voor u een goede hulpverlener? Is een hulpverlener gelijk aan u, of staat hij boven u? Wat verwacht u dat hij doet? Als hij u een advies geeft of medicijnen voorschrijft, vindt u dan dat hij altijd gelijk heeft en dat u zijn advies moet opvolgen?
2. Als u zelf uw hulpverlener zou mogen uitkiezen, zou u dan het liefste een mannelijke of een vrouwelijke hulpverlener willen? Waarom? (Bijv.: vertrouwen, schaamte, beter kunnen begrijpen, gevoelens uiten.)
3. Als u zelf uw hulpverlener zou mogen uitkiezen, zou u dan het liefste een hulpverlener met dezelfde culturele achtergrond of geloof willen als u, of maakt het u niets uit? (Zo ja:) Waarom? (Bijv.: vertrouwen, schaamte, beter kunnen begrijpen, gevoelens uiten.)
4. (Als er gebruik gemaakt wordt van een tolk:) Hoe is het voor u om met een tolk te werken?
Als u zou kunnen kiezen zou u dan liever een mannelijke of een vrouwelijke tolk willen?

Na afloop van het interview invullen:

E. Observaties

- Invloed aanwezigheid verwanten, tolk
- Contactgroei
- Stemming en (non verbale) reacties patiënt
- Impact verhaal patiënt en reacties hulpverlener

F. Samenvatting en Aandachtspunten voor behandeling

1. Belangrijkste punten die in het interview naar voren zijn gekomen.
2. Aandachtspunten op het gebied van cultuur die voor een goed verloop van de behandeling aan de orde moeten komen. Formuleer concrete aanbevelingen voor hoe dit zou kunnen.

Bijlage 7 Reviewprotocol Signalen en Screenen

Topic	Instrumenten voor het herkennen (signaleren of screenen) van schizofrenie bij (de vier grootste (niet-westerse)) migrantengroepen
Review question(s)	Wat zijn belangrijke signalen bij een individu (of signalen vanuit de familie) die mogelijk kunnen wijzen op schizofrenie bij migranten? Zijn er geschikte screeningsinstrumenten?
Sub-question(s)	-
Objectives	Een lijst met signalen beschrijven en/of een valide en betrouwbaar instrument vinden om schizofrenie te herkennen bij (de vier grootste (niet-westerse)) migrantengroepen in Nederland
Criteria for considering studies for the review	
· Intervention	Beschikbare instrumenten voor hulpverleners in de eerste lijn of gespecialiseerde ggz om signalen te herkennen van schizofrenie of te screenen.
· Comparator	Het klinisch oordeel van een behandelaar
· Types of participants	Leeftijd: 12-65 Specifieke aandacht voor Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse migrantengroepen van de eerste, tweede en derde generatie met psychotische kenmerken. Maar mochten er screeners/signalen zijn die in het algemeen bedoeld zijn voor niet-westerse migranten of personen met een andere culturele achtergrond deze ook meenemen.
· Outcomes	Diagnostisch accuratesse onderzoek (DTA): Terecht en onterecht positief of negatief beoordeelde patiënten (Sensitiviteit, Specificiteit en Area Under the Curve) Cultuurspecifieke symptomen voor een psychose/schizofrenie (signalen).
· Time	-
· Study design	Geen casestudies, in studies moeten meer dan 10 participanten zitten Systematic reviews/meta-analysen RCT DTA: cross sectional onderzoek Prognostische onderzoek Expert opinion/grijze literatuur (signalen)
· Dosage	Nvt

· Study country	Instrument dat in Nederland bruikbaar/beschikbaar is. Dit wordt pas na de full text selectie bepaald.
Search strategy	General outline: Generiek Databases searched: CINAHL PubMed PsycInfo Date restrictions: nee (maar in de selectie vanaf 1990) Taal: Nederlandse en Engelse studies
Study design filter/limit used	Nee
Question specific search strategy	Nee
Amendments to search strategy/study design filter	Nee
Searching other resources	Nederlandse literatuur
The review strategy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Search door de informatiespecialist Vervolgens twee selectiefasen op bases van "Criteria for considering studies for the review" 2. Eerste selectie (title and abstract vanaf 1990-nu): bij twijfel en voorlopige inclusie de full text opvragen. 3. Tweede selectie (full text): bij twijfel artikelen bespreken met tweede onderzoeker 4. Voorkeur gaat uit naar recente SR of MA voor in de Nederlandse situatie bruikbare, het liefst toepasbaar op meerdere culturen. 5. Data-extractie en kwaliteitsbeoordeling (RoB) in "Bewijstabel voor diagnostische accuratesse studies"

Note.

Gebruik maken van:

Hoogsteder, M., & Veling, W. (2013). *Een open geest met andere ogen. Interculturele diagnostiek en behandeling van mensen met psychose*. Utrecht: Mikado.

Bijlage 8 Zoekstrategie Signalering en Diagnostiek

De zoekstrategie is uitgevoerd door een specialist van het Trimbos-Instituut op 13 juli 2014 (signalering, screening en diagnostiek), plus aanvullende search-diagnostiek op 17 juli 2014. De thesaurustermen die gebruikt zijn voor schizofrenie zijn dezelfde die gebruikt zijn in de Multidisciplinaire Schizofrenie (2012).

PsycInfo zoekstrategie

Zoekstrategie #1 voor schizofrenie

"Schizophrenia" OR "Catatonic Schizophrenia" OR "Paranoid Schizophrenia" OR "Schizophrenia (Disorganized Type)" OR "Schizophreniform Disorder" OR "Schizoaffective Disorder"

Deze termen zijn aangevuld met de volgende woorden in titel of keyword: psychotic disorder* OR severe mental ill* OR severe mental disorder*

Zoekstrategie #2 voor migranten en allochtonen

"Cross Cultural Differences" OR "Sociocultural Factors" OR "Diversity" OR "Racial and Ethnic Differences" OR "Racial and Ethnic Groups" OR "Cross Cultural Psychology" OR "Transcultural Psychiatry" OR "African Cultural Groups" OR "Arabs" OR "Asians" OR "Cross Cultural Communication" OR "Cross Cultural Differences" OR "Cultural Sensitivity" OR "Culture (Anthropological)" OR "Ethnology" OR "Culture Bound Syndromes" OR "Cross Cultural Psychology" OR "Subculture (Anthropological)" OR "Sociocultural Factors" OR "Cross Cultural Differences" OR "Ethnic Identity" OR "Ethnic Values" OR "Cross Cultural Psychology" OR "Cultural Sensitivity" OR "Culture (Anthropological)" OR "Ethnology" OR "Race (Anthropological)".

Deze termen zijn aangevuld met de volgende woorden in titel of keyword: minority OR minorities OR immigrant* OR migrant* OR cultural OR sociocultural OR diversity OR ethnic* OR racial OR race OR turkey OR turkish OR moroccan* OR antillian* OR antillean* OR antilles OR surinam*

Zoekstrategie #3 voor signalen

"Symptoms" OR "Positive and Negative Symptoms" OR "Psychiatric Symptoms" OR "Risk Factors" OR "Symptom Checklists".

Deze termen zijn aangevuld met woorden in titel of keyword: sign OR signs OR determinant* OR symptomatology OR symptom* OR "risk factor*"

Zoekstrategie #4 voor screening

"Structured Clinical Interview" OR "Scaling (Testing)" OR "Test Items" OR "Test Reliability" OR "Test Standardization" OR "Test Validity" OR "Neuropsychological Assessment" OR "Psychometrics" OR "Scoring (Testing)" OR "Testing" OR "Test Interpretation" OR "Clinical Judgment (Not Diagnosis)" OR "Cognitive Assessment" OR "Psychodiagnosis" OR "Psychodiagnostic Interview" OR "Psychological Assessment" OR "Psychological Report" OR "Psychological Screening Inventory" OR "Screening" OR "Diagnostic Interview Schedule" OR "Intake Interview" OR "Psychiatric Evaluation" OR "Screening Tests" OR "Symptom Checklists" OR "Diagnosis" OR "Psychodiagnosis" OR "Rating Scales".

De thesaurustermen zijn aangevuld met de volgende woorden in het title- of keyword-veld: screening OR classification OR misclassification OR diagnos* OR test* OR assess* OR psychodiagnos*

Zoekstrategie #5 voor diagnostiek (specifiekere termen in migrantgroepen)

"cultureel interview" OR CASH(-CS) OR "Comprehensive Assessment of Symptoms and History" OR

TI genogram* OR AB genogram* OR KW genogram* OR TI (DIS OR "Diagnostic Interview Schedule" OR CIDI OR "Composite International Diagnostic interview" OR PSE OR "present state examination") OR AB (DIS OR "Diagnostic Interview Schedule" OR CIDI OR "Composite International Diagnostic interview" OR PSE OR "present state examination") OR KW (DIS OR "Diagnostic Interview Schedule" OR CIDI OR "Composite International Diagnostic interview" OR PSE OR "present state examination") OR TI (SCAN OR "schedule for clinical assessment in Neuropsychiatry") OR AB (SCAN OR "schedule for clinical assessment in Neuropsychiatry") OR KW (SCAN OR "schedule for clinical assessment in Neuropsychiatry") OR TI (DIGS OR "Diagnostic interview for genetic studies" OR SCID OR "Structured Clinical Interview for DSM-IV") OR AB (DIGS OR "Diagnostic interview for genetic studies" OR SCID OR "Structured Clinical Interview for DSM-IV") OR KW (DIGS OR "Diagnostic interview for genetic studies" OR SCID OR "Structured Clinical Interview for DSM-IV")

AND

DE "Schizophrenia" or DE "Catatonic Schizophrenia" or DE "Paranoid Schizophrenia" or DE "Schizophrenia (Disorganized Type)" or DE "Schizophreniform Disorder" or DE "Schizoaffective Disorder" or TI (psychotic disorder* OR severe mental ill* OR severe mental disorder*) OR AB (psychotic disorder* OR severe mental ill* OR severe mental disorder*) OR KW (psychotic disorder* OR severe mental ill* OR severe mental disorder*)

AND

DE "Cross Cultural Differences" OR DE "Sociocultural Factors" OR DE "Diversity" OR DE "Racial and Ethnic Differences" OR DE "Racial and Ethnic Groups" OR TI (turkey OR turkish OR moroccan* OR antillian* OR antillean * OR antilles OR surinam* OR minority OR minorities OR immigrant* OR migrant* OR cultural OR sociocultural OR diversity OR ethnic* OR racial OR race) OR AB (turkey OR turkish OR moroccan* OR antillian* OR antillean * OR antilles OR surinam* OR minority OR minorities OR immigrant* OR migrant* OR cultural OR sociocultural OR diversity OR ethnic* OR racial OR race) OR KW (turkey OR turkish OR moroccan* OR antillian* OR antillean * OR antilles OR surinam* OR minority OR minorities OR immigrant* OR migrant* OR cultural OR sociocultural OR diversity OR ethnic* OR racial OR race) OR TI (turkey OR turkish OR moroccan* OR antillian* OR antillean * OR antilles OR surinam* OR minority OR minorities OR immigrant* OR migrant* OR cultural OR sociocultural OR diversity OR ethnic* OR racial OR race) OR AB (turkey OR turkish OR moroccan* OR antillian* OR antillean * OR antilles OR surinam* OR minority OR minorities OR immigrant* OR migrant* OR cultural OR sociocultural OR diversity OR ethnic* OR racial OR race) OR KW (turkey OR turkish OR moroccan* OR antillian* OR antillean * OR antilles OR surinam* OR minority OR minorities OR immigrant* OR migrant* OR cultural OR sociocultural OR diversity OR ethnic* OR racial OR race)

Extra search diagnostiek (uitgevoerd op 17 juli 2014)

"cultural formulation" AND diagnosis

De resultaten van deze extra search is ontdebeld met de resultaten die al gevonden zijn in de originele search.

Pubmed zoekstrategie

Zoekstrategie #1 voor schizofrenie

"Schizophrenia"[Mesh:NoExp] OR "Schizophrenia, Disorganized"[Mesh] OR "Schizophrenia, Catatonic"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid"[Mesh]OR "Shared Paranoid Disorder"[Mesh]OR "Psychotic Disorders"[Mesh:NoExp]

Deze termen zijn aangevuld met de woorden in titel: "severe mental illness*" OR "severe mentally ill" OR "severe mental disorder*" OR "psychotic disorder*"

Zoekstrategie #2 voor migranten en allochtonen

"Cross-Cultural Comparison"[Mesh:NoExp] OR "Cultural Characteristics"[Mesh] OR "Cultural Diversity"[Mesh] OR "Ethnic Groups"[Mesh:NoExp] OR "Ethnopsychology"[Mesh] OR "Cross-Cultural Comparison"[Mesh] OR "Cultural Diversity"[Mesh] OR "Ethnology"[Mesh] OR "Culture"[Mesh:NoExp] OR "Ethnic Groups"[Mesh:NoExp] OR "Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "Minority Health"[Mesh] OR "Minority Groups"[Mesh]

De gebruikte woorden in titel zijn hetzelfde als die in PsycInfo.

Omdat in PubMed geen keyword-search mogelijk is, is hier alleen in titel gezocht.

Zoekstrategie #3 voor signalen

"Signs and Symptoms"[Mesh:NoExp] OR "Risk Factors"[Mesh], aangevuld met de titelwoorden: sign OR signs OR determinant* OR symptomatology OR symptom* OR "risk factor*"

Zoekstrategie #4 voor screening

"Diagnosis"[Majr] OR "Diagnosis"[Mesh:NoExp] OR "Early Diagnosis"[Mesh:NoExp] OR "Diagnostic Techniques and Procedures"[Mesh:NoExp] OR "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"[Mesh] OR "Psychological Tests"[Mesh:NoExp] OR "Psychometrics"[Mesh] OR "Psychiatric Status Rating Scales"[Mesh] OR "Questionnaires"[Mesh] OR "Sensitivity and Specificity". De thesaurustermen zijn aangevuld met de volgende woorden in het titelveld: screening OR assessing OR assessment OR diagnosis OR diagnoses OR diagnostic OR psychodiagnostic OR assess* OR testing OR test OR tests OR classification OR misclassification

Zoekstrategie #5 voor diagnostiek (specifiekere termen in migrantgroepen)

"cultureel interview" OR CASH(-CS) [tiab] OR "Comprehensive Assessment of Symptoms and History" [tiab] OR genogram* [tiab] OR DIS [tiab] OR "Diagnostic Interview Schedule" [tiab] OR CIDI [tiab] OR "Composite International Diagnostic interview" [tiab] OR PSE [tiab] OR "present state examination" [tiab] OR "SCAN" [tiab] OR "schedule for clinical assessment in Neuropsychiatry" [tiab] OR DIGS [tiab] OR "Diagnostic interview for genetic studies" [tiab] OR SCID [tiab] OR "Structured Clinical Interview for DSM-IV" [tiab]

AND

("Schizophrenia"[Mesh:NoExp] OR "Schizophrenia, Disorganized"[Mesh] OR "Schizophrenia, Catatonic"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid"[Mesh] OR "Shared Paranoid Disorder"[Mesh] OR "Psychotic Disorders"[Mesh:NoExp]) OR "severe mental illness*" [ti] OR "severe mentally ill" [tiab] OR "severe mental disorder*" [tiab] OR "psychotic disorder*" [tiab] OR psychosis [tiab]

AND

"Cross-Cultural Comparison"[Mesh:NoExp] OR "Cultural Characteristics"[Mesh] OR "Cultural Diversity"[Mesh] OR "Ethnic Groups"[Mesh:NoExp] OR (minority [tiab] OR minorities [tiab] OR immigrant*[tiab] OR migrant*[tiab] OR cultural[tiab] OR sociocultural[tiab] OR diversity[tiab] OR ethnic*[tiab] OR racial[tiab] OR race[tiab] OR turkey [tiab] OR turkish [tiab] OR moroccan* [tiab] OR antillian* [tiab] OR antilles [tiab] OR antillean* [tiab] OR surinam* [tiab])

Extra search diagnostiek (uitgevoerd op 17 mei 2014)

"cultural formulation"[ti] AND diagnosis[ti]

Dubbelingen van resultaten ten opzichte van de resultaten die al gevonden zijn in de originele search zijn eruit gehaald.

CINAHL zoekstrategie

Zoekstrategie #1 voor schizofrenie

(MH "Schizoffective Disorder") OR (MH "Schizophrenia") OR (MH "Psychotic Disorders") OR TI "severe mental ill*" OR "severe mental disorder*" OR "psychotic disorder*"

Zoekstrategie #2 voor migranten en allochtonen

(MH "Ethnological Research") OR (MH "Anthropology, Cultural") OR (MH "Transcultural Care") OR (MH "Cultural Sensitivity") OR (MH "Ethnology") OR (MH "Asians") OR (MH "Ethnic Groups") OR (MH "Arabs") OR (MH "Blacks") OR (MH "Race Factors") OR (MH "Cultural Diversity") OR (MH "Immigrants") OR (MH "Minority Groups") OR (MH "Transients and Migrants") OR TI (minority OR minorities OR immigrant* OR migrant* OR cultural OR sociocultural OR diversity OR ethnic* OR racial OR race) OR TI (turkey OR turkish OR moroccan* OR antillian* OR antillean * OR antilles OR surinam*)

Zoekstrategie #3 voor screening

"testing" OR "test validity" OR "test reliability" OR (MH "Psychometrics") OR "assessment" OR "clinical judgement" OR (MH "Decision Making, Clinical") OR "psychodiagnostic" OR (MH "Clinical Assessment Tools") OR (MH "Health Status Indicators") OR (MH "Severity of Illness Indices") OR (MH "Diagnostic Tests, Routine") OR (MH "Psychological Tests") OR "diagnostic techniques" OR "psychiatric status" OR "psychiatric symptom" OR "symptom checklist" OR TI screening OR classification OR misclassification OR diagnos* OR test* OR assess* OR psychodiagnos* OR AB screening OR classification OR misclassification OR diagnos* OR test* OR assess* OR psychodiagnos*

Zoekstrategie #5 voor diagnostiek (extra search)

"cultureel interview" OR CASH(-CS) OR "Comprehensive Assessment of Symptoms and History" OR TI genogram* OR AB genogram* OR TI (DIS OR "Diagnostic Interview Schedule" OR CIDI OR "Composite International Diagnostic interview" OR PSE OR "present state examination") OR AB (DIS OR "Diagnostic Interview Schedule" OR CIDI OR "Composite International Diagnostic interview" OR PSE OR "present state examination") TI (SCAN OR "schedule for clinical assessment in Neuropsychiatry") OR AB (SCAN OR "schedule for clinical assessment in Neuropsychiatry") TI (DIGS OR "Diagnostic interview for genetic studies" OR SCID OR "Structured Clinical Interview for DSM-IV") OR AB (DIGS OR "Diagnostic interview for genetic studies" OR SCID OR "Structured Clinical Interview for DSM-IV")

AND

(MH "Ethnological Research") OR (MH "Anthropology, Cultural") OR (MH "Transcultural Care") OR (MH "Cultural Sensitivity") OR (MH "Ethnology") OR (MH "Asians") OR (MH "Ethnic Groups") OR (MH "Arabs") OR (MH "Blacks") OR (MH "Race Factors") OR (MH "Cultural Diversity") OR (MH "Immigrants") OR (MH "Minority Groups") OR (MH "Transients and Migrants") OR TI (minority OR minorities OR immigrant* OR migrant* OR cultural OR sociocultural OR diversity OR ethnic* OR racial OR race OR turkey OR turkish OR moroccan* OR antillian* OR antillean * OR antilles OR surinam*) OR AB (minority OR minorities OR immigrant* OR migrant* OR cultural OR sociocultural OR diversity OR ethnic* OR racial OR race OR turkey OR turkish OR moroccan* OR antillian* OR antillean * OR antilles OR surinam*)

AND

(MH "Schizoaffective Disorder") OR (MH "Schizophrenia") OR (MH "Psychotic Disorders") OR TI ("severe mental ill*" OR "severe mental disorder*" OR "psychotic disorder*") OR AB ("severe mental ill*" OR "severe mental disorder*" OR "psychotic disorder*")

Extra term search diagnostiek (uitgevoerd op 17 juli 2014)

"cultural formulation" AND diagnosis

De resultaten van deze extra search zijn ontdubbeld met de resultaten die al gevonden zijn in de originele search.

Totaal aantal hits

Het combineren van bovenstaande zoekstrategieën leverde het volgende aantal hits op:

Combinaties zoekstrategieën	Aantal hits
PubMed	
Signalering: #1 AND # 2 AND #3	309
Screening: #1 AND #2 AND #4	766
Diagnostiek: #5	142
PsycInfo	
Signalering: #1 AND # 2 AND #3	232
Screening: #1 AND #2 AND #4	533
Diagnostiek: #5	122
CINAHL	
Signalering: #1 AND # 2 AND #3	-
Screening: #1 AND #2 AND #4	223
Diagnostiek: #5	35
Totaal aantal hits na ontubbeling	1581

Uitgevoerd door het Trimbos Instituut op 13 juli 2014 (signalering, screening en diagnostiek), plus aanvullende search diagnostiek op 17 juli 2014.

Bijlage 9 Selectie- en beoordelingsproces

Na een search in de verschillende databases worden relevante artikelen geselecteerd en beoordeeld op basis van een procedure in twee opeenvolgende stappen.

Selectie op basis van titel en abstract

In de eerste selectiestap heeft een onderzoeker met behulp van een reviewprotocol alle gevonden artikelen op basis van titel en abstract beoordeeld op relevantie. De artikelen die zo zijn geselecteerd, zijn in de volgende stap volledig gelezen (*full text*-beoordeling). Artikelen die geen relevante informatie bevatten, bleven buiten beschouwing. In geval van twijfel werd een artikel full text beoordeeld in de tweede selectiestap. De eerste selectie is gecontroleerd door een tweede onderzoeker.

Beoordeling van het volledige artikel

Bij de volledige lezing van de artikelen in de tweede stap vond een kwaliteitsbeoordeling plaats met behulp van een gestandaardiseerde checklist. Classificatie van mate van bewijs geschiedde volgens de EBRO-methode (Evidence Based RichtlijnOntwikkeling) van het Centraal BegeleidingsOrgaan (CBO). Hierbij kan op basis van een aantal criteria het bewijsniveau worden vastgesteld, variërend van de laagste classificatie D tot de hoogste classificatie A1 (zie Tabel 1).

Tabel 1. Beoordeling van methodologische kwaliteit van individuele studies¹

	Interventie	Diagnostisch accuratesse onderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose*
A1	Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de testresultaten en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiëntcontroleonderzoek, cohortonderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohortonderzoek of patiëntcontroleonderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

* Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk, dan geldt de classificatie voor interventies.

Tabel 2. Niveau van bewijskracht van de conclusie op basis van het aan de conclusie ten grondslag liggend bewijs²

	Conclusie gebaseerd op
1	Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
2	1 onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	1 onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen

1 CBO(2007). Evidence-based Richtlijnontwikkeling – Handleiding voor werkgroepleden. Oorspronkelijke publicatie 2005. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg Centraal BegeleidingsOrgaan.

Bijlage 10 Exclusieredenen

De exclusieredenen waren:

- Studies met een populatie van <12 of >65 jaar;
- Studies met een studiebevolking anders dan migranten van zowel eerste, tweede als derde generatie met psychotische kenmerken;
- Studies over migranten uit westerse, (afro-)Amerikaanse en Aziatische bevolkingsgroepen;
- Studies met een te specifieke studiebevolking, waaronder: veteranen, ouderen, criminelen, werknemers, populatie met een lage socio-economische status (SES);
- Studies met niet-relevante resultaten voor de uitgangsvragen;
- Studies die niet gepubliceerd zijn in het Engels of Nederlands. *Er zijn enkele Turkse en Duitse artikelen geselecteerd omdat deze zeer relevant leken voor de onderzoeksvraag. Deze zullen worden voorgelegd aan de werkgroep;*
- Niet-systematisch uitgevoerde reviews (waaronder narratieve reviews);
- Artikelen van onvoldoende methodologische kwaliteit.

Studies met niet-relevante resultaten voor de uitgangsvragen gingen over:

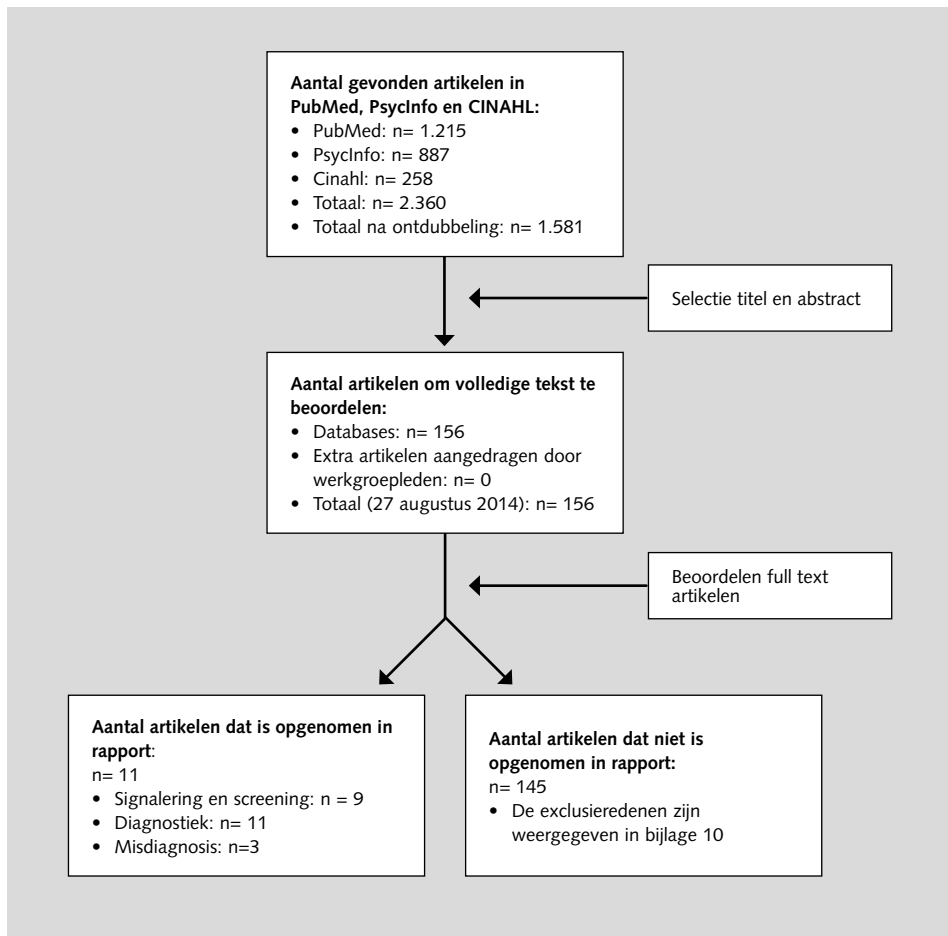
- **DUP** – Vergrote vertraging tussen diagnose en behandeling bij migranten en etnische groepen;
- **Kwaliteit van leven** van patiënten/migranten met schizofrenie;
- Verhoogd **sterftecijfer**;
- **Zelfmoord** - signalen en verhoogd risico van zelfmoord bij migranten met schizofrenie;
- Studies over **genotypering**;
- **Verhoogd risico** van migranten op schizofrenie, en bijbehorende risicofactoren, waaronder: **diabetes**, **gewicht**, roken, urban vs rural, dieet, vitamine-D-inname;
- Grootte van **terugvalrisico**;
- **Oorzaken van schizofrenie** bij verschillende groepen;
- Onderzoek met de **studiepopulaties**: veteranen, militairen en gevangenen;
- Impact en bijwerkingen van medicijnen en andere **interventiemaatregelen** (waaronder psycho-educatie voor het verbeteren van herkenning);
- Reden en risico van **stoppen met behandeling** en het **niet-naleven** van voorgeschreven behandelingen bij migranten;
- **Incidentie- en prevalentiecijfers**;
- Studies die de last van schizofrenie (**disease burden**) van familieleden en zorgverleners onderzoeken;
- Verschil in "**pathways to care**": het verschil tussen migranten en algemene populatie in de route die de patiënt volgt (bijvoorbeeld start bij dokter, specialist, of eerste hulp);

- Artikelen met een focus op **stigma van schizofrenie** – hoe denken en reageren zorgverleners op mensen met een psychische ziekte. Wat voor effect heeft dit op de diagnose?
- **Diagnostiek** van artsen met een niet-westerse achtergrond in vergelijking met diagnostiek van artsen van westerse afkomst – er bestaan enkele artikelen over de diagnostiek van een arts met African-American achtergrond en een arts met westerse achtergrond bij patiënten met een African-American etniciteit;
- Studies die de **validiteit** van een screeningsinstrument onderzoeken in een bepaald land;
- Studies met een focus op: tardive dyskinesia, bipolar disorder, metabolic syndrome, depression, oral health, en dual diagnosis.

Bijlage 11 Flowchart

Onderstaande figuur geeft de flowchart weer met de selectieprocedure van de uitgevoerde zoekstrategie.

Figuur 1. Selectieprocedure artikelen uit literatuurdatabases PubMed, PsycInfo en CINAHL



Bijlage 12 Afkortingen

CASH - Comprehensive Assessment of Symptoms and History
CBS - Central Institute of Statistics
GAFS - Global Assessment of Functioning scale
GP - General practitioner
HAM-D - Hamilton Depression Scale
IDCL - International Diagnostic Checklists
IRAOS - Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia
PANSS - Positive and Negative Syndrome Scale
PSE - Present State Examination
SANS - Scale for the Assessment of Negative Symptoms
SAPS - Scale for the assessment of positive symptoms
SCAN - Schedules for the Clinical Assessment in Neuropsychiatry
SCL - Syndrome Check List

Bijlage 13 Evidence tabellen

Samenvatten van de resultaten

Relevante data uit de artikelen (data-extractie) zijn in evidencetabellen weergegeven. In de evidencetabellen zijn per artikel gegevens samengevat over:

- Methode:
 - Referentie
 - Setting
 - Doel
 - Jaar waarin het onderzoek is uitgevoerd
 - Studiedesign

- Patiënten:
 - Karakteristieken patiëntenpopulatie zoals aantal, leeftijd, et cetera.
 - Definitie schizofrenie/psychotische kenmerken. Wanneer beschikbaar ook de classificatie van etnische groepen.

- Meetinstrumenten:
 - Beschrijving van gebruikte meetinstrumenten
 - Uitkomstmaten

- Onderzoekresultaten:
 - Beschrijving van de resultaten

- Korte conclusie

- Kwaliteitsbeoordeling:
 - Niveau van bewijs
 - Beperkingen van de studies

- Opmerkingen

Reference: Berg et al. Soc psychiatr Psychiatr Epidemiol, 2014

Methods	<ul style="list-style-type: none"> • Location: Oslo, Norway • Setting: Outpatiënt units at 4 hospitals in Oslo. • Study aim: investigate if either migration experience and/or visible minority status affect symptom profiles. • Study period: N.R.
Patients	<ul style="list-style-type: none"> • No. of participants: - • Inclusion: All patiënts (18-65y) with a potential of diagnosis of any psychotic disorder. • Exclusion: - • Case definition (diagnose): DSM-IV
Instruments	<ul style="list-style-type: none"> • Measurement of symptoms: - PANSS • Administered by: Trained psychiatrists
Results	<p>Mostly similarities in psychotic symptoms were found between immigrants and Norwegians when using the PANSS. Immigration did not directly influence psychotic symptom profiles, but visible minority groups had higher levels of delusions and difficulty in abstract thinking (both symptoms that are partially context dependent).</p>
Quality Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Quality of evidence: B
Comments	-

Reference: *Bhugra et al., Eur J Psychiat, 2000*

Methods	<ul style="list-style-type: none"> • Location: London, UK and Trinidad. • Setting: Psychiatric services (centres) in Camberwell and Ealing (London) and San Fernando (Trinidad). In addition, Ealing area primary care services, private facilities and mental health centres were screened. • Study aim: To study symptoms in cases of first onset schizophrenia across a variety of ethnic groups using the same assessment instruments. • Study period: N.R. 1 year, and an additional year in the London centres only for Asian & African-Caribbean patiënts.
Patiënts	<ul style="list-style-type: none"> • No. of participants: 63 patiënts in London and 34 in Trinidad*. • Inclusion: All patiënts (18-64y) who had presented to psychiatric services for the first time with the presence of at least 1 psychotic symptom: delusions, passivity, thought disorder, hallucinations, or emotional blunting, or negative symptoms of withdrawal self-neglect and poor self-care and social adjustment. The patiënt must have been a resident of the area for at least 6 months. • Exclusion: Underlying organic CNS damage, IQ less than 70 and encephalopathy. • Case definition (diagnosis): combination of a number of symptoms produced by the CATEGO program.
Instruments	<ul style="list-style-type: none"> • Measurement level of symptoms: Interview with the PSE or SCL (when PSE was not possible) in the preferred language of the patiënt within a week of their contacting the service. • Administered by: trained psychiatrists (London) and Trinidadian clinicians steeped in the local culture (Trinidad).
Results	See next page
Quality Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Quality of evidence: B • Comments: <ul style="list-style-type: none"> - small study population - no blinding - focus on ethnic groups, not specifically migrants - study period not reported in this article
Comments	<ul style="list-style-type: none"> • PSE data was analysed using CATEGO. Although various delusional syndromes may occur in several different psychiatric conditions, their diagnostic significance depends on the context of other syndromes. • List of symptoms per category (e.g. tension, worrying etc.) is available in the article. • Although diagnosis was made by local clinicians aware of cultural nuances, the impact of their Western training cannot be underestimated. • Methodology described in <i>Bhugra et al. 1996</i> (opzoeken voor verdere informatie).

Comparison of symptoms

	Afr Caribbean (n)	White (n)	Asian (n)	p
N	23	26	14	
Delusions				
References	21	14	9	<0.032
Persecution	7	11	5	<0.023
Sexual	14	13	5	<0.028
Religious	5	5	1	0.557
Hallucinations				
Auditory	10	19	8	0.485
Olfactory	7	6	1	0.02
Visual	0	8	6	0.01
Non-specific psychosis	0	7	0	0.01
Tension	8	12	5	0.808
Worrying	13	22	9	0.095
Irritability	13	12	9	0.222
Hysteria	0	0	8	0.0000009
Simple depression	8	11	5	0.8818

* The P-value includes the numbers from Trinidad.

	Trinidad
N	34
Delusions	
References	25
Persecution	3
Sexual	8
Religious	4
Hallucinations	
Auditory	19
Olfactory	0
Visual	11
Non-specific psychosis	4
Tension	12
Worrying	19
Irritability	12
Hysteria	3
Simple depression	15

Delusions: Delusions of reference were significantly more common in African-Caribbean's. Delusions of persecution cannot be ascribed to ethnic minority status since they are commoner in Whites. Sexual delusions are uncommon in Trinidad (possible cultural taboo).

Hallucinations: Olfactory hallucinations are commoner in African-Caribbean's, but visual hallucinations are non-existent.

Reference: Haasen et al., Acta Psychiatr Scand, 2000

Methods	<ul style="list-style-type: none"> • Location: Hamburg, Germany • Setting: 4 psychiatric clinics in Hamburg (Harburg, Eilbek, Ochselzoll, and Eppendorf). • Study aim: Quantifying the potential for misdiagnosis among the largest immigrant group in Germany (from Turkey). • Study period: N.R. 10 months
Patients	<ul style="list-style-type: none"> • No. of participants: 91 patients of Turkish origin (Tr-Pat) and 50 patients of German origin (G-Pat). • Inclusion: patients of Turkish origin (age is NR) with a paranoid-hallucinatory syndrome upon admission to 1 of the 4 clinics. Selected G-Pat with a paranoid-hallucinatory syndrome upon admission at the Psychiatric Clinic of the University Hospital Eppendorf. • Exclusion: no criteria • Case definition: ICD-10 (various psychotic disorders; F20 covers schizophrenia; F2 covers schizophrenic disorder)
Instruments	<ul style="list-style-type: none"> • Measurement level of symptoms: <ul style="list-style-type: none"> - Standardized psychopathological interview: SCAN. - Half the patients were first interviewed by Tr-Int and then by G-Int, the other half in reverse. - IDCL were used by the interviewers for diagnostic evaluation. • Administered by: Two interviewers (both psychiatrists in training), one of Turkish (Tr-Int) and the other of German origin (G-Int). A clinical diagnosis by a clinician was added as third diagnosis.
Results	See next page
Quality Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Quality of evidence: B • Comments <ul style="list-style-type: none"> - study period not reported in this article - the control group was drawn randomly at admission at the University clinic (consecutive; same time period) - Most interviews were completed within the first week of treatment (12 cases were interviewed in the 2nd week due to severe symptoms). The 1st and 2nd interviews were held within 3 days at most.
Comments	<ul style="list-style-type: none"> • Tr-Int was fluent in German and Turkish • Tr-Pat represented almost all in-patient cases reported by the 4 clinics (2 patients of Turkish origin refused). • Table available with socio demographic variables (mean duration of residency etc.)

Agreement between diagnosis was rated only for the major groups of mental disorders.

Diagnoses for both samples

Diagnose	Clinician (n)	Tr-Pat Tr-Int (n)	G-Int (n)
F20.0	81	68	60
F20.1	2	2	2
F20.3	0	2	1
F20.4	-	-	-
F22.0	3	3	1
F23	1	4	4
F25	2	2	4

Diagnose	Clinician (n)	Tr-Pat Tr-Int (n)	G-Int (n)
F20.0	44	42	39
F20.1	2	2	1
F20.3	0	0	1
F20.4	0	0	1
F22.0	0	1	2
F23	3	4	4
F25	0	0	1

All cases: Among Tr-Pat, in 74 of 91 cases (81%) the three diagnosis agreed, while among G-Pat 48 of 50 (96%) showed higher agreement ($p < 0.05$). Of the 74 cases of Tr-Pat with diagnostic agreement, 66 received a F2 diagnosis.

Agreement between the two research diagnoses was significantly higher for G-Pat (100%) than for Tr-Pat (92%); $p < 0.05$.

Symptoms: Symptoms leading to disagreement (17 cases) were assessed by analysing the SCAN item groups. The cases with diagnostic disagreement showed differences in more than one group item, the greatest was found for delusional symptoms (especially paranoid delusions: $r = -0.48$), minimal discordance for hallucinations (acoustic hallucinations: $r = 0.35$) and least discordance for affective symptoms (depressive mood: $r = 0.51$).

Results

Methods	<ul style="list-style-type: none"> • Location: Hamburg, Germany • Setting: four psychiatric clinics in Hamburg (Harburg, Eilbek, Ochselzoll, and Eppendorf) • Study aim: provide first results on psychopathological differences between Turkish and German schizophrenics. • Study period: N.R. 10 months
Patients	<ul style="list-style-type: none"> • No. of participants: 74 patients of Turkish origin (Tr-Pat) and 48 patients of German origin (G-Pat). • Inclusion: patients of Turkish origin (age is NR) with a paranoid-hallucinatory syndrome upon admission to 1 of the 4 clinics. Selected G-Pat with a paranoid-hallucinatory syndrome upon admission at the Psychiatric Clinic of the University Hospital Eppendorf. • Exclusion: no criteria • Case definition (diagnosis): ICD-10 definition of schizophrenic disorders (F2).
Instruments	<ul style="list-style-type: none"> • Measurement level of symptoms: <ul style="list-style-type: none"> - Standardized psychopathological interview: SCAN. Half the patients were first interviewed by Tr-Int and then by G-Int, the other half in reverse. - IDCL were used by the interviewers for diagnostic evaluation. - Demographic variables, PANSS, HAM-D and GAFS, DSM-IV Axis V were completed by Tr-Int for all patients. • Administered by: 2 interviewers (both psychiatrists in training): 1 of Turkish (Tr-Int) and the other of German origin (G-Int). A clinical diagnosis by a clinician was added as third diagnosis.
Results	<p>4 items of the PANSS with a difference between Tr- and G-Pat: N5 (difficulty in abstract thinking), N6 (reduced spontaneity and conversation), G3 (guilt feelings), and G14 (reduced impulse control), where Tr-Pat scored significantly higher (N5: $t = 2.5$, d.f. = 120, $p < 0.05$; N6: $t = 2.2$, d.f. = 120, $p < 0.05$; G3: $t = 3.3$, d.f. = 120, $p < 0.01$; G14: $t = 3.2$, d.f. = 120, $p < 0.01$).</p> <p>1 item of the HAM-D where Tr-Pat scored significantly higher than G-Pat: item 13 (general body symptoms; $t = 2.3$, d.f. = 120, $p < 0.05$).</p> <p>In patients with a paranoid schizophrenia (subgroup; F20.0) 2 items of the PANSS with a difference between Tr- and G-Pat: G3 (guilt feelings) and G14 (reduced impulse control), where Tr-P scored significantly higher (G3: $t = 2.7$, d.f. = 102, $p < 0.01$; G14: $t = 3.3$, d.f. = 102, $p < 0.01$), as well as item 13 (general body symptoms) of the HAMD, where Tr-Pat scored significantly higher than G-Pat ($t = 2.0$, d.f. = 102, $p < 0.05$).</p>
Quality Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Quality of evidence: B • Comments <ul style="list-style-type: none"> - study period not reported in this article - the control group was drawn randomly at admission at the University clinic (consecutive; same time period) - Most interviews were completed within the first week of treatment (12 cases were interviewed in the 2nd week due to severe symptoms). The 1st and 2nd interviews were held within 3 days at most.
Comments	<ul style="list-style-type: none"> • Tr-Int was fluent in German and Turkish • Tr-Pat represented almost all in-patient cases reported by the 4 clinics (2 patients of Turkish origin refused). • Table available with socio demographic variables (mean duration of residency etc.)

Reference: King et al., Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2005

Methods	<ul style="list-style-type: none"> • Location: Britain, UK. • Setting: nation-wide • Study aim: Estimate the prevalence of psychotic symptoms and risk factors for reporting symptoms in a community-based sample of people from ethnic minorities. • Study period: 1999
Patients	<ul style="list-style-type: none"> • No. of participants: 4281 people • Inclusion: All participants (16-74y) in the 1999 Health Survey for England (HSE99) and who agreed to be re-contacted. A 'white' sample was taken from the HSE98. • Exclusion: N.R. • Case definition (diagnose): ICD-10. an informant must answer 'yes' to all questions within a symptom category to screen positive.
Instruments	<ul style="list-style-type: none"> • Measurement level of symptoms: <ul style="list-style-type: none"> - PSQ (psychosis screening questionnaire) - CIS-R (revised clinical interview schedule). - SFQ (social functioning questionnaire). • Administered by: Computer-assisted personal interviewing by an interviewer who spoke the relevant language
Results	<p>Adjustment for all potential confounder left only Black Caribbean people with significant higher odds ratio for psychotic symptoms, compared with their white counterparts (a twofold higher rate of reporting psychotic symptoms on the PSQ was found). Although there was evidence for a raised prevalence in Pakistani people, this did not persist after adjustment for potential confounding factors.</p>
Quality Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Quality of evidence: B • Comments <ul style="list-style-type: none"> - Used community rather than people in contact with health services.
Comments	<ul style="list-style-type: none"> • This survey has been boosted to contain greater proportions of people from the main minority populations in Britain (White Irish, Black Caribbean, Bangladeshi, Indian, and Pakistani). • Survey questions were translated in 5 languages

Methods	<ul style="list-style-type: none"> • Location: The Hague, the Netherlands. • Setting: Mental health services in The Hague. • Study aim: cognitive differences between immigrants and non-immigrants in a clinical sample of first episode schizophrenia spectrum patiënts. • Study period: Sept 2000 – Sept 2009
Patients	<ul style="list-style-type: none"> • No. of participants: 407 patiënts, of which: 157 were native Dutch and 250 were immigrants (including people from Surinam (65), Antilles (16), Turkey (34), Morocco (58), Non-Western (58), and Western(19)). • Inclusion: Patiënts who made first contact for non-affective psychotic disorder, for which diagnosis was confirmed and completed cognitive assessment. • Exclusion: - • Case definition (diagnose): diagnoses of non-affective psychotic disorder according DSM IV. • Classification of ethic status: Same definition as Dutch CBS.
Instruments	<ul style="list-style-type: none"> • Measurement level of symptoms: <ul style="list-style-type: none"> - CASH - SCAN - Cognitive assessment by structured interview. - IRAOS: relatives were interviewed. • Administered by: SCAN & CASH by Dutch residents in psychiatry. Cognitive assessment was performed by clinical psychologists. IRAOS by trained nurses.
Results	<p>This study showed substantial cognitive impairment on immediate recall, delayed recall and sustained attention in both Dutch and immigrant patiënt groups. The results revealed a significant larger cognitive defects in immigrant patiënts compared to Dutch patiënts. After controlling for education and cannabis use, immigrants from Morocco ($p \leq 0.001$), Turkey ($p \leq 0.01$), and other non-Western countries ($p \leq 0.001$), Surinam ($P \leq 0.05$), and The Antilles ($p \leq 0.05$) demonstrated larger attentional deficits.</p>
Quality Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Quality of evidence: B • Comments <ul style="list-style-type: none"> - large study - only focus on cognitive deficits.
Comments	<ul style="list-style-type: none"> • The group that did not complete cognitive assessment contained higher percentages of females and immigrants compared to the group that did.

Reference: *Van der Ven et al., Can J Psychiatry, 2012*

Methods	<ul style="list-style-type: none"> • Location: Montreal, Quebec, Canada. • Setting: Prevention and Early Intervention Program for Psychosis (urban catchment area in the southwest of Montreal). • Study aim: To explore differences in severity and nature of symptoms of first-episode psychosis (FEP) according to ethnic group and migrant status. • Study period: Jan 2003 – Jan 2010.
Patients	<ul style="list-style-type: none"> • No. of participants: 289 patiënts, of which: 145 Euro-Canadians (reference group), 39 Africans and Afro-Caribbean's, 27 Asians, 15 Central and South American, 24 Middle Eastern and North African, and 39 European and North American. • Inclusion: Patiënts with FEP: (1) living in the catchment area; (2) aged between 14-30 years; (3) diagnosed with a psychotic disorder; and (4) no previous antipsychotic pharmacological treatment longer than 30 days. • Exclusion: (1) IQ<70; (2) history of organic brain syndrome; (3) a primary diagnosis of substance-induced psychosis; (4) and insufficient ability to speak English or French. • Case definition (diagnose): DSM IV criteria for psychotic disorders. • Classification of ethic status: Same definition as Dutch CBS.
Instruments	<ul style="list-style-type: none"> • Measurement level of symptoms:SAPS, SANS and PANSS. • Other information: <ul style="list-style-type: none"> - Retrospective chart review (info on ethnicity). - Structured Clinical Interview for DSM-IV. - Semi-structured interview: CORS (unpublished, shortened version of the Retrospective Assessment of Onset of Schizophrenia). • Administered by: Trained research assistants of mixed ethnic backgrounds. Consensus on diagnosis by 2 senior psychiatrists.
Results	See next page
Quality Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Quality of evidence: B • Comments <ul style="list-style-type: none"> - no blinding - possibility to misdiagnoses minimized by looking at symptom profiles, not diagnoses.
Comments	<ul style="list-style-type: none"> • The catchment area closely resembles an epidemiologic-treated incidence sample, because there are no other specialized services for FEP, or any psychiatric facility. • CORS creates a timeline of the patiënt's life to determine the onset of symptoms. • 81 first generation and 63 second generation migrants.

Symptomatology scores by ethnic group (adjusted for age & sex)*

	Reference group	African & Afro-Caribbean	Middle-Eastern
SAPS	32.5 (13.2)	39.5 (12.6)	29.0 (13.0)
Hallucinations	2.5 (1.7)	3.2 (1.6)	2.7 (1.8)
Delusions	4.1 (1.0)	4.2 (0.7)	4.3 (0.6)
Bizarre behaviour	2.5 (1.4)	3.0 (1.2)	2.0 (1.6)
Positive formal thought disorder	2.1 (1.5)	2.3 (1.5)	2.2 (1.0)
SANS	25.9 (13.7)	34.6 (12.8)^A	27.6 (12.6)
Affective flattening	2.0 (1.4)	2.6 (1.2)	2.0 (1.1)
Alogia	1.7 (1.4)	2.4 (1.4)	1.6 (1.3)
Avolition	3.4 (1.1)	3.7 (0.8)	3.2 (1.1)
Anhedonia	2.9 (1.2)	3.2 (1.0)	3.0 (0.9)
PANSS	38.5 (8.9)	44.5 (9.2)^B	37.0(7.4)

Values given as mean (standard deviation). ^A $P < 0.05$. ^B $P < 0.01$.

*Rates also available for Asian, Central and South American, and European and North American groups.

General psychopathology subscale score of the reference group to other ethnic groups showed higher mean total SANS (negative symptoms) and general psychopathology (PANSS) scores for the African and Afro-Caribbean group ($P=0.02$ and $P=0.005$). The Asian, Central and South American, Middle Eastern, and European and Northern American groups did not differ significantly from the reference group on any of the symptom rating scale scores. No differences appeared between any ethnic or migrant group, compared to the ethnic group.

Symptom domain scores for African and Afro-Caribbean ethnic group

	Reference group	African & Afro-Caribbean	P-value
Affective flattening	2.0 (1.4)	2.6 (1.2)	0.03
Alogia	1.7 (1.4)	2.4 (1.4)	0.006
Avolition	3.4 (1.1)	3.7 (0.8)	0.04
Anhedonia	2.9 (1.2)	3.2 (1.0)	0.15

Values given as mean (standard deviation).

The alogia scale score showed a higher mean for the African and Afro-Caribbean group, compared with the reference group ($p=0.006$). For the affective flattening and the avolition scale, significance was lost when Bonferroni adjustments were employed.

Methods	<ul style="list-style-type: none"> • Location: The Hague, The Netherlands • Setting: cases identified by local GPs, psychiatrists and residents in psychiatry (1 mental health institute in The Hague). • Study aim: compare symptoms at first treatment contact for a psychotic disorder between native Dutch and ethnic minority groups. • Study period: April 1, 1997-April 1, 1999 and October 1, 2000- October 1, 2002.
Patients	<ul style="list-style-type: none"> • No. of participants: 165 first- and second-generation ethnic minority patients and 117 native Dutch (reference group). • Inclusion: Every citizen of The Hague (15-54y) who made first contact with a physician for a possible psychotic disorder over 4 years. Presence of symptom of schizophrenia or clinical suspicion of psychosis, excluding patients with previous contact with health services for psychosis. • Exclusion: patients who were diagnosed with a substance-induced psychotic disorder, a psychotic disorder due to a somatic condition or a non-psychotic disorder. • Case definition (diagnosis): DSM IV criterion A • Classification of ethnicity: CBS definition**
Instruments	<ul style="list-style-type: none"> • Measurement level of symptoms: <ul style="list-style-type: none"> - Semi-structured diagnostic interview: CASH. The interview includes de SAPS and SANS. - Mood symptoms were derived from the DSM-IV criteria for mania and depression. • Diagnosis (DSM-IV): Information from CASH, a semi-structured interview with relatives (IRAOS), and the medical file. • Administered by: 3 trained native Dutch residents in psychiatry
Results	<p><i>See next page</i></p>
Quality Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Quality of evidence: B • Comments: -
Comments	<p>-</p>

Characteristics of study sample (disorders identified)

	Ethnic minorities (n)	Native Dutch (n)
Schizophrenia spectrum disorder	151	78
Depressive disorder	9	7
Bipolar disorder	11	13
Delusional disorder	4	2
Brief psychotic disorder	11	16
Not otherwise specified	37	22

Immigrants from Morocco had significantly higher total psychopathology and negative symptom scores than the native Dutch (comparing the means scores of the 3 scales: SAPS, SANS and DSM-IV criteria). The other groups were not significant. The prevalence of persecutory delusions was higher in the ethnic minority patients than in the native Dutch ($p=0.04$).

Out of 64 symptoms, 7 symptoms differed significantly between Moroccan and native-Dutch patients (see table below). Differences were largest with regard to persecutory delusions, but also included bizarre behaviour ($p=0.004$) and visual hallucinations ($p=0.007$). Native-Dutch more often presented with religious delusions and inflated self-esteem.

Individual positive, negative and mood symptoms that differed significantly between Moroccan and native Dutch patients

	Moroc-cans (%)	Native Dutch (%)	Adjusted OR ^c (95% CI)
Positive symptoms ^a			
Persecutory delusion	74	47	3.44 (1.49-7.93)
Bizarre behaviour	59	32	3.14 (1.43-6.87)
Visual hallucination	44	21	3.08 (1.36-7.00)
Religious delusion	8	23	0.29 (0.08-1.06)
Negative symptoms ^a			
Anhedonia	62	37	2.69 (1.23-5.90)
Alogia	38	21	2.61 (1.12-6.09)
Avolition	44	22	2.31 (1.04-5.12)
Mood symptoms ^b			
Diminished interest or pleasure	68	48	2.78 (1.15-6.74)
Inflated self-esteem	4	16	0.11 (0.01-0.88)

a. $N = 39$ Moroccan group, $N=117$ in native Dutch group (SAPS and SANS). b. $N=33$ in Moroccan group, $N=108$ in native Dutch (DSM-IV criteria). c. Adjusted for age and sex, native Dutch as reference category.

Reference: *Velthorst et al., Psycho Medicine, 2012*

Methods	<ul style="list-style-type: none"> • Location: Nederland • Setting: Patiënten who made first contact with centres in: the Hague (VU/Parnassia), Amsterdam (AMC & PsyQ), Friesland, Leiden, Utrecht. • Study aim: Whether ethnic differences are present in patiënten with an ARMS for developing a first psychosis. • Study period: Feb 2008 – March 2010
Patients	<ul style="list-style-type: none"> • No. of participants: 201 patiënten, of which: 114 native-Dutch & 87 not native-Dutch. • Inclusion: Help-seeking patiënten (14-35y) who met at least 1 criteria for an ARMS for the development of a first psychotic episode and who agreed to participate in the EDIE-NL trail. • Exclusion: (1) current or previous usage of antipsychotic medication; (2) severe learning impairment (IQ<70); (3) psychiatric symptoms due to somatic aetiology; (4) insufficient competence in the Dutch language; and (5) a history of psychosis. • Case definition (diagnose): ARMS criteria as defined by PACE, plus impairment in social functioning as assessed with the SOFAS (score <50 or a drop of 30% for at least 1 month). • Classification of ethnicity: CBS definition**
Instruments	<ul style="list-style-type: none"> • Measurement level of symptoms: <ul style="list-style-type: none"> - Semi-structured interview: CAARMS (Dutch version), including SOFAS. - Depression was self-reported by the BDI-II. • Administered by: Trained EDIE-NL investigators
Results	<p><i>See next page</i></p>
Quality Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Quality of evidence: B • Comments <ul style="list-style-type: none"> - CAARMS has proven validity & reliability. - Setting not well explained. - Administration of interviews not well explained. - no blinding for ethnicity - Almost all group characteristics were similar (no significant differences), despite age and anxiety disorders: the Dutch group was significantly younger. The ethnicity group was more often diagnosed with an anxiety disorder. - p-value is adjusted for potential confounders (age, gender, medicine use, cannabis use, employment status & level of education).
Comments	<ul style="list-style-type: none"> • This study also examines possible factors that could contribute to symptomatic differences, with a special focus on ethnic identity. • EDIE-NL (Dutch Early Detection and Intervention) = longitudinal RCT comparing treatment options. • ARMS criteria: (1) a schizotypal personality disorder and/or 1st degree relative with psychosis (vulnerable group); (2) attenuate positive symptoms; and (3) a brief psychotic episode lasting less than 1 week that resolves without antipsychotic medication.

Analyses of this study were based upon the sum score of the positive and negative items of the CAARMS.

Differences in ARMS symptomatology between people with a Dutch and ethnic minority background

	Ethnic minority (n=87)	Dutch (n=114)	Adjusted p-value
Total psycho- pathology	56.5 (13.9)	49.4 (16.6)	P=0.12
Positive symptoms	10.2 (2.7)	10.4 (2.8)	P=0.20
Negative symptoms	8.1 (3.1)	6.4 (3.6)	P=0.01
Alogia	1.4 (1.2)	1.1 (1.2)	P=0.39
Avolition	3.4 (1.3)	2.7 (1.6)	P=0.07
Anhedonia	3.4 (1.5)	2.5 (1.8)	P=0.007

Values given as mean (standard deviation)

Unadjusted rates (not in table): Analyses showed highly significant associations between being a member of an ethnic minority group and total psychopathology scores ($p=0.0001$) and negative symptoms ($p<0.0001$), when NOT adjusted for potential confounders. The difference in negative symptoms was mainly due to higher rates of anhedonia ($p=0.003$) within the ethnic group. In addition, the ethnic minority group reported more depression ($p=0.002$) and more social anxiety symptoms ($p=0.001$).

Adjusted rates: Significant associations remained for the negative symptoms sum score and anhedonia. Correcting for the older age of the ethnicity group had the largest impact (rest was not significant). The differences in total psychopathology lost their significance.

Symptomatic differences in patients from different groups making first contact for ARMS symptoms

	Dutch (n=114)	Moroccan (n=22)	Turkish (n=13)
Total psycho- pathology	49.4 (16.6)	58.4 (14.7)	61.5 (15.2)
Positive symptoms	10.4 (2.8)	9.4 (2.5)	11.2 (2.9)
Negative symptoms	6.4 (3.6)	9.1 (3.1)	8.7 (2.4)
Alogia	1.1 (1.2)	1.3 (1.4)	1.4 (1.3)
Avolition	2.7 (1.6)	3.8 (1.1)	3.5 (1.1)
Anhedonia	2.5 (1.8)	4.1 (1.3)	3.9 (1.4)

	Surinamese (n=16)	Other non-Western (n=22)	Adjusted P-value
Total psycho- pathology	55.5 (12.5)	58.5 (12.5)	P=0.48
Positive symptoms	10.0 (2.6)	10.6 (2.4)	P=0.49
Negative symptoms	7.7 (3.5)	8.5 (2.6)	P=0.05
Alogia	1.8 (1.3)	1.6 (1.1)	P=0.09
Avolition	3.0 (1.4)	3.6 (1.3)	P=0.24
Anhedonia	2.9 (1.5)	3.6 (1.6)	P=0.03

Values given as mean (standard deviation)

Significant differences in the negative symptoms total score ($p=0.05$) and self-reported symptoms of depression ($p=0.03$).

Post-hoc comparisons (using Tukey HSD test)

Indicated that the differences in negative symptom scores can be attributed mainly to higher scores in the Moroccan-Dutch (total neg. score: $p=0.002$; Anhedonia: $p=0.001$; and Avolition: $p=0.009$) and the other non-Western group ($p=0.04$). Significant difference in self-reported depression scores was caused by the higher scores of both Moroccan- and Turkish-Dutch populations ($p=0.005$ and $p<0.00001$).

Reference: *Zandi et al., Schizophrenia Research, 2010*

Methods	<ul style="list-style-type: none"> • Location: Utrecht, The Netherlands • Setting: one of the available mental health services in Utrecht. • Study aim: examine whether the incidence rates of psychotic disorders among Moroccan immigrants to the Netherlands remain increased when a cultural sensitive diagnostic interview is used. • Study period: May 1 2002 – April 30 2004.
Patients	<ul style="list-style-type: none"> • No. of participants: 102, of which: 48 native Dutch, 29 Moroccan, and 25 with other ethnicities. • Inclusion: Every native Dutch and Moroccan patient (15-54 years) who made contact with one of the mental health services in Utrecht with a suspected psychotic disorder for the first time. The patient has to be a legal citizen for at least 6 months. • Exclusion: patients with a history of psychosis or with a clear substance induced psychosis, and patients without psychotic symptoms or a non-psychotic disorder. • Case definition (diagnosis): DSM-IV diagnoses of psychotic disorders. • Classification of ethnicity: CBS definition**
Instruments	<ul style="list-style-type: none"> • Measurement of symptoms: <ul style="list-style-type: none"> - 1st interview: standardized Dutch version of the CASH - 2nd interview: CASH-CS: a modified, cultural sensitive version of CASH. Including the IRAOS, an interview with a key informant and the patient to elicit additional cultural information. - for additional information, the medical file of each subject was screened. • Administered by: <ul style="list-style-type: none"> - CASH: trained academic psychiatrists (or residents). Diagnostic information was obtained by the treating physician when the patient refused contact with the research team. - CASH-CS: the some of the authors and a Moroccan psychiatrist who were trained to use CASH (all are experienced cross-cultural psychiatrists).
Results	<ul style="list-style-type: none"> • All Moroccan patients were first-generation immigrants. • Among Moroccan immigrants the CASH-CS resulted in fewer patients with a diagnosis of schizophrenia compared with diagnoses based on the CASH, whereas for Native Dutch patients there was no difference between de CASH and the CASH-CS. • CASH-CS vs CASH: In Moroccan culture hearing voices, seeing things or dead persons, being influenced by an outside force or sensations of floating above or outside of the body can represent symptoms of emotional distress or can be part of a (dissociative) possession state. In contrast to the CASH, symptoms were rated as “low confidence or not significantly present” (score 2-5) if such culturally accepted experiences were mentioned by the patient or a key informant. The 3rd area of misinterpretation of symptoms is the presence or absence of depressive symptoms. There is no word for depression in Berber, the most commonly spoken language by Moroccan immigrants in the Netherlands, and admitting to such feelings is a taboo in this culture.
Quality Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Quality of evidence: B • Comments <ul style="list-style-type: none"> - all psychiatrists participating in this research were present during meetings where diagnoses were made. - the same interpreter was used for all cases where necessary. - limited sample size - no blinding (due to missing IRAOS information for CASH) → result in possible ethic bias, due to possible misinterpretation of culturally appropriate expressions
Comments	<ul style="list-style-type: none"> • all patients who met the inclusion criteria were approached through their treating physician to participate. • CASH-CS was developed for cultural sensitive interpretation of symptoms and making use of cultural formulation, focusing on 3 areas: hallucinations, dissociative symptoms and affective symptoms. - See appendix a for two cases to illustrate differences. • an interpreter was asked to translate the interview, whenever the interviewer judged that the Dutch language level of the Moroccan patient was insufficient. • willingness to participate was higher among Moroccans than native Dutch.

Methods	<p>Location: Utrecht, The Netherlands</p> <p>Setting: one of the available mental health services in Utrecht.</p> <p>Study aim: compare the predictive validity of a diagnosis of schizophrenia according the CASH and CASH-CS.</p> <p>Study design: Longitudinal study (<i>follow-up study Zandi 2010</i>)</p> <p>Follow up period: 2.5 years (mean 30.5 months).</p>
Patients	<ul style="list-style-type: none"> • who made contact with one of the mental health services in Utrecht with a suspected psychotic disorder for the first time. The patiënt has to be a legal citizen for at least 6 months. • All Moroccan cases were included, and the number of native Dutch subjects were equalized to the same amount (same no. in both groups). • Exclusion: patiënten with a history of psychosis or with a clear substance induced psychosis, and patiënten without psychotic symptoms or a non-psychotic disorder. • Case definition: DSM-IV diagnoses of psychotic disorders. • Classification of ethnicity: CBS definition (<i>see Veling et al. 2007</i>)
Instruments	<ul style="list-style-type: none"> • Measurement level of symptoms: • Baseline: CASH and CASH-CS (see Zandi, 2010). • Follow-up: <ul style="list-style-type: none"> - CASH-UP: longitudinal version of the standard diagnostic interview - Recorded clinical information during the total follow up (to prevent considering patiënten in sustained remission as having "no diagnosis")* • Administered by: <ul style="list-style-type: none"> - CASH: trained academic psychiatrists (or residents). Diagnostic information was obtained by the treating physician when the patiënt refused contact with the research team. - CASH-CS: the some of the authors and a Moroccan psychiatrist who were trained to use CASH (all are experienced cross-cultural psychiatrists). - CASH-UP: By one researcher (psychiatrist) and a research assistant.
Results	<ul style="list-style-type: none"> • All Moroccan patiënten were first-generation. • Moroccan patiënten who were diagnosed with schizophrenia using the standard CASH at baseline had a significantly better 30-month prognosis than native Dutch patiënten with the same CASH diagnosis. • Prognosis of schizophrenia according to the CASH-CS was similar for Moroccans and native Dutch patiënten. • Diagnostic stability according to the CASH was high for native Dutch (92%), but low for Moroccan patiënten (27%), whereas diagnostic stability according to the CASH-CS was high for both groups (85% and 81%, respectively). • These data raise questions regarding the validity of the standard CASH in Moroccan immigrants in the Netherlands and support the validity of the CASH-CS.
Quality Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Quality of evidence: B • Comments <ul style="list-style-type: none"> - diagnoses in meetings: 4 psychiatrists participating. - the same interpreter was used for all cases where necessary. - limited sample size - no blinding (due to missing IRAOS information for CASH) result in possible bias, due to possible misinterpretation of culturally appropriate expressions of distress. - *a change in diagnosis from baseline to follow-up cannot be attributed only to the absence of symptoms during the follow-up assessment, but takes into account the entire illness episode.

Comments	<ul style="list-style-type: none"> • All patiënten who met the inclusion criteria were approached through their treating physician to participate. • CASH-CS was developed for cultural sensitive interpretation of symptoms and making use of cultural formulation, focusing on 3 areas: hallucinations, dissociative symptoms and affective symptoms. - See appendix a for two cases to illustrate differences. • an interpreter was asked to translate the interview, whenever the interviewer judged that the Dutch language level of the Moroccan patiënt was insufficient. • willingness to participate was higher among Moroccans than native Dutch. • Every native Dutch patiënt registered at baseline just after an included Moroccan was asked to participate in the follow up. When declined, the next patiënt was asked.
----------	--

UK: United-Kingdom; PSE: Present State Examination; SCL: Syndrome Check List; N.R.: Not Reported; SCAN: Schedules for the Clinical Assessment in Neuropsychiatry; IDCL: International Diagnostic Checklists; PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale; HAM-D = Hamilton Depression Scale; GAFS = Global Assessment of Functioning scale; GP = General practitioner; CASH = Comprehensive Assessment of Symptoms and History; SAPS = Scale for the assessment of positive symptoms; SANS = Scale for the Assessment of Negative Symptoms; ICD-10 = ; DSM IV = ; CBS = Central Institute of Statistics; IRAOS = Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia; RCT = Randomized Controlled Trial; ARMS = At Risk Mental State; PACE = Personal Assessment and Crisis Evaluation Clinic; CAARMS = Comprehensive Assessment of At Risk Mental States; SOFAS = Social and Occupational Functional Assessment Scale; NA = not applicable; FEP = First Episode Psychosis; PSQ = psychosis screening questionnaire;

Bijlage 14 Review protocol

Diagnostiek

Topic	Instrumenten voor het diagnosticeren (signaleren of screenen) van schizofrenie bij (de vier grootste (niet-westerse)) migrantengroepen
Review question(s)	Hoe is de diagnose schizofrenie betrouwbaar te stellen bij patiënten met een niet-westerse achtergrond?
Sub-question(s)	<ul style="list-style-type: none"> - Welke aanwijzingen zijn er dat er misdiagnostiek bij patiënten met een niet-westerse achtergrond voorkomt? - Zijn er instrumenten of specifieke aanvullende vragen te gebruiken om misdiagnostiek te voorkomen? Te denken valt aan CASH(-CS), het cultureel interview of een genogram
Objectives	Een instrument of lijst met aanvullende vragen om valide en betrouwbare diagnostiek te verrichten bij (de vier grootste (niet-westerse)) migrantengroepen in Nederland met een vermoeden op schizofrenie.
Criteria for considering studies for the review	
· Intervention	Beschikbare instrumenten of vragen(lijsten) voor hulpverleners in de eerste lijn of gespecialiseerde ggz om te diagnosticeren of te ondersteunen bij de diagnostiek.
· Comparator	Het klinisch oordeel van een behandelaar
· Types of participants	<p>Leeftijd: 12-65</p> <p>Specifieke aandacht voor Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse migrantengroepen van zowel eerste, tweede en derde generatie met psychotische kenmerken.</p> <p>Maar mochten er instrumenten of vragen(lijsten) zijn die in het algemene bedoeld zijn voor niet-westerse migranten of personen met een andere culturele achtergrond deze ook meenemen.</p>
· Outcomes	<p>Diagnostisch accuratesse onderzoek (DTA): Terecht en onterecht positief of negatief beoordeelde patiënten (Sensitiviteit, Specificiteit en Area Under the Curve)</p> <p>Cultuurspecifieke vragen voor een psychose/schizofrenie.</p>
· Time	-
· Study design	<p>Geen casestudies, in studies moeten meer dan 10 participanten zitten</p> <p>Systematic reviews/meta-analysen</p> <p>RCT</p> <p>DTA: cross sectional onderzoek</p> <p>Prognostische onderzoek</p> <p>Expert opinion/grijze literatuur (signalen)</p>

· Dosage	Nvt
· Study country	Instrument dat in Nederland bruikbaar/beschikbaar is. Dit wordt pas na de full text selectie bepaald.
Search strategy	General outline: Generiek Databases searched: CINAHL PubMed PsycInfo Date restrictions: nee (maar in de selectie vanaf 1990) Taal: Nederlandse en Engelse studies
Study design filter/limit used	Nee
Question specific search strategy	Nee
Amendments to search strategy/study design filter	Nee
Searching other resources	Nederlandse literatuur
The review strategy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Search door de Informatiespecialist Vervolgens twee selectiefasen op bases van "Criteria for considering studies for the review" 2. Eerste selectie (title and abstract vanaf 1990-nu): bij twijfel en voorlopige inclusie de full text opvragen. 3. Tweede selectie (full text): bij twijfel artikelen bespreken met tweede onderzoeker 4. Voorkeur gaat uit naar recente SR of MA voor in de Nederlandse situatie bruikbare , het liefst toepasbaar op meerdere culturen. 5. Data-extractie en kwaliteitsbeoordeling (RoB) in "Bewijstabel voor diagnostische accuratesse studies"
<p>Note. Gebruik maken van: Hoogsteder, M., & Veling, W. (2013). <i>Een open geest met andere ogen. Interculturele diagnostiek en behandeling van mensen met psychose</i>. Utrecht: Mikado.</p>	

Bijlage 15 Reviewprotocol

Behandeling met antipsychotica

Topic	Behandeling met antipsychotica
Review question(s)	Farmacologische interventies - Op welke wijze kan er veilig antipsychotica worden voorgeschreven aan patiënten met een andere etnische achtergrond en schizofrenie?
Sub-question(s)	- Speciale belangstelling gaat uit naar de vier grootste groepen in Nederland, die met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Antilliaanse migratie achtergrond.
Objectives	Inzicht in de bijwerkingsprofielen van antipsychotica bij personen van een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Antilliaanse komaf. En hoe deze bijwerkingen te voorkomen.
Criteria for considering studies for the review	
• Intervention	Antipsychotica
• Comparator	Placebo of ander farmacologisch middel. Of het vergelijken van verschillende groepen met elkaar, bijvoorbeeld Turks met 'Caucasian'.
• Types of participants	Leeftijd: 12-65 Bij de search in de internationale literatuur gaat het alleen om mensen van een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Antilliaanse afkomst.
• Outcomes	Alle vormen van bijwerkingen
• Time	-
• Study design	Geen casestudies, in studies moeten meer dan 10 participanten zitten Systematic reviews / Meta-analysen RCT's Expert opinion / grijze literatuur (Hoogsteder & Veling, 2013)
• Dosage	nvt
• Study country	Geen beperking
Search strategy	General outline: Generiek Databases searched: CINAHL PubMed PsycInfo Date restrictions: nee (maar in de selectie vanaf 1990) Taal: Nederlandse en Engelse studies
Study design filter/limit used	Nee

Question specific search strategy	Nee
Amendments to search strategy/study design filter	Nee
Searching other resources	Nederlandse literatuur
The review strategy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Search door de informatiespecialist. Vervolgens twee selectiefasen op bases van "Criteria for considering studies for the review" 2. Eerste selectie (title and abstract vanaf 1990-nu): bij twijfel en voorlopige inclusie de full text opvragen. 3. Tweede selectie (full text): bij twijfel artikelen bespreken met tweede onderzoeker 4. Voorkeur gaat uit naar recente SR of MA voor in de Nederlandse situatie bruikbare, het liefst toepasbaar op meerdere culturen. 5. Data-extractie en kwaliteitsbeoordeling (RoB) in een "Bewijstabel voor interventie studies" 6. Uiteindelijk worden de uitkomsten van de internationale search samengevoegd met de resultaten van Hoogsteder & Veling (2013) over bijwerkingen bij andere etnische groepen.
<p><i>Note.</i> Gebruik maken van: Hoogsteder, M., & Veling, W. (2013). <i>Een open geest met andere ogen. Interculturele diagnostiek en behandeling van mensen met psychose</i>. Utrecht: Mikado.</p>	

Bijlage 16 Zoekstrategie Behandeling met antipsychotica

Resultaat:

PsycInfo: 167

PubMed: 281

CINAHL: 123

EMBASE: 602

Totaal: 1173

Ontdubbeld en 164 dubbele referenties verwijderd. Blijven over: 1009 referenties.

PsycInfo

0	
---	--

#	Query	Limiters/ Expanders	Last Run Via	Results
S25	S10 AND S23	Limiters - Publication Type: All Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	167
S24	S10 AND S23	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	179
S23	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	106,575
S22	TI ("side effect*" OR "adverse effect*" OR "adverse reaction*" OR "blood level" OR agranulocytosis OR "sedation OR dyskinesia OR "neuroleptic malignant syndrome" OR extrapyramidal OR "weight gain" OR metabolic OR metabolism OR diabetes OR hypertension OR hyperglycemia) OR AB ("side effect*" OR "adverse effect*" OR "adverse reaction*" OR "blood level" OR agranulocytosis OR "sedation OR dyskinesia OR "neuroleptic malignant syndrome" OR extrapyramidal OR "weight gain" OR metabolic OR metabolism OR diabetes OR hypertension OR hyperglycemia) OR KW ("side effect*" OR "adverse effect*" OR "adverse reaction*" OR "blood level" OR agranulocytosis OR "sedation OR dyskinesia OR "neuroleptic malignant syndrome" OR extrapyramidal OR "weight gain" OR metabolic OR metabolism OR diabetes OR hypertension OR hyperglycemia)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	88,695

S21	DE "Side Effects (Drug)"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	20,395
S20	DE "Pharmacokinetics"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	1,301
S19	DE "Weight Gain"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	1,805
S18	(DE "Metabolism") OR (DE "Metabolism Disorders" OR DE "Cushings Syndrome" OR DE "Cystic Fibrosis" OR DE "Diabetes" OR DE "Hyperglycemia" OR DE "Hypoglycemia" OR DE "Hyponatremia" OR DE "Lipid Metabolism Disorders" OR DE "Phenylketonuria" OR DE "Porphyria")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	16,281
S17	DE "Metabolic Syndrome"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	1,192
S16	DE "Diabetes"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	7,340
S15	DE "Hyperglycemia"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	386
S14	DE "Hypertension"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	5,098
S13	DE "Dyskinesia" OR DE "Tardive Dyskinesia"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	2,899
S12	DE "Neuroleptic Malignant Syndrome"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	771
S11	DE "Extrapyramidal Symptoms"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	832
S10	S6 AND S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	447
S9	S7 OR S8	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	35,021
S8	TI (antipsychotic* OR Zuclopentixol OR fluanxol OR flupentixol OR orap) OR AB (antipsychotic* OR Zuclopentixol OR fluanxol OR flupentixol OR orap) OR KW (antipsychotic* OR Zuclopentixol OR fluanxol OR flupentixol OR orap)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	21,547

S7	(((((DE "Neuroleptic Drugs") OR (DE "Haloperidol") OR (DE "Pimozide") OR (DE "Risperidone") OR (DE "Quetiapine") OR (DE "Olanzapine") OR (DE "Clozapine") OR (DE "Sulpiride")) OR (DE "Aripiprazole"))	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	28,008
S6	S4 AND S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	4,404
S5	TI (turkey OR turkish OR moroccan* OR antillian* OR antilean * OR antilles OR surinam* OR minority OR minorities OR immigrant* OR migrant* OR cultural OR sociocultural OR diversity OR ethnic* OR racial OR race) OR AB (turkey OR turkish OR moroccan* OR antillian* OR antilean * OR antilles OR surinam* OR minority OR minorities OR immigrant* OR migrant* OR cultural OR sociocultural OR diversity OR ethnic* OR racial OR race) OR KW (turkey OR turkish OR moroccan* OR antillian* OR antilean * OR antilles OR surinam* OR minority OR minorities OR immigrant* OR migrant* OR cultural OR sociocultural OR diversity OR ethnic* OR racial OR race)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	293,506
S4	S1 OR S2 OR S3	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	113,666
S3	TI (psychotic disorder* OR severe mental ill* OR severe mental disorder* OR psychosis OR psychoses) OR AB (psychotic disorder* OR severe mental ill* OR severe mental disorder* OR psychosis OR psychoses) OR KW (psychotic disorder* OR severe mental ill* OR severe mental disorder* OR psychosis OR psychoses)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	48,944
S2	DE "Psychosis" OR DE "Chronic Psychosis"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	20,055
S1	DE "Schizophrenia" or DE "Catatonic Schizophrenia" or DE "Paranoid Schizophrenia" or DE "Schizophrenia (Disorganized Type)" or DE "Schizophreniform Disorder" or DE "Schizoaffective Disorder"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	72,175

enabled

Recent queries

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#90	Add	Search (#83 OR #89)	281	08:06:52
#89	Add	Search (#47 AND #88)	199	08:03:23
#88	Add	Search (#84 OR #85 OR #86 OR #87)	1533650	08:03:09
#87	Add	Search "blood level"[tiab] OR agranulocytosis[tiab] OR sedation [tiab] OR dyskinesia[tiab] OR "neuroleptic malignant syndrome" OR extrapyramidal OR "weight gain"[tiab] OR metabolic[tiab] OR metabolism[tiab] OR diabetes[tiab] OR hypertension[tiab] OR hyperglycemia[tiab]	1282105	08:02:39
#86	Add	Search "adverse reaction"[tiab] OR "adverse reactions"[tiab]	23272	08:01:39
#85	Add	Search ("adverse effect"[tiab] OR "adverse effects" [tiab])	102528	08:01:01
#84	Add	Search ("side effect"[tiab] OR "side effects" [tiab])	179206	08:00:43
#83	Add	Search (#47 AND #82)	242	07:58:48
#82	Add	Search (#53 OR #78 OR #50)	7888902	07:58:28
#78	Add	Search (((((((("Weight Gain"[Mesh]) OR "Pharmacokinetics"[Mesh]) OR "pharmacokinetics" [Subheading]) OR "Metabolic Diseases"[Mesh]) OR "Neuroleptic Malignant Syndrome"[Mesh]) OR "Dyskinesias"[Mesh]) OR "Hypertension"[Mesh]) OR "Hyperglycemia"[Mesh]) OR "Diabetes Mellitus"[Mesh]) OR "Metabolism"[Mesh]) OR "metabolism" [Subheading]	6691663	07:35:16
#53	Add	Search "adverse effects" [Subheading]	1705681	07:23:16
#50	Add	Search "Extrapyramidal Symptoms" [tiab]	2328	07:22:10
#47	Add	Search (#35 AND #46)	495	07:20:04
#46	Add	Search (#37 OR #43)	380649	07:19:52
#45	Add	Search (#35 AND #44)	31	07:18:49
#44	Add	Search (#40 OR #43)	39394	07:18:27
#43	Add	Search (turkey [tiab] OR turkish [tiab] OR moroccan* [tiab] OR morocco[tiab] OR antillian* [tiab] OR antilles [tiab] OR antillean* [tiab] OR surinam* [tiab]))	37381	07:17:16
#40	Add	Search (#37 AND #39)	2632	07:14:53
#39	Add	Search dutch[tiab] OR netherlands[tiab] OR holland[tiab]	51298	07:14:35
#37	Add	Search immigrant* [tiab] OR migrant*[tiab] OR cultural[tiab] OR sociocultural[tiab] OR diversity[tiab] OR ethnic*[tiab] OR racial[tiab] OR race[tiab]	346589	07:13:58
#35	Add	Search (#5 AND #34)	26461	07:11:27
#34	Add	Search (#28 OR #33)	67942	07:10:44
#33	Add	Search "neuroleptic drugs"[tiab]	1759	07:10:08
#28	Add	Search (#10 OR #26 OR #27)	67381	07:09:23
#27	Add	Search (antipsychotic* [tiab] OR Zuclopentixol [tiab] OR fluanxol [tiab] OR flupentixol [tiab] OR orap [tiab] OR aripiprazol [tiab] OR risperidon [tiab])	27533	07:09:02
#26	Add	Search (((((((("Antipsychotic Agents"[Mesh]) OR "Haloperidol"[Mesh]) OR "Flupenthixol"[Mesh]) OR "Pimozide"[Mesh]) OR "quetiapine" [Supplementary Concept]) OR "olanzapine" [Supplementary Concept]) OR "Clozapine"[Mesh]) OR "Sulpiride"[Mesh]	58267	07:06:16
#10	Add	Search "Antipsychotic Agents"[Mesh]	41319	06:57:23
#5	Add	Search (#1 OR #3)	123808	06:54:26
#3	Add	Search "severe mental illness*" [tiab] OR "severe mentally ill" [tiab] OR "severe mental disorder*" [tiab] OR "psychotic disorder*" [tiab] OR psychosis [tiab] OR psychoses [tiab]	34768	06:54:04
#1	Add	Search "Schizophrenia"[Mesh:NoExp] OR "Schizophrenia, Disorganized"[Mesh] OR "Schizophrenia, Catatonic"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid"[Mesh] OR "Shared Paranoid Disorder"[Mesh] OR "Psychotic Disorders"[Mesh:NoExp]	107804	06:52:27

CINAHL

#	Query	Limiters/ Expanders	Last Run Via	Results
S12	S10 AND S11	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	123
S11	S3 AND S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	839
S10	S7 OR S8 OR S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	9,537
S9	TI (antipsychotic* OR Zuclopentixol OR fluanxol OR flupentixol OR orap OR pimozide OR "neuroleptic drugs" OR flupentixol) OR AB (antipsychotic* OR Zuclopentixol OR fluanxol OR flupentixol OR orap OR pimozide OR "neuroleptic drugs" OR flupentixol)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	3,860
S8	(MH "Haloperidol") OR (MH "Risperidone") OR (MH "Quetiapine") OR (MH "Olanzapine") OR (MH "Clozapine") OR (MH "Aripiprazole")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	2,839
S7	(MH "Antipsychotic Agents+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	8,655
S6	S4 OR S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	118,076
S5	MH "Cultural Sensitivity" OR MH "Ethnology" OR MH "Asians" OR MH "Ethnic Groups" OR MH "Arabs" OR MH "Blacks" OR MH "Race Factors" OR MH "Cultural Diversity" OR MH "Immigrants" OR MH "Minority Groups" OR MH "Transients and Migrants"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	70,850
S4	TI (minority OR minorities OR immigrant* OR migrant* OR cultural OR sociocultural OR diversity OR ethnic* OR racial OR race OR turkey OR turkish OR moroccan* OR morocco OR antillian* OR antilleen* OR antilles OR surinam*) OR AB (minority OR minorities OR immigrant* OR migrant* OR cultural OR sociocultural OR diversity OR ethnic* OR racial OR race OR turkey OR turkish OR moroccan* OR morocco OR antillian* OR antilleen* OR antilles OR surinam*)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	78,652
S3	S1 OR S2	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	14,964
S2	TI ("severe mental ill*" OR "severe mental disorder*" OR "psychotic disorder*" OR psychosis OR psychoses) OR AB ("severe mental ill*" OR "severe mental disorder*" OR "psychotic disorder*" OR psychosis OR psychoses)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	5,136
S1	MH "Schizoaffective Disorder") OR (MH "Schizophrenia") OR (MH "Psychotic Disorders")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	12,498

In verband met het lage aantal resultaten in CINAHL heb ik verder niet meer gecombineerd met termen voor bijwerkingen.

Resultaat:

PsycInfo: 167

PubMed: 281

CINAHL: 123

EMBASE: 602

Totaal: 1173

Ontdubbeld en 164 dubbele referenties verwijderd. Blijven over: 1009 referenties.

Bijlage 17 Evidence tabellen

Samenvatting van de resultaten

Relevante data uit de artikelen (data-extractie) zijn in evidence-tabellen weergegeven. In de evidence-tabellen zijn per artikel gegevens samengevat over:

- Methode:
 - Referentie
 - Setting
 - Doel
 - Jaar waarin het onderzoek is uitgevoerd
 - Studiedesign

- Patiënten:
 - Karakteristieke patiëntenpopulatie zoals aantal, leeftijd, et cetera.
 - Definitie schizofrenie/psychotische kenmerken. Wanneer beschikbaar ook de classificatie van etnische groepen.

- Meetinstrumenten:
 - Beschrijving van gebruikte meetinstrumenten
 - Uitkomstmaten

- Onderzoeksresultaten:
 - Beschrijving van de resultaten
 - Korte conclusie

- Kwaliteitsbeoordeling:
 - Niveau van bewijs
 - Beperkingen van de studies

- Opmerkingen

Reference: *Boke et al. DNA and cell biology, 2007*

Methods	<ul style="list-style-type: none"> • Location: Samsun, Turkey • Setting: Psychiatry Clinics of Samsun Mental Hospital and Faculty of Medicine, Ondokuz Mayıs University. • Study aim: to assess whether TD is associated with the polymorphisms of the genes encoding for HTR2A receptor and CYP1A2 gene a Turkish population (and to identify risk factors for TD). • Study period: January-December 2005
Patients	<ul style="list-style-type: none"> • No. of participants: 227 Turkish patients with schizophrenia (of which: 47 patients with persistent TD, 80 without TD and 100 healthy controls). • Inclusion: Patients with schizophrenia taking stable dose of anti-psychotic and anticholinergic medication for 3 months before evaluation. The controls had no previous history of any neuropsychiatric disorders. • Exclusion: Patients with neurological comorbidity, epilepsy, mental retardation, or a history of substance abuse that may impair the psychiatric evaluation. • Case definition (diagnose): <ul style="list-style-type: none"> - DSM-IV criteria for schizophrenia - TD was diagnosed based on criteria used in Schooler and Kane (1982). - Positive TD means a rating of 'mild' TD in at least two affected body areas or a rating of 'moderate' TD in one affected body area.
Instruments	<ul style="list-style-type: none"> • Measurement of symptoms: TD was assessed by the AIMS • DNA extraction: Peripheral venous blood samples were obtained and genomic DNA was isolated by 'salting out' method from peripheral leukocytes. • Genotyping of 1438 G/A polymorphism of HTR2A and CYP1A2 polymorphism
Results	<ul style="list-style-type: none"> • The study established that cumulative exposure to antipsychotic drugs for every year ($p=0.003$, $OR=1.15$; $CI=1.07-1.23$) and A/A genotype of HTR2A risk factors are for TD ($p=0.026$; $OR=4.34$; $CI=1.19-15.81$). • The results support that HTR2A gene polymorphism influences the tendency to express TD following prolonged antipsychotic drug exposure in Turkish schizophrenia patients.
Quality Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Quality of evidence: B • Large sample size • Life-time diagnosis was assigned to 2 independent psychiatrists, based on interviews and medical records. • All subjects were of Turkish origin and from the Black Sea Coastal Region. • Associations between the disease and genotypes were assessed by calculation odds ratios and 95% confidence intervals. • Age, smoking status, duration of illness, and cumulative exposure to neuroleptic drugs were significantly different. Gender and antipsychotic type were not different.
Comments	<ul style="list-style-type: none"> • TD is a movement disorder that occurs only in the context of antipsychotic medication use, occasionally after many months but more commonly after years. • The pathophysiology of TD is widely researched, yet still not completely understood. • A genetic predisposition for developing TD among schizophrenia patients has been observed based on animal, family and twin studies. • CYP1A2 plays an important role in the metabolism of neuroleptic drugs. It is considered to be a low affinity, high-capacity metabolic clearance pathway. CYP1A2 enzyme has been shown to have a gene-dose effect on the pharmacokinetics and clinical effects of antipsychotic drugs. • Genetic differences in CYP1A2 may mean that some patients have only less active enzymatic forms, resulting in higher plasma levels of the medication, and this may also allow prediction of good response and propensity to side effects. • Polymorphisms of CYP1A2 appears to contribute to the inter-individual variability in the kinetics and occurrence of drug interaction. • polymorphic variations in HTR2A receptor gene are associated with TD in some, but not all studies. <p><i>*for more specifics, we refer to the full</i></p>

Reference: *Cohen et al., Eur Neuropsychopharmacology, 2006*

Methods	<ul style="list-style-type: none"> • Location: Netherlands • Setting: 5 long-stay wards • Study aim: Assess the prevalence of type 2 diabetes mellitus in chronic schizophrenic and schizoaffective inpatients and investigate the duration of antipsychotic treatment was related to the development of diabetes mellitus. • Study period: -
Patients	<ul style="list-style-type: none"> • No. Of participants: 266 inpatients (of which: 204 are Caucasian, 37 Negro, 15 Asian, and 10 mixed). • Inclusion: hospitalized patients on a chronic ward in the 5 participation hospitals*. • Exclusion: N.R. • Case definition: DSM-IV criteria of schizophrenia or schizoaffective disorder
Instruments	<ul style="list-style-type: none"> • Blood samples were collected by venepuncture
Results	<ul style="list-style-type: none"> • The mean duration of illness was 268.5 (\pm134) months and a mean duration of antipsychotic treatment of 216.6 months (\pm143) • In patients with chronic schizophrenia and schizoaffective disorder, an overall prevalence of type 2 diabetes mellitus of 9% was found, significantly higher as compared to the general population. No relation was found between antipsychotic exposure time and the prevalence of diabetes. • No difference was found between ethnic background ($p=0.282$)
Quality Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Quality of evidence: B
Comments	<ul style="list-style-type: none"> • Many reports indicate that the incidence and prevalence of diabetes mellitus is increased in schizophrenic patients and related to antipsychotic treatment. <p><i>*No restrictions with respect to psychiatric or somatic co-morbidity were made (with regard to study population).</i></p>

Bijlage 18 Aanvullende instructies afname CASH bij allochtone cliënten

Meer nog dan bij autochtone cliënten is het van belang om voordat u met de vragenlijst begint een vertrouwelijk contact met de cliënt op te bouwen. Begin daarvoor iedere sectie opnieuw met een algemene vraag. Bestudeer de status van tevoren om de cliënt zo goed mogelijk te leren kennen en sommige delen van de vragenlijst alvast in te kunnen vullen en beperk de duur van het interview zoveel mogelijk. Er is een sterke voorkeur voor matching van sekse.

De aandachtspunten zijn per sectie aangegeven.

Sectie 1

- Extra aandacht. Hoeft niet perse aan de cliënt gevraagd te worden. Vaak is er een kind dat veel informatie over de ziektegeschiedenis kan geven.
- Als u goed doorvraagt kunt u makkelijk het onderwijssysteem van de andere landen met Nederland vergelijken en een juist hokje aankruisen.

Sectie 2 (Handvoorkeur en lateralisatie)

- Voor de handvoorkeur cultureel niet-relevante vragen overslaan (bijvoorbeeld hockey). Enkel de voorkeurhand bij het schrijven, gooien, snijden, knippen is genoeg. Concretiseer: in sommige culturen is het voor bepaalde handelingen vastgelegd om welke hand te gebruiken.

Sectie 3 (Alcohol- en drugsgebruik)

- Hoeft dus niet vermeld te worden. Als u een vertrouwelijk contact met uw cliënt opgebouwd hebt hoort u vaak een eerlijk en juist antwoord.

Sectie 4 (Overzicht van de ziektegeschiedenis)

- Let bij de ziektegeschiedenis op of er meerdere episodes geweest zijn en welke het meest intensief was/waren. Vraag bij voorkeur waar het is het begonnen, gevolgd door 'hoe oud was u toen?'

Sectie 5 (Affectieve syndromen)

- Concretiseer welke vragen hoe anders te formuleren: probeer abstracte klachten concreter te maken (stemming).
- Vergeet niet bij de vragen over de medicatie het gebruik van drugs ook uit te sluiten.

- Let op dat moslim cliënten tijdens de ramadan of het offerfeest prikkelbaar of emotioneel kunnen zijn en dat ze geacht worden opgewekt te zijn. Dit is geen hypomanie.

Hoeft niet vermeld te worden:

- Alternatieve vraag over de suïcidaliteit is bijvoorbeeld het vragen of cliënt bidt dat God hem eerder haalt.
- Voor het schuldgevoel of het schaamtegevoel kunt u de cliënt vragen of hij iets gedaan heeft waarvoor hij zich schaamt.

Sectie 6 (Wanen)

- Voordat u de vragen van deze sectie aan de patiënt gaat stellen kunt u tegen hem zeggen dat ze niet van toepassing hoeven te zijn.
- Vragen 6.1 en 6.2 in overleg met de tolk.
- 6.3 Heeft u wel eens het idee dat u iets verschrikkelijks hebt gedaan dat schaamte veroorzaakt?
- 6.5 Besteedt extra aandacht aan mogelijk bijgeloof van de patiënt. Vergeet niet dat de meeste moslim patiënten, bijvoorbeeld als zij in Mekka zijn geweest, of in schemering een bijzondere religieuze ervaring behoren te hebben gehad. Wat voor?
- 6.6 Het gevoel van mieren onder je huid of Nemel is als geïsoleerde beleving geen waan.
- 6.7 Het gevoel dat iemand achter je zit of jouw schouder raakt is als geïsoleerde beleving geen waan.
- 6.8 Vraag of iemand in Djunun, boze oog, toverij gelooft en of hij zijn klachten als een gevolg hiervan ziet. Vraag of hij genezing bij een Fagid, Sadat of Sawyat gezocht heeft. Welke consequentie heeft dat?
- Let op om een bepaald geloof niet perse als waan te beschouwen. Bij twijfel dient u dit aan de familie te vragen.

Sectie 7 (Hallucinaties)

- In sommige culturen horen mensen stemmen en als je doorvraagt zijn deze in hun hoofd en hebben ze vaak niets met een psychose te maken (vooral als geïsoleerd verschijnsel).
- Sommige mensen melden dat ze geroepen worden. Dat is vaak geen psychotisch verschijnsel.
- 7.4 zie ook 6.6. Het gevoel dat schouder geraakt wordt of van een mier onder de huid of Nemel is geen hallucinatie. Een zwaar gevoel op het borstbeen gecombineerd met slaapverlamming is geen psychose, maar waarschijnlijk een neurofysiologisch verschijnsel.
- 7.6 Het terugzien van een overleden familielid als geïsoleerd verschijnsel duidt vaak niet op een psychose.

Sectie 8 (Suïcidaal gedrag)

- In de Islam is suïcide een grote zonde en u doet er goed aan deze sectie met extra voorzichtigheid te stellen, maar dat betekent niet dat u niet alle vragen met de cliënt kunt doornemen.
- Zie sectie 5 bij de vraag over de suïcidaliteit.

Sectie 9 (Bizar gedrag)

- Bij twijfel kunt u dit aan de familie vragen.

Sectie 10 (Positieve formele denkstoornissen)

- Vraag ook het oordeel van de tolk en van een familielid:
- Of patiënt begaafd is
- Adequaat taalgebruik/samenhangend/conform leeftijd en situatie/ niet gevolg van associatie en uitwijding
- Of spraak vaag en omslachtig is
- Vraag niet alleen wat de patiënt zegt maar let ook op hoe hij het zegt.

Sectie 12 (Anhedonie /a-sociaal gedrag)

- Bij de vragen over de hobby van cliënten dient u zich te realiseren dat sommige allochtonen het bezoek aan moskee en koffiehuis of een feest als hobby beschouwen.
- Let op! Seksuele problemen kunnen echt belangrijk zijn voor allochtone mannen. Soms vormen deze het eigenlijke probleem, is de cliënt zich daarvan onbewust en verbergt hij dit voor zijn familie en zichzelf. Voor de seksuele belangstelling zal het makkelijker zijn als u naar veranderingen vraagt.

Sectie 13 (Overzicht van de somatische therapie)

- Wegkijken kan een teken van beleefdheid zijn.

Sectie 14 (Observatie criteria)

- Nogmaals is het dossier van de cliënt nodig.

Bijlage 19 Cultureel interview Versie Rohlof, Loevy, Sassen & Helmich

Versie uit Dijk R. van, Beijers H., Groen S. (2012) Het Culturele Interview. In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context. Deel 2: Beschouwingen. Pharos

Auteurs: Hans Rohlof, Noa Loevy, Lineke Sassen, Stephanie Helmich

Het Culturele Interview – Nederlandse versie

Samenvatting anamnese en ziektegeschiedenis

Wordt uit het dossier ingevuld voorafgaand aan het gesprek.

- 1 Biografie (persoonlijke en sociale gegevens)
- 2 Geschiedenis van de huidige klachten
- 3 Eerdere behandelingen
- 4 Psychiatrische stoornissen in de familie
- 5 Beloop van ziekte

Introductie

Doel: Uitleg en toonzetting van het interview

'Naar onze kliniek/polikliniek komen mensen uit allerlei landen. In ieder land en in iedere cultuur heeft men zijn eigen manier van leven. Dit merk je eigenlijk pas echt als je je eigen land verlaat en in een ander, vreemd land gaat wonen. Mensen zien er anders uit, praten een andere taal, gedragen en uiten zich op een andere manier. Soms kunnen we het gevoel krijgen niet begrepen te worden. Hebt u dat gevoel wel eens gehad? (Zo ja: kort laten vertellen.

'De bedoeling is dat we het verder gaan bespreken in dit interview.' Zo nee: 'Misschien begrijpt u wat ik bedoel als we er straks over praten.') Communicatieproblemen ontstaan onder andere door gebrek aan kennis van culturele verschillen. Omdat we u hier zo goed mogelijk willen helpen, is het van belang dat wij iets weten over uw eigen land of cultuur. Dus wat uw leefgewoontes zijn, welke belangrijke feestdagen er voor u zijn, wat ziek zijn voor u betekent enzovoort.

Ik ga u nu een paar vragen stellen over uw cultuur en uw klachten.'

A Culturele identiteit van het individu

- Wat is uw moedertaal?
- Welke taal spreekt u thuis? Met vrienden? In uw dromen?
- Welke taal/talen spreekt u nog meer?
- Hoe goed is uw beheersing van de Nederlandse taal? Hoe is het voor u om Nederlands te moeten spreken? Zorgt het wel eens voor problemen?
- Tot welke etnische groep behoort u officieel? Voelt u zich ook tot deze etnische groep behoren, of een andere? Verandert dat wel eens? (Bijv.: voelt u zich altijd ... of ook iets anders?)
- Mist u mensen die dezelfde culturele achtergrond als u hebben? (Als ja:) Kunt u dit uitleggen?
- Wat zijn voor u de belangrijkste zaken uit uw cultuur? (Bijv.: familiestructuur, normen en waarden, feestdagen, geloof)
- Heeft u kinderen?
(Indien kinderen aanwezig) Voedt u uw kinderen hetzelfde op als u zelf bent opgevoed, volgens uw eigen cultuur of is dat veranderd? Kunt u dit uitleggen?
(Als er geen kinderen zijn) Zou u uw kinderen op dezelfde manier opvoeden als u bent opgevoed, volgens uw eigen cultuur? Kunt u dit uitleggen?
- In hoeverre kunt u in Nederland leven volgens uw eigen cultuur?
- Wat is er uit uw eigen cultuur dat u hindert of dat u minder prettig vindt?
- Voelt u zich betrokken bij de Nederlandse cultuur? (Bijv.: gaat u vaak met Nederlanders om, gaat u naar Nederlandse evenementen, leest u Nederlandse boeken, heeft u interesse in hoe de Nederlandse maatschappij werkt, neemt u zaken over uit de Nederlandse cultuur?)
- Zo ja, wat zijn zaken in de Nederlandse cultuur die u goed vindt, en wat zijn de zaken die u hinderen?

B Culturele verklaringen betreffende de ziekte van het individu

(Noteer begrippen in eigen taal)

Nu even over uw klachten:

- Wat zijn uw ernstigste klachten? Hoe noemt u die in uw eigen taal?
- Hoe denkt u dat uw klachten zijn ontstaan? (Bij een enkelvoudig antwoord: denkt u dat er nog andere of meer verklaringen zijn voor uw klachten?)
- Hoe verklaart uw familie en omgeving uw klachten?
- Hoe zou men in uw cultuur uw klachten verklaren?
- Voelt u zich begrepen door uw familie en omgeving?
- Voelt u zich tot nu toe begrepen door de hulpverleners hier? Verwacht u dat ook?
- Als er in uw gemeenschap een zieke of iemand met ongeveer dezelfde klachten als u zou zijn, hoe zou die worden geholpen door zijn omgeving? (Bijv.: bidden, rust, laten verzorgen)
- Wordt er nu ook op die manier voor u gezorgd?

- Maken mensen in uw cultuur voor dit soort klachten wel eens gebruik van alternatieve of gebedsgenezers of gaat men altijd naar een reguliere dokter of ziekenhuis?
- Welke hulp heeft u tot nu toe gehad voor uw klachten (zowel regulier als alternatief)? Wat heeft het meest geholpen?
- Wat voor behandeling zou u nu zelf willen hebben? Wat zou u zelf prettig vinden? (Bijv.: praten over gebeurtenissen in het verleden, aanpassing in het heden, plannen voor de toekomst, over emotionele zaken, adviezen krijgen, oefeningen, medicijnen)

C Culturele factoren in de psychosociale omgeving en in het functioneren

Nu even terug naar het dagelijks leven hier, in tegenstelling tot het dagelijkse leven in het land van herkomst:

- Wat is uw leefsituatie op dit moment? (Bijv.: getrouwd, met familie)
- Wat is uw positie in het gezin/de familie? Is deze veranderd in vergelijking met de situatie in het land van herkomst? Leg uit.
- Is er in uw gezin/familie iemand die een belangrijke raadgever is?
(Als de patiënt getrouwd is) Hoe is de relatie met uw echtgenoot/echtgenote? Is deze veranderd in vergelijking met de situatie in het land van herkomst? Kunt u dit uitleggen?
(Als er een gezinsituatie is) Hoe is de relatie met uw gezin? Is deze veranderd in vergelijking met de situatie in het land van herkomst? Kunt u dit uitleggen?
- Heeft uw sociale positie de laatste jaren belangrijke veranderingen ondergaan? (Zo ja: Wat betekent dat voor u?)
- Als u een praktisch probleem heeft; bijvoorbeeld iets dat u niet begrijpt (treinreizen, de vreemdelingendienst, een brief van de advocaat, een procedure): aan wie vraagt u dan raad, bij wie haalt u informatie?
- Als u het in uw land (emotioneel) moeilijk had, wat deed u toen? Naar wie ging u dan toe?
- Is er iemand in Nederland waarvan u (emotionele) steun krijgt? (Bijv.: als u verdrietig bent) Is dat iemand van de familie? Hoe vaak maakt u gebruik van die mogelijkheid?
- Is er in Nederland iemand met wie u over uw klachten en ervaringen spreekt? (Zo ja: Waarom hij/zij? Is er iemand (anders) met wie u hierover zou willen spreken? (Zo ja:) Kunt u uitleggen waarom?

Sommige mensen krijgen veel steun uit hun geloof.

- Bent u gelovig?
- Bidt u? Hoe vaak?
- Hebt u het gevoel dat u bij het gebed steun krijgt? Hoezo?
- Is uw geloof veranderd sinds uw ervaringen?
- Bidt u nog steeds even vaak?
- Krijgt u nog steeds evenveel steun uit uw gebed?

- Gaat u naar de kerk/moskee/tempel in Nederland? Is deze altijd dezelfde? Hoe vaak gaat u?
- Kent u de mensen daar?
- Krijgt u steun van die mensen? Is er daar iemand in het bijzonder die u steun geeft? Hoe gebeurt dat?

D Culturele elementen in de relatie tussen het individu en de hulpverlener

- Tot welke sociale klasse behoorde u in het land van herkomst? Woonde u in een stad of op het platteland? Wat is uw opleiding?
- Sommige mensen hebben het gevoel dat een hulpverlener gelijk aan hen is, soms zelfs als een vriend. Anderen hebben juist het gevoel dat een hulpverlener boven hen staat of juist beneden. Hoe is dat voor u, wat is uw relatie tot hulpverleners? Als hij u een advies geeft of medicijnen voorschrijft vindt u dan dat hij altijd gelijk heeft en dat u zijn advies moet opvolgen?
- Als u zelf uw hulpverlener zou mogen uitkiezen, zou u dan het liefste een mannelijke of een vrouwelijke hulpverlener willen? (Zo ja:) Waarom? (Bijv.: vertrouwen, schaamte, beter kunnen begrijpen, gevoelens uiten)
- Als u zelf uw hulpverlener zou mogen uitkiezen, zou u dan het liefste een hulpverlener met dezelfde culturele achtergrond willen als u of niet, of maakt het u niets uit? (Zo ja:) Waarom? (Bijv.: vertrouwen, schaamte, beter kunnen begrijpen, gevoelens uiten)
- Hoe is het voor u om niet in uw eigen taal therapie te krijgen? Zou u graag therapie willen krijgen in uw eigen taal? Hebt u het gevoel dat u dan goed begrepen kunt worden?
- (Als er gebruik gemaakt wordt van een tolk:) Hoe is het voor u om met een tolk te werken? Als u zou kunnen kiezen zou u dan liever een mannelijke of een vrouwelijke tolk willen?

Dit is het einde van het interview. Ik wil u van harte bedanken dat u mij alles verteld hebt. Ik vond het heel interessant om te weten hoe het er in andere landen dan in Nederland aan toe gaat en ik hoop dat wij u daardoor beter kunnen begrijpen en helpen.

Zijn er nog onderwerpen die in dit gesprek niet aan bod zijn gekomen en die u nog wilt vertellen?

Zelf na het interview invullen:

(Facultatief, sommige zaken zullen pas in de loop van de behandeling duidelijk worden):

- Ervaren communicatieproblemen in de eigen taal van de patiënt (termen/begrippengebruik en motivatie/interesse)
- Mate van culturele betekenis van symptomen
- Onderhandeling over de werkrelatie en de mogelijkheid daartoe
- Mate van intimiteit (contact)
- Pathologie versus normaliteit van gedrag

E Observaties tijdens het interview

Hoe is het gesprek verlopen en hoe is het contact met de patiënt, wat maakt hij/zij voor een indruk. Noteer verder zaken die in de loop van het gesprek zijn opgevallen.

F Samenvatting

Vat de belangrijkste zaken die uit het interview naar voren kwamen samen.

G Aandachtspunten voor behandeling

Aandachtspunten op het gebied van cultuur die uit het interview naar voren zijn gekomen en die de communicatie tussen hulpverlener en patiënt, de diagnose en behandeling kunnen belemmeren. Verdere zaken waaraan gewerkt kan worden in de behandeling.



Voor u ligt het cultuursensitief addendum bij de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Schizofrenie. Het is ontwikkeld omdat de MDR Schizofrenie geen uitgebreide aandacht besteedt aan de migratieachtergrond van patiënten. Dit addendum is daarom opgesteld ter aanvulling van deze MDR en toepasbaar bij niet-westerse patiënten (met extra aandacht voor mensen met een Marokkaanse, Turkse, Surinaamse of Antilliaanse achtergrond).

Een aparte richtlijn over de zorg voor patiënten met schizofrenie bij deze migrantengroepen in Nederland is om meerdere redenen belangrijk. Het addendum is in de eerste plaats van belang omdat de incidentie van schizofrenie in enkele migrantengroepen (sterk) verhoogd is. In de tweede plaats omdat cultuurverschillen soms de diagnostiek en de behandeling bemoeilijken. Ten slotte is met deze richtlijn wetenschappelijk te onderbouwen of er al dan niet evidentie bestaat voor bepaalde overtuigingen, en zo ja, welke dan. In de transculturele hulpverlening is het namelijk extra belangrijk alert te zijn op stereotyperingen en ongefundeerde generalisaties.

Over de volgende onderwerpen wordt evidentie beschreven en worden aanbevelingen gedaan:

- Relaties tussen de patiënt, de hulpverlener, en naastbetrokkenen (Relatie en competenties)
- Vroegtijdige herkenning van een (beginnende) psychotische stoornis (Signaleren en screenen)
- Bevorderen van een goed verloop van het diagnostisch proces (Diagnostiek)
- Veilig en effectief toepassen van farmacologische interventies (Behandeling met antipsychotica)