

Hulpzoekgedrag van Chinezen in de westerse ggz: een systematische review

S.Y.C.V. Pols, J.D. Blom

- Achtergrond** Chinese migranten in Nederland hebben een hogere prevalentie van psychische klachten en voelen zich gemiddeld minder gelukkig dan autochtonen. Tegelijk maken zij minder gebruik van de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Welke factoren hierop van invloed zijn, is maar gedeeltelijk bekend.
- Doel** In kaart brengen welke factoren invloed hebben op het hulpzoekgedrag van de Chinese populatie bij de ggz.
- Methode** Een systematische literatuurstudie in Embase, MEDLINE, PreMEDLINE en PsycINFO, conform de PRISMA-richtlijn. Wij includeerden originele studies naar factoren die het hulpzoekgedrag beïnvloedden van geïmmigreerde Chinezen in de westerse ggz.
- Resultaten** Wij includeerden 14 studies, waaronder 10 kwantitatieve, 3 kwalitatieve en 1 gemengde studie. Deze waren eensluidend over een aantal culturele, praktische en demografische factoren die het hulpzoekgedrag van Chinezen met psychische problemen in westerse landen beïnvloedden, hoewel wij vooral onder de demografische factoren ook grote verschillen vonden tussen de studies.
- Conclusie** De Chinese populatie in Nederland vertoont een aantal gemeenschappelijke kenmerken die maken dat individuen relatief laat terechtkomen bij de ggz, met vaak ernstigere symptomen in vergelijking met niet-Chinezen. Gezien de gevonden praktische factoren is, naast het toegankelijker maken van de ggz, een open, individuele en cultuursensitieve benadering van het grootste belang.

Chinezen komen al ruim 100 jaar als migrant naar Nederland. In 2022 woonden hier 91.443 mensen met een Chinese achtergrond.¹ Ondanks de lange duur van hun aanwezigheid hier en de relatieve grootte van de populatie (0,5% van de totale bevolking) is weinig over hen bekend. De Chinese gemeenschap wordt over het algemeen gezien als gesloten, op zichzelf gericht en hardwerkend. In verband met dit laatste wordt ook wel gesproken van een ‘modelminderheid’, hoewel eerder sprake is van een weinig zichtbare minderheid.² Onderzoek toont aan dat Chinese migranten een hogere prevalentie hebben van psychische klachten en dat zij zich gemiddeld minder gelukkig voelen dan autochtone Nederlanders. Desondanks maken zij minder gebruik van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en zijn zij dus ook voor hulpverleners weinig zichtbaar.³ Het duurt vaak ook langer voordat zij hulp gaan zoeken in de ggz en wanneer ze dat uiteindelijk doen, hebben ze vaak ernstigere klachten.⁴⁻⁶ In de literatuur worden hiervoor verschillende oorzaken genoemd, zoals de gerichtheid op traditionele Chinese geneeswijzen en de neiging om de eigen familie of *peer group* te betrekken bij problemen van het individu.⁷ Tegelijkertijd worden ook

praktische factoren zoals tijdgebrek, een taalbarrière en een gebrek aan kennis over de ggz beschreven als mogelijke oorzaken.⁸ Een goed beeld van de uiteenlopende redenen waarom Chinezen zo weinig worden gezien in de ggz ontbreekt echter.

Omdat hiernaar in Nederland weinig onderzoek werd verricht, biedt de huidige systematische review een overzicht van de internationale literatuur op het gebied van zorgbehoeften van (en -consumptie door) Chinezen in de westerse ggz. Met dit artikel trachten wij een antwoord te geven op de vraag welke factoren invloed hebben op hun hulpzoekgedrag en welke maken dat zij al dan niet terechtkomen bij de ggz.

METHODE

In maart 2023 voerden wij een systematische literatuurstudie uit met assistentie van een informatiespecialist van de Parnassia Groep Bibliotheek te Den Haag. De PRISMA-richtlijn werd hierbij aangehouden (<https://www.prisma-statement.org>) en gezocht werd in Embase, MEDLINE, PreMEDLINE en PsycINFO. Wij gebruikten

AUTEURS

San Pols, psychiater, GGZ Delfland, Delft.

Jan Dirk Blom, plaatsvervangend opleider psychiatrie, Parnassia Groep, Den Haag, hoogleraar Klinische psychopathologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Leiden; universitair docent, vakgroep Psychiatrie, Universiteit Groningen.

Correspondentie

Prof. dr. Jan Dirk Blom (jd.blom@parnassia.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-5-2024.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(7):373-379

de zoektermen *Chinese population*, *help-seeking behavior*, *mental health care* en *immigrants*, plus varianten hierop. Wij filterden op Nederlands- en Engelstalige artikelen. Deze werden op geschiktheid beoordeeld door de eerste auteur. De referentielijsten van de artikelen werden tevens gescreend. Voor een stroomdiagram zie **figuur 1**. Wij includeerden originele onderzoeken naar factoren die het hulpzoekgedrag van geïmmigreerde Chinezen bij de westerse ggz beïnvloeden. Onderzoeken specifiek gericht op personen < 18 jaar werden uitgesloten. Omdat wij ons richtten op de huidige situatie in de ggz excludeerden wij ook studies die de invloed van interventies op hulpzoekgedrag onderzochten. Wij trachtten om met de sneeuwbalmethode aanvullende referenties te vinden, maar geen hiervan voldeed aan onze inclusiecriteria.

Dataverzameling

Wij verzamelden de volgende data: land waarin de studie was uitgevoerd, type studie en uitkomsten van de onderzochte factoren. Vanwege de grote variatie in onderzoekspopulaties en onderzochte factoren bleek een statistische vergelijking moeilijk te maken en daarom lieten we deze dan ook achterwege.

RESULTATEN

Figuur 1 geeft een overzicht van de zoekresultaten. Na verwijderen van duplicaten vonden wij 365 artikelen, waarvan vervolgens de samenvatting werd beoordeeld op geschiktheid. Hiervan voldeden er 14 aan onze criteria.

Studiekenmerken

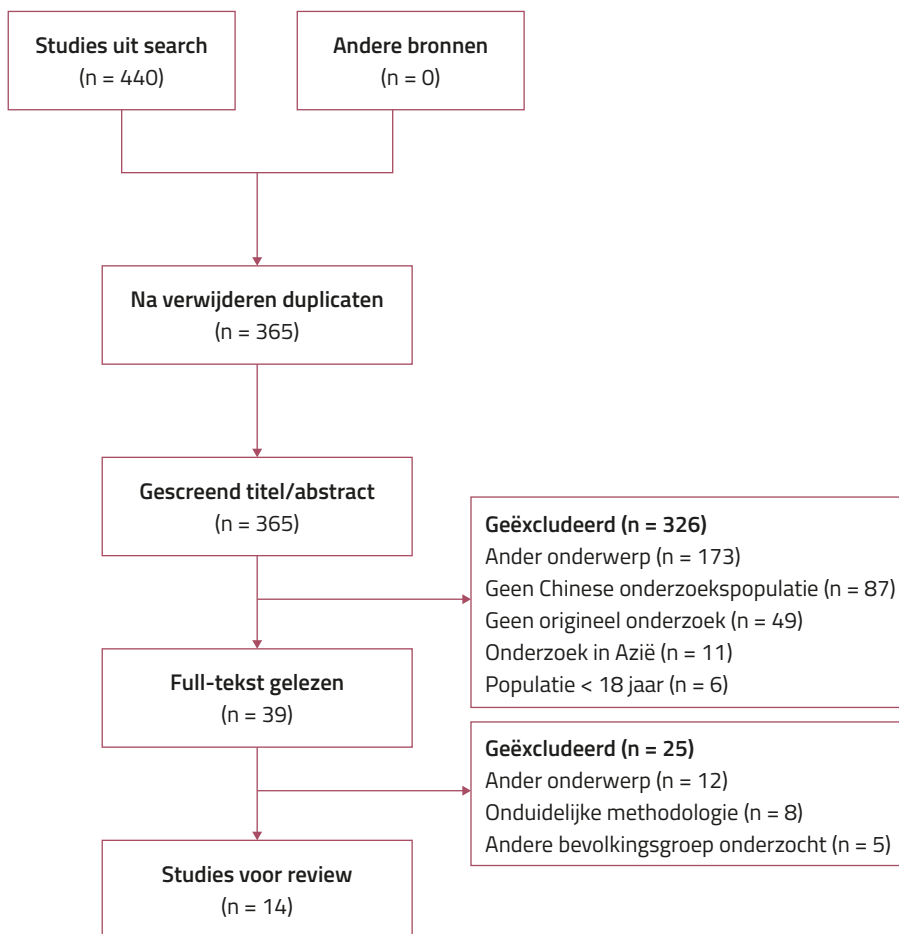
De opzet en de resultaten van de 14 geïncludeerde studies worden beschreven in **tabel 1 en 2**. Het ging om 10 kwantitatieve, 3 kwalitatieve en 1 gemengde studie. Alle kwantitatieve studies waren gebaseerd op crosssectionele onderzoeken. Behoudens één databasestudie werden alle studies uitgevoerd met interviews en (gestandaardiseerde) vragenlijsten. Alle kwalitatieve

studies gebruikten semigestructureerde interviews. Eén kwalitatieve studie was uitgevoerd in Nederland. 7 studies richtten zich op de Chinese volwassen populatie, 5 specifiek op Chinese migranten van de eerste generatie en 2 specifiek op Chinese studenten. In 1 studie includeerde men alleen psychiatrische patiënten, in de overige studies personen uit de algemene populatie. De studiegrootte varieerde van 23 tot 18.302 personen. Het totaal aantal onderzochte personen was 154.778, met een gemiddelde leeftijd van 33,9 jaar en een man-vrouwratio van 1. Er waren 4 publicaties over volwassenen afkomstig van de *Chinese American Psychiatric Epidemiological Study* (CAPES), een epidemiologische studie waarvoor in 1993 in totaal 1747 personen uit Chinees-Amerikaanse huishoudens in Los Angeles werden geïnterviewd. In alle studies includeerde men zowel mannen als vrouwen.

Groepering van factoren

De verscheidene onderzochte factoren kunnen we onderverdelen in cultureel, praktisch en demografisch. Deze factoren zullen we bespreken met een onderscheid tussen kwantitatieve en kwalitatieve studies. De *culturele achtergrond* heeft invloed heeft op ziektebeleving en -interpretatie, symptoommanifestatie (o.a. meer somatische symptomen) en hoe hier vervolgens op wordt gehandeld.⁹⁻¹¹ Het herkennen dat hulp noodzakelijk is en het erkennen van de ggz als hulpbron kunnen hier ook door worden beïnvloed. Ook de ernst van stigma kan hierdoor worden beïnvloed, waarbij in de Chinese collectivistische cultuur niet alleen sprake kan zijn van gezichtsverlies voor het individu, maar voor de gehele familie of *peer group*.^{3,12} Gezien deze invloed van cultuur kan ook de mate van acculturatie en affiniteit met de Chinese cultuur invloed hebben op hulpzoekgedrag.¹³ Onder de *praktische factoren* die invloed kunnen hebben op hulpzoekgedrag rekenen wij tijd, geld, taalbeheersing en kennis van het zorgsysteem. Ook factoren die invloed hebben op de toegankelijkheid van de ggz scharen wij hieronder, zoals wachtlijsten, beschikbaarheid van een

Figuur 1. Stroomdiagram van geïnccludeerde en geëxcludeerde artikelen



tolk, discriminatie en de culturele competentie van behandelaren.^{8,11,14} Mogelijke predisponerende *sociaal-demografische factoren* zijn leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, aantal jaren sinds en leeftijd bij migratie, opleidingsniveau, werk, geboorteplaats, somatische gezondheid, verblijfsstatus en eerdere ggz- en huisartsbezoeken.^{15,16}

Culturele factoren

Kwantitatieve studies

De eerste generatie Chinese studenten had significant meer last hadden van sociale angst dan studenten van de tweede generatie en autochtonen, maar men vond geen verschil in de bereidheid om hulp te zoeken bij de westerse ggz.⁴ Een grotere affiniteit met de Chinese cultuur ging daarentegen samen met een lagere bereidheid om dergelijke hulp te zoeken, ook bij correctie voor de ernst van de klachten. Geaccultureerde Chinese studenten (die zich meer hadden aangepast aan de westerse cultuur) stonden positiever tegenover de gedachte om professionele psychologische hulp te zoeken.¹³ In Canada vond men dat ouderen van de eerste generatie die minder affiniteit hadden met de Chinese cultuur en veel sociale steun ervoeren een positievere houding hadden jegens de ggz.¹⁷ Dit zei echter niets over het

daadwerkelijke gebruik van de ggz, want de intentie om hulp te zoeken in de kring van eigen familieleden bleef groter dan die om hulp te zoeken bij een psycholoog. Ook in Canada vond men bij Chinezen met een depressieve stoornis dat het kunnen spreken van Chinees – wat deze onderzoekers duidden als een teken van affiniteit met de Chinese cultuur – de kans op het zoeken van hulp bij de ggz verlaagde, maar dit was niet langer significant na correctie voor de mate van somberheid.⁶ Uit deze correctie bleek ook dat Chinezen significant minder vaak hulp zochten dan niet-Chinezen. In Amerikaans onderzoek vond men dat mensen met een angst- of depressieve stoornis *met* somatisatie 5,8 keer meer geneigd waren om hulp te zoeken bij somatische artsen dan wanneer geen sprake was van somatisatie.¹⁰ Bij de ggz kwam deze groep nauwelijks terecht. Wel gaven meer problemen op sociaal vlak een 3,5 maal grotere kans op het zoeken van hulp bij de ggz. Een grotere ernst van de klachten gaf een 6,5 maal grotere kans hierop.

Andere Amerikaanse onderzoekers vonden dat familieconflicten hierop een 3,81 maal grotere kans gaven en een 14,39 maal grotere kans op het zoeken van hulp bij overige medische zorgen.¹⁸ Ook een hoog stressniveau en het doormaken van negatieve *life events* gaven

Tabel 1. Kenmerken van kwantitatieve studies betreffende factoren die hulpzoekgedrag van Chinezen in de westerse geestelijke gezondheidszorg beïnvloeden

Studie: eerste auteur (jaar)	Wijze van dataverzameling	Populatie	Gem. leeftijd (jaren (SD))	Belangrijkste onderzochte factoren
Tata (1994) ¹³	Zelfinvulvragenlijst	Studenten (n = 219)	25 (7,74)	Acculturatie, sociaal netwerk, individualisme, collectivisme
Abe-Kim (2002) ¹⁸	Interview (CAPES)	1ste en 2de generatie (n = 1503)	40	Familieconflict, -steun
Kung (2004) ¹¹	Interview (CAPES)	1ste en 2de generatie (n = 1747)	38	Onderscheid cultureel (probleemherkenning, erkenning ggz, stigma) en praktisch (tijd, kosten, taal, kennis van de ggz)
Spencer (2004) ¹⁴	Interview (CAPES)	1ste en 2de generatie (n = 1503)	40	Discriminatie
Chen (2008) ²¹	Database	1ste generatie (n = 152.184)	< 25 jaar: ♀ 14 en ♂ 13, ≥ 25 jaar: ♀ 43 en ♂ 44	Sociaal-demografische factoren, ggz- en (huis)artsbezoek
Ho (2008) ⁵	Interview	1ste generatie (n = 49), ≥ 1 angststoornis	45 (13,09)	Delay tot professionele hulp en probleemherkenning, oorzaken hulp zoeken
Hsu (2008) ⁴	Zelfinvulvragenlijst	Studenten, sociale angstklachten: 1ste generatie (n = 65), 2de generatie (n = 47), autochtonen (n = 60)	19 (1,54)	Vergelijking Chinezen en autochtonen, acculturatie
Kung (2008) ¹⁰	Interview (CAPES)	1ste en 2de generatie met angst-, depressieve of somatoforme stoornis (n = 246)	Onbekend	Somatisatie, symptoomernst
Chen (2009) ⁶	Interview	1ste generatie (n = 879), 2de generatie (n = 205), niet-Chinese immigranten (n = 3439), autochtonen (n = 13.779)	1ste generatie 42, 2de generatie 28	Sociaal-demografische factoren, Chinese taalbeheersing, depressiescore, medische consultaties
Tieu (2014) ¹⁷	Interview	1ste generatie 55+ (n = 149)	74 (9,99)	Sociaal-demografische factoren, sociale steun, kwaliteit van leven, houding tegenover hulp zoeken, culturele overtuigingen
Chao (2020) ^{16*}	Zelfinvulvragenlijst	1ste generatie 60+ (n = 130)	72 (7,6)	Sociaal-demografische factoren, depressieve symptomen, sociale steun, kwaliteit van leven, algemene gezondheid

CAPES: Chinese American Psychiatric Epidemiological Study.

*Gemengde studie.

Tabel 2. Kenmerken van kwalitatieve studies betreffende factoren die hulpzoekgedrag van Chinezen in de westerse geestelijke gezondheidszorg beïnvloeden

Studie: eerste auteur (jaar)	Populatie	Gem. leeftijd (jaren (SD))	Belangrijkste onderzochte factoren
Blignault (2008) ¹⁹	Patiënten (n = 9), GGZ-medewerkers (n = 11), Chinese gemeenschap (n = 13)	43	Geestelijke gezondheidsgeletterdheid, kennis over de ggz, ervaren toegankelijkheid van de ggz, communicatieproblemen, stigma, vertrouwelijkheid, discriminatie
Kwong (2012) ²⁰	1ste generatie patiënten met een depressieve stoornis (n = 42)	54 (14,4)	Percepties over etiologie van depressie, barrières m.b.t. ggz, somatisatie, stigma, wijze van hulp zoeken
Liu (2015) ⁸	1ste generatie (n = 19), 2de generatie (n = 4)	37	Barrières in toegankelijkheid van zorg, ervaringen in de ggz, ervaren kwaliteit van zorg, wijze van hulp zoeken
Chao (2020) ¹⁶	1ste generatie 60+ (n = 130)	72 (7,6)	Geestelijke gezondheidsgeletterdheid, stressoren, stigma, ervaren toegankelijkheid van de ggz, wijze van hulp zoeken

respectievelijk een 6,12 en 3,25 grotere kans op het zoeken van hulp bij de ggz. De ervaren steun van familieleden en stigma waren in deze studie geen factoren van betekenis. Australische onderzoekers stelden vast dat de periode tussen de start van psychische klachten en de herkenning ervan als een probleem een significante factor was in het genoemde delay om hulp te zoeken.⁵

Kwalitatieve studies

Stigma werd in twee studies genoemd als frequente oorzaak voor terughoudendheid, met als reden dat het hebben van een psychiatrische stoornis wordt gezien als incompetentie en falen in de maatschappij.^{16,19} In twee andere studies, waarvan er een in Nederland was uitgevoerd, had stigma een beperkte invloed.^{8,20} In één van deze studies vond men dat stress en psychologische factoren als voornaamste redenen werden gegeven voor het ontstaan van klachten. Wanneer klachten werden uitgevraagd, kwamen echter vooral somatische symptomen naar voren. Ook vond men in deze studie dat 44% van de participanten twijfelde of de ggz kon helpen bij hun klachten.²⁰ In deze en in twee andere studies werd genoemd dat Chinezen zich bij psychische problemen niet altijd bewust waren van de noodzaak om hulp te zoeken.^{8,16,20} Wanneer dit wel werd erkend, waren zij vaak eerst geneigd om hulp te zoeken bij familie en vrienden of probeerden zij hun problemen zelf op te lossen.^{16,19,20} De Nederlandse onderzoekers vonden juist dat Chinezen met psychische problemen in 75% van de gevallen hulp zochten bij de ggz.⁸ In deze studie werd beperkt melding gemaakt van het gebruik van alternatieve en spirituele geneeswijzen.^{8,20} In Sydney vond men dat Chinezen met name westerse ideeën hadden over het ontstaan van psychische klachten, zoals teveel stress of genetische factoren.¹⁹ Er was weinig erkenning voor niet-westerse (boven)natuurlijke oorzaken.

Praktische factoren

Kwantitatieve studies

Een Amerikaanse onderzoeker vond dat praktische factoren als tijd, kosten, taalbeheersing en kennis van het zorgsysteem onder Chinese migranten een grote rol spelen.¹¹ Anderen vonden dat een gebrek aan kennis over de ggz leidde tot meer hulpzoekgedrag bij informele partijen zoals een priester of kruidendokter.¹⁸ Wanneer men discriminatie op basis van taal onderzocht, kon men berekenen dat Chinezen die dit ervoeren 2,2 keer zo sterk geneigd zijn om hulp te zoeken bij informele zorgverleners en 2,4 keer zo sterk om dit te doen bij familie of vrienden.¹⁴ Discriminatie op basis van etniciteit speelde hierbij geen rol. Chen e.a. vonden dat Chinese vrouwen die bij immigratie ouder waren dan 25 jaar en die de taal van de hulpverlener beheersten (in dit geval Engels) minder vaak een psychiater bezochten dan vrouwen die deze taal niet of slecht beheersten.²¹ In twee andere studies, een gericht op Chinezen met een angststoornis en een op oudere eerstegeneratie-Chinezen, was

dit echter geen factor van belang.^{5,16} Het hebben van een zorgverzekering leek daarentegen veel verschil te maken. Chinezen in de Verenigde Staten met een zorgverzekering zochten 1,71 tot 4,99 keer vaker hulp bij de westerse ggz.^{11,14,18} Slechts één studie meldde dat het hebben van een zorgverzekering daarbij niet relevant was.¹⁶

Kwalitatieve studies

Nederlandse onderzoekers vonden dat vooral praktische barrières het hulpzoekgedrag van Chinezen in ons land beïnvloeden, zoals een onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal en gebrek aan kennis over het zorgsysteem.⁸ Deze factoren werden ook in andere westerse landen genoemd.^{16,19} In de Nederlandse studie werden ook ingewikkelde procedures, lange wachtlijsten en lange werktijden genoemd als barrière.⁸ Amerikaanse onderzoekers vonden bij 64% van de Chinezen van de eerste generatie dat gebrek aan tijd een barrière vormde voor ggz-gebruik, met name bij mensen met lange werkdagen in laagbetaalde banen.²⁰

In de Nederlandse studie en in één andere studie werd genoemd dat verblijfsstatus ook een rol kan spelen.^{8,19} Mensen weten dan niet dat ze ondanks het ontbreken van een status recht hebben op zorg of ze zijn bang door hulpverleners te zullen worden aangegeven bij de autoriteiten. Ook wanneer een behandelrelatie wel tot stand was gekomen, ervoer men soms problemen, bijvoorbeeld ten gevolge van culturele verschillen en/of een ervaren gebrek aan culturele competentie van de behandelaar.^{8,16,19} Dit maakte het moeilijker voor patiënten om zich open te stellen, zeker wanneer geen tolk beschikbaar was.¹⁹ Ook discriminatie werd genoemd, zoals het gevoel door de arts gekleineerd te worden vanwege een gebrekkige taalbeheersing. Sommigen voelden zich ook onheus bejegend vanwege hun afkomst.^{8,19}

Sociaal-demografische factoren

Sociaal-demografische factoren werden enkel onderzocht in de kwantitatieve studies. Bij oudere Chinezen van de eerste generatie bleek een hogere leeftijd geassocieerd met een negatievere houding jegens de ggz.¹⁷ In de algemene volwassen populatie vond een andere onderzoeker daarentegen dat een hogere leeftijd gepaard ging met een grotere kans op ggz-gebruik.¹¹ In de groep die jonger was dan 25 jaar op het moment van migratie hadden mannen en vrouwen van hogere leeftijd vaker een psychiater bezocht.²¹ In vier andere studies was leeftijd echter geen factor van belang.^{5,6,14,18} In een onderzoek onder Chinese studenten hadden vrouwen een iets positievere houding dan mannen tegenover de ggz.¹³ Gehuwden hadden minder contact met de ggz.¹¹ In Canada vond men hetzelfde in de groep die bij migratie 25 jaar of ouder was.²¹ In vijf studies bleken gender en burgerlijke staat juist geen invloed te hebben.^{6,14,16-18} Eén onderzoeker vond als enige dat tweedegeneratie-Chinezen minder vaak aanklopten bij de ggz.¹¹ In twee studies werd gevonden dat een groter aantal somatische consultaties een grotere kans gaf op psychia-

trische consulten.^{6,21} In een van deze studies werd tevens gevonden dat vrouwen die al langere tijd geëmigreerd waren vaker een psychiater hadden bezocht.²¹ Anderen vonden dat mensen die ≤ 10 jaar in de Verenigde Staten woonden minder geneigd waren om hulp te zoeken bij de ggz.¹⁴ In een Canadese studie was het aantal jaren sinds migratie geen significante factor.⁶ Leeftijd bij migratie, opleidingsniveau, het hebben van werk, de hoogte van het inkomen, de geboorteplaats en somatische gezondheid waren in geen van de studies waarin deze factoren werden onderzocht significant.^{6,11,14,16,18,21}

DISCUSSIE

Uit ons onderzoek blijkt dat in westerse landen een combinatie van culturele, praktische en demografische factoren van invloed is op het hulpzoekgedrag van Chinezen met psychische problemen. Deze barrières kunnen er mede toe leiden dat Chinezen eerder geneigd zijn om zelf te proberen hun problemen op te lossen of hulp te zoeken binnen de eigen familie of kennissenkring.^{16,17,19,20} Hierdoor duurt het gemiddeld langer voordat zij in beeld komen bij de ggz, vaak met ernstigere klachten.^{4,6,10} De relatief lage bereidheid om hulp te zoeken bij de ggz wordt in verband gebracht met een hogere mate van affiniteit met de Chinese cultuur, waarin psychische problemen sneller als stigmatiserend kunnen worden ervaren.^{4,13,16,17,19}

Tegelijkertijd kunnen juist praktische factoren belemmerend werken, zoals taalproblemen en gebrek aan tijd, geld en kennis over de ggz.^{8,11,18,20} Het gevoel niet te worden begrepen door behandelaars of zelfs te worden gediscrimineerd beïnvloedt het hulpzoekgedrag eveneens negatief.^{8,16,19,21} De invloed van demografische factoren is minder eenduidig. Zo werden voor gender, leeftijd, emigratieduur en burgerlijke staat in uiteenlopende studies uiteenlopende resultaten gevonden.^{5,6,11,13,14,16-18,21}

Betekenis voor de praktijk

De Chinese populatie in Nederland is grofweg te verdelen in personen van de eerste en de tweede generatie (hoewel in 100 jaar tijd meer generaties hier zijn opgegroeid). De eerste generatie, die zelf naar Nederland kwam, is over het algemeen geslotener, met sterke banden binnen de eigen etnische kring en meer traditioneel Chinese opvattingen. De latere generaties, geboren en opgegroeid in Nederland, zijn vrijwel zonder uitzondering bekend met zowel de Chinese als de Nederlandse cultuur. Daarnaast valt een relatief nieuwe subgroep te onderscheiden van studie- en kennismigranten die de afgelopen jaren naar Nederland zijn geëmigreerd.³ Deze grove indeling alleen al laat zien dat 'de Chinese patiënt' niet bestaat en dat de gevonden algemene kenmerken weliswaar dienen te worden meegewogen, maar dat een individuele benadering – zoals altijd – boven alles gaat.

Cultuursensitiviteit en een open houding van de behandelaar staan daarbij centraal. Voor hulpverleners is het van belang zich bewust te zijn van de mogelijke invloed van de (culturele) factoren die wij in deze systematische review presenteren, maar het is even belangrijk om niet automatisch aan te nemen dat deze bij elke Chinese patiënt een rol spelen. Wanneer hiervoor wel aanwijzingen bestaan, is het van belang diagnostiek, informatieverstrekking en behandeling hierop aan te passen. Wanneer aanwijzingen bestaan voor somatisatie is het niet alleen aan behandelaars in de ggz, maar ook aan huisartsen en somatisch specialisten om dit te signaleren en patiënten naar gepaste zorg door te verwijzen. Ook met de mogelijke aanwezigheid van praktische belemmeringen dient men rekening te houden. Informatieverstrekking over de ggz is van belang, waarbij men ook moet kijken naar manieren waarop de populatie bereikt kan worden die zelden of weinig bij de (geestelijke) gezondheidszorg in beeld komt. Hierbij dient ook rekening gehouden te worden met een mogelijke taalbarrière, door informatie bijvoorbeeld ook beschikbaar te maken in het Chinees. Ook het vergroten van de toegankelijkheid van de ggz, onder andere door het verbeteren van de beschikbaarheid van tolken, is een belangrijk punt van aandacht. Nader onderzoek onder Chinese patiënten die daadwerkelijk in zorg zijn (geweest) bij de ggz is echter geïndiceerd, om zo beter zicht te krijgen op hun ervaringen en zorgbehoeften. Daarbij verdient ook het gebruik van kruiden, acupunctuur en andere traditionele behandelingen aandacht. De door ons geraadpleegde studies waren weinig informatief over deze behandelingen, terwijl Hoffer hiervoor bij zijn veldwerk onder de Chinese bevolking in Nederland wel degelijk aanwijzingen vond.⁷

Beperkingen

Het aantal studies dat wij konden includeren was relatief klein. Doordat de meeste bovendien waren uitgevoerd in andere westerse landen is het de vraag in welke mate de bevindingen (volledig) van toepassing zijn op de Nederlandse situatie. Het niet hebben van een zorgverzekering als barrière voor adequate zorg (zoals beschreven in verschillende Amerikaanse studies) zal in Nederland nauwelijks een rol spelen, gezien de verplichte zorgverzekering hier. Andere factoren kunnen hierdoor in Nederland mogelijk een grotere rol spelen. De eerder genoemde heterogeniteit tussen de studies kan hebben bijgedragen aan de variatie aan resultaten, wat eveneens invloed heeft op de generaliseerbaarheid van de bevindingen en een onderlinge vergelijking bemoeilijkt. Ook ontbrak meestal een niet-Chinese controlegroep, waardoor geen uitspraak kan worden gedaan of de onderzochte factoren specifiek zijn voor deze populatie.

CONCLUSIE

De Chinese populatie toont een aantal gemeenschappelijke factoren die een rol spelen bij het hulpzoekgedrag bij psychische problemen, zoals taal, tijdgebrek, gerichtheid op de eigen cultuur en de neiging om problemen op te lossen in de eigen kring. Deze kunnen ertoe leiden dat het langer duurt voordat Chinezen in beeld komen bij de ggz, vaak met ernstigere klachten dan niet-Chinezen en met lagere verwachtingen van de zorg. Ondanks deze gemeenschappelijke factoren blijft een individuele benadering van belang, waarbij openheid en cultuursensitiviteit een essentiële rol spelen. Nader onderzoek naar de ervaringen van deze onderbelichte patiëntenpopulatie in de Nederlandse ggz is geïndiceerd.

LITERATUUR

- 1 Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). <https://www.cbs.nl/>
- 2 Chow YF. The banana [re]public: a study of trans/national popular culture consumption among young Chinese living in the Netherlands. [Proefschrift, Universiteit van Amsterdam]. 2011. https://pure.uva.nl/ws/files/1356685/91595_thesis.pdf
- 3 Gijsberts MIL, Huijnk W, Vogels R, red. Chinese Nederlanders: van horeca naar hogeschool. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2011.
- 4 Hsu L, Alden LE. Cultural influences on willingness to seek treatment for social anxiety in Chinese- and European-heritage students. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2008; 14: 215-23.
- 5 Ho KP, Hunt C, Li S. Patterns of help-seeking behavior for anxiety disorders among the Chinese speaking Australian community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 872-7.
- 6 Chen AW, Kazanjian A, Wong H. Why do Chinese Canadians not consult mental health services: health status, language or culture? *Transcult Psychiatry* 2009; 46: 623-41.
- 7 Hoffer C. Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: beleving en hulpzoekgedrag. Assen: Van Gorcum; 2009.
- 8 Liu CH, Meeuwesen L, van Wesel F, e.a. Why do ethnic Chinese in the Netherlands underutilize mental health care services? Evidence from a qualitative study. *Transcult Psychiatry* 2015; 52: 331-52.
- 9 Cheng ATA. Case definition and culture: Are people all the same? *Br J Psychiatry* 2001; 179: 1-3.
- 10 Kung WW, Lu PC. How symptom manifestations affect help seeking for mental health problems among Chinese Americans. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196: 46-54.
- 11 Kung WW. Cultural and practical barriers to seeking mental health treatment for Chinese Americans. *J Community Psychol* 2004; 32: 27-43.
- 12 Xu Z, Gahr M, Xiang Y, e.a. The state of mental health care in China. *Asian J Psychiatry* 2022; 69: 102975.
- 13 Tata SP, Leong FTL. Individualism-collectivism, social-network orientation, and acculturation as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help among Chinese Americans. *J Couns Psychol* 1994; 41: 280-7.
- 14 Spencer MS, Chen J. Effect of discrimination on mental health service utilization among Chinese Americans. *Am J Public Health* 2004; 94: 809-14.
- 15 Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1973; 51: 95-124.
- 16 Chao YY, Seo JY, Katigbak C, e.a. Utilization of mental health services among older Chinese immigrants in New York City. *Community Ment Health J* 2020; 56: 1331-43.
- 17 Tieu Y, Konnerd CA. Mental health help-seeking attitudes, utilization, and intentions among older Chinese immigrants in Canada. *Aging Ment Health* 2014; 18: 140-7.
- 18 Abe-Kim J, Takeuchi D, Hwang WC. Predictors of help seeking for emotional distress among Chinese Americans: Family matters. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 1186-90.
- 19 Blignault I, Ponzio V, Rong Y, e.a. A qualitative study of barriers to mental health services utilisation among migrants from mainland China in South-East Sydney. *Int J Soc Psychiatry* 2008; 54: 180-90.
- 20 Kwong K, Chung H, Cheal K, e.a. Disability beliefs and help-seeking behavior of depressed Chinese-American patients in a primary care setting. *J Soc Work Disabil Rehabil* 2012; 11: 81-99.
- 21 Chen AW, Kazanjian A, Wong H. Determinants of mental health consultations among recent Chinese immigrants in British Columbia, Canada: Implications for mental health risk and access to services. *J Immigr Minor Health* 2008; 10: 529-40.