

# Migranten, preventie en gezondheidszorg

Drs. M.T.M. van Berkum  
Drs. E.M.C. Smulders

**Migranten, preventie en gezondheidszorg**

### *Colofon*

'Migranten, preventie en gezondheidszorg' is een uitgave van Pharos – Landelijk kennis- en adviescentrum op het gebied van de gezondheid van vluchtelingen en nieuwkomers.

Deze publicatie is tot stand gekomen met bijdrage van:

drs. M. Carrilho

dr. M. van den Muijsenbergh

C. de Kort

dr. J. Rodenburg

dr. R. Schellingerhout

prof. dr. W. Devillé

Pharos

Postbus 13318, 3507 LH Utrecht

Telefoon 030 234 98 00 Fax 030 236 45 60

E-mail [info@pharos.nl](mailto:info@pharos.nl) Website [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl)

Voor eerder verschenen publicaties van Pharos [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl)

ISBN 978-90-75955-73-6

Bestelnummer 9P2010.01

*Vormgeving* Studio Casper Klaasse, Amsterdam

*Druk* A-D Druk, Zeist

© 2010, Stichting Pharos, Utrecht

Niets uit deze uitgave mag vermenigvuldigd worden en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

PHAROS



# Migranten, preventie en gezondheidszorg

Drs. M.T.M. van Berkum  
Drs. E.M.C. Smulders



# Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b> .....	5
<b>2</b>	<b>Analyse</b> .....	9
2.1	Gezondheidsverschillen .....	9
2.2	Vershil in zorgconsumptie .....	11
2.3	Kwaliteit en effectiviteit van zorg en preventie kunnen beter .....	12
2.4	Conclusies uit inspanningen tot nu toe .....	17
<b>3</b>	<b>Wat is een goede inzet voor het vervolg?</b> .....	22
<b>4</b>	<b>Hoe giet je dat in een praktische vorm?</b> .....	24
4.1	Inleiding .....	24
4.2	Meerjarenprogramma's in wijken .....	25
4.3	Versterking van de positie van de migrant als klant .....	29
	<b>Nawoord</b> .....	33
	<b>Bijlage 1 Demografische gegevens</b> .....	34
	<b>Bijlage 2 Gezondheidsverschillen</b> .....	39
	<b>Literatuur</b> .....	42



# 1 Inleiding

## Goede gezondheidszorg voor iedereen

Het kabinet wil de gezondheid van de Nederlandse bevolking verbeteren en een gezonde leefstijl bevorderen.

In haar beleid ten aanzien van de gezondheidszorg hanteert de overheid de volgende uitgangspunten:

- Alle burgers hebben recht op goede kwaliteit, toegankelijkheid en uitkomsten van preventie en zorg;
- Het is van belang dat iedereen actief kan participeren in de maatschappij en op de arbeidsmarkt; een goede gezondheid draagt daaraan bij (inclusie);
- Sociaaleconomische gezondheidsverschillen dienen teruggedrongen te worden.

Pharos heeft voor het Ministerie van vws een studie uitgevoerd met als hamvraag: zijn er extra inspanningen nodig rond de kwaliteit en effectiviteit van preventie en zorg voor migranten? Zo ja, welke dan? Wat zijn de oplossingsrichtingen die aansluiten bij de hoofdlijnen van het beleid van vws?

In deze notitie zoeken we een antwoord op deze vragen en formuleren we adviezen voor het Ministerie van vws.

De relevantie van het vraagstuk is groot: zo'n 3,2 miljoen Nederlanders zijn van allochtone afkomst (20% van de bevolking); in 2050 zullen dit er zo'n 4,8 miljoen zijn.<sup>1</sup> In de G4-steden is 50% van de jeugd van allochtone afkomst. In 2025 zal het aantal niet-westerse allochtone ouderen gestegen zijn tot 400.000 (zie bijlage 1).

Demografen voorspellen dat veel migranten zullen gaan vertrekken uit de Randstad, zodat allochtonen meer verspreid raken over Nederland.<sup>2</sup> Ook een



huisarts in Delfzijl of Zutphen krijgt dus in toenemende mate te maken met de diversiteit van de bevolking.

Voor alle duidelijkheid: deze huisarts krijgt niet te maken met ‘de’ allochtoon. Deze bestaat niet. Er bestaan tussen mensen grote verschillen, mede afhankelijk van de context waarin men leeft (opleiding, werk, woonsituatie, migratiegeschiedenis etc.). Dit laat onverlet dat er over de gezondheid van en de zorg aan allochtonen in zijn algemeenheid het nodige te stellen is. Dat is ook de aanleiding tot deze notitie.

Omwille van de leesbaarheid worden de begrippen allochtoon, migrant en nieuwe Nederlander in deze notitie geregeld en afwisselend gebruikt. De lezer moet daarbij bovenstaande nuancering in het achterhoofd houden.

### **Uitgangspunten bij de studie**

Pharos heeft bij zowel de analyse als de oplossingsrichtingen de volgende visie gehanteerd:

- *Geen exotisch vraagstuk, maar een vraagstuk van kwaliteit*  
Het vraagstuk van preventie en zorg voor migranten dient niet benaderd te worden als een apart en ‘exotisch’ vraagstuk, maar als een gewoon vraagstuk van kwaliteit, effectiviteit en uitkomsten van zorg voor 20% van de bevolking. De gebruikelijke sturingsmechanismen in de zorg en preventie kunnen hierbij ingezet worden.  
Het is wellicht tijd het begrip ‘interculturalisatie’ van zorg en preventie te verlaten. Het heeft bij velen het beeld opgeroepen van een apart traject, van zware, ideologisch getinte inspanningen gericht op achtergestelde migranten. Pharos stelt voor het vraagstuk te benaderen als een reguliere kwestie van goede en effectieve zorg, klantgerichtheid en vraagsturing voor *alle burgers*.
- *Cliënt centraal*  
Uitgangspunt in ons stelsel is het principe: de cliënt staat centraal en iedere cliënt heeft recht op kwalitatief goede zorg. Dat geldt ook voor migranten; zij zijn individuele zorgvragers met een aantal specifieke kenmerken.  
Professionals moeten in staat zijn ook aan migranten zorg op maat te bieden met kennis over en sensitiviteit voor etnische verschillen. Goede zorg aan migranten betekent wat Pharos betreft geen cultuurspecifieke zorg (voor elke nationaliteit een ander pakketje of een andere zorgstandaard), maar cultuursensitieve zorg. De individuele cliënt blijft centraal staan.
- *Het stelsel, ook hier het uitgangspunt*  
Deze notitie is geen pleidooi voor specifieke gezondheidszorg voor migranten.  
Het is zaak ervoor te zorgen dat het reguliere stelsel voor de gezondheids-

zorg (de driehoek van zorgaanbieders, financiers en cliënten) en de gezondheidsbevordering ook voor deze burgers goed gaan werken. Het uitgangspunt dat zorg en preventie toegankelijk en adequaat moeten zijn voor alle burgers is reeds lang een van de algemeen geaccepteerde pijlers van ons gezondheidszorgsysteem. Het gaat erom dat de partijen in dit stelsel ook op dit terrein hun rol adequaat vervullen.

De zorgverzekeraar bijvoorbeeld heeft de taak om bij het inkopen van zorg zich ervan te vergewissen dat deze zorg tevens aansluit bij nieuwe Nederlanders. De zorgverlener dient adequaat toegerust te zijn om goede en klantgerichte zorg aan alle burgers te kunnen verlenen. De allochtone cliënt heeft de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid(sbevordering) en voor het zoeken naar passende zorg.

- *Balans in verantwoordelijkheden*

De zorgsector en de professionals hebben een verantwoordelijkheid om ook aan nieuwe Nederlanders kwalitatief goede zorg te bieden. Daartoe moeten zij een brug slaan om een juiste aansluiting en communicatie tot stand te brengen.

Omgekeerd geldt voor migranten hetzelfde; zij zijn mede verantwoordelijk voor het vinden van een goede aansluiting en voor een effectief gebruik van het stelsel.

- *Oog voor diversiteit, een breder belang*

Een zorgsysteem dat sensitief is voor Nederlanders met een andere achtergrond en hier effectief mee omgaat, komt ten goede aan de gehele Nederlandse bevolking.<sup>3</sup> Er zijn immers ook binnen de autochtone bevolkingsgroepen grote verschillen. Oog voor diversiteit, sociaal-economische status (SES) en specifieke achtergrond bevordert zorg op maat in den brede.

## Afbakening

De vraagstelling van deze studie (zijn er extra inspanningen nodig rond de kwaliteit en effectiviteit van zorg en preventie voor migranten?) is aan de orde gesteld in het kader van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen en het gezondheidsbeleid in krachtwijken. In het verlengde daarvan gaat de aandacht in deze studie het meest uit naar de zorg in termen van de cure en de preventie. De thuiszorg, gehandicaptenzorg en ouderenzorg komen weliswaar aan de orde, maar in beperkte mate.

Een tweede afbakening betreft het volgende: deze studie richt zich op kwaliteit en effectiviteit van de zorg en niet op diverse ethische vraagstukken en dilemma's rond migranten in de zorg. We doelen hierbij op vraagstukken als:

- Wat vinden we van het dragen van burka's in de zorg?
- Mogen allochtone vrouwen een mannelijke arts weigeren?
- Hoe verhoudt de inzet van tolken en VETC-ers zich tot het signaal om zo snel



mogelijk de Nederlandse taal te leren?

- Is het raadzaam om familieleden in te zetten als tolken in de spreekkamer in het licht van zorgvuldigheid, privacy en de eis van *informed consent*?
- Wat te doen met het signaal dat in sommige allochtone gemeenschappen jonge meisjes uit het land van herkomst worden gehaald om gehandicapte familieleden te verzorgen?

Deze vragen, hoe relevant ook, vallen buiten het bestek van deze studie. Het betreft hier vragen waar steeds gebalanceerde antwoorden op nodig zijn van veldpartijen. Deze antwoorden dienen gezocht te worden binnen wettelijke kaders, beroepsethische uitgangspunten en normen voor verantwoorde zorg. In deze studie ligt de focus echter op de kwaliteit en effectiviteit van zorg en preventie.

### **Opbouw studie en leeswijzer**

Deze studie beschrijft allereerst de verschillen in gezondheid en in zorgconsumptie tussen allochtonen en autochtonen. Nagegaan wordt welke problemen er in de praktijk zijn bij de preventie en zorg voor allochtonen, wat er tot nu toe gedaan is om hierin verbetering aan te brengen en welke conclusies hieruit getrokken kunnen worden. Vervolgens wordt bekeken welke extra (beleids)inspanningen en volgende stappen er nodig zijn om het huidige zorg- en preventiestelsel ook voor migranten optimaal te laten werken.

In het kader van de studie heeft eerst uitgebreide literatuurstudie plaatsgevonden, waarin ook de meest recente onderzoeken die in opdracht van ZonMw op dit gebied zijn uitgevoerd zijn betrokken. Daarnaast zijn vele gesprekken gevoerd en interviews gehouden met deskundigen en voortrekkers op het gebied van interculturalisatie, en met zorgverleners, onderzoekers en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Met allochtonen zijn focusgesprekken gevoerd, zowel met jongeren als met volwassenen.

De bevindingen en voorlopige conclusies hebben we voorgelegd aan drie klankbordgroepen, bestaande uit:

- huisartsen en specialisten;
- gezondheidscentra en de betrokken brancheorganisatie;
- allochtone experts/professionals;
- een wethouder van een van de G4-steden;
- een GGD van een van de G4-steden;
- een zorgverzekeraar;
- hoogleraren op het terrein van de (publieke) gezondheidszorg;
- andere onderzoekers.

---

<sup>1</sup> CBS Statline, allochtonenprognose 2007-2050

<sup>2</sup> Planbureau voor de Leefomgeving 2008

<sup>3</sup> Seeleman et al. 2008, p. 10



# 2 Analyse

## 2.1 Gezondheidsverschillen

Tussen autochtone en allochtone burgers komen veel gezondheidsverschillen voor en ook tussen allochtone bevolkingsgroepen onderling.

### Genetische gezondheidsverschillen

Op de eerste plaats is er, vaker dan men denkt, sprake van genetisch bepaalde gezondheidsverschillen en aandoeningen. Zo hebben allochtonen met een subtropische achtergrond vaker last van sikkelcelziekte en thalassemie, vitamine D-deficiëntie, leverkanker en levercirrose.<sup>4</sup> Zoals bekend hebben Hindoestanen aanmerkelijk vaker diabetes. Ook blijken medicijnen verschillend uit te werken op mensen met een andere etnische achtergrond.

Over de genetisch bepaalde gezondheidsverschillen bestaat doorgaans onvoldoende kennis onder Nederlandse zorgverleners.

We zijn er door schade en schande achtergekomen dat antidepressiva geen of een averechts effect hebben op patiënten met een Turkse achtergrond. En een op de drie Ethiopiërs blijkt niet te reageren op het meest gebruikte antipsychoticum.

[Citaat van een hulpverlener]

### Gezondheid minder goed

De gezondheid van allochtonen is in het algemeen minder goed dan die van autochtone Nederlanders, maar er zijn wel onderlinge verschillen tussen allochtone groepen. Naar schatting is de ziektelast<sup>5</sup> bij niet-westerse allochtonen 22% hoger dan bij autochtonen.<sup>6</sup> Dit wordt voornamelijk bepaald door een aantal chronische ziekten:

- diabetes – deze aandoening komt drie- tot zesmaal vaker voor bij allochto-



nen en zorgt voor 26% van het verschil in ziektelast tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen;

- astma/COPD, beroerte/coronaire hartziekten;
- depressie, angststoornissen en psychosociale klachten.

Onder allochtonen komen daarnaast fysieke beperkingen en overgewicht vaker voor. Er is bij diverse allochtone groepen sprake van te weinig beweging en ongezonde voeding.<sup>7</sup> Ook de zogeheten 10K's, de lichamelijk onverklaarbare klachten, komen volgens hulpverleners vaker voor bij allochtone cliënten. Veel allochtone ouderen, met name Turkse Nederlanders, hebben psychische problemen. Turkse en Marokkaanse ouderen en vluchtelingen hebben vaker last van depressies.<sup>8</sup>

Negatieve gezondheidsverschillen kunnen gevolgen hebben voor maatschappelijke participatie en integratie, welbevinden en weerbaarheid. Ook kunnen gezondheidsverschillen implicaties hebben voor deelname aan de arbeidsmarkt en arbeidsverzuim. Het lijkt erop dat deze relatie pas vrij recentelijk en dan nog in bescheiden mate wordt gelegd.

### Positieve verschillen

Er zijn ook positieve gezondheidsverschillen. De meeste allochtonen roken minder (uitgezonderd Turkse mannen en Surinamers) en gebruiken minder alcohol.<sup>9</sup> De verschillen op dit terrein worden echter kleiner naarmate migrantenjongeren de westerse leefstijl meer aannemen.<sup>10</sup>

Kanker komt minder vaak voor met uitzondering van leverkanker. Daarnaast hebben Marokkaanse mannen een lagere sterftekans.<sup>11</sup>

### Oorzaken voor verschillen

De in de literatuur genoemde oorzaken van negatieve gezondheidsverschillen zijn:

- sociaal-economische omstandigheden;
- etnische verschillen, die naast SES-factoren een onafhankelijke rol spelen. Het gaat hierbij om genetische<sup>12</sup> en leefstijlverschillen, en culturele verschillen in gedrag en visie op lichaam/geest, ziekte en behandeling, verschil in zorgconsumptie en zorggedrag;
- onvoldoende kennis van de werking van het lichaam en het gezondheidszorgsysteem;<sup>13</sup>
- minder effectieve zorg en preventie;
- elementen uit de migratiegeschiedenis zelf;<sup>14</sup>
- duur van de asielprocedure<sup>15</sup> bij vluchtelingen.

### Overige niet-westerse allochtonen springen eruit

Belangrijk gegeven is dat de geschatte ziektelast het grootst is bij de categorie 'overige' niet-westerse allochtonen,<sup>16</sup> dat wil zeggen de groepen die niet onder de klassieke vier vallen (zie Bijlage 1).<sup>17</sup> Zij vormen een derde van de niet-

westerse allochtonen en hun aantal stijgt de komende jaren. Onder hen bevinden zich veel voormalige vluchtelingen.

Kennis over deze groepen (Somaliërs, Irakezen, Afghanen, Iraniërs, etc.) ontbreekt nog voor een groot deel in de wereld van zorg en preventie.

Bijlage 2 gaat nader in op gezondheidsverschillen tussen allochtonen en autochtonen en tussen allochtonen onderling.

## 2.2 Verschil in zorgconsumptie

Allochtonen maken anders gebruik van bepaalde gezondheidszorgvoorzieningen dan autochtonen.

### Screening en preventie

Uit onderzoek blijkt dat allochtone vrouwen minder vaak deelnemen aan screening van borst- en baarmoederhalskanker.<sup>18</sup> Veel preventieve interventies en activiteiten (zoals vroegsignalering van gezondheidsproblemen bij de jeugd) bereiken allochtonen minder goed. Er zijn ook positieve uitzonderingen, zoals het bewegingsprogramma Big Move, Bewegen op Recept en andere programma's die op lokaal niveau worden ingezet. Met name programma's die op wijkniveau allochtonen actief betrekken laten positieve uitkomsten zien.

### Eerste lijn

Uit recent onderzoek blijkt dat de frequentie van het bezoek aan de huisarts en de jeugdgezondheidszorg (JGZ) bij allochtonen hoger ligt dan bij autochtonen (respectievelijk 30% en 86%).<sup>19</sup> De hogere frequentie van bezoek aan de huisarts en de JGZ kan erop duiden dat er meer sessies nodig zijn om het gewenste resultaat te bereiken of om het probleem helder te krijgen. Zorgverleners en allochtonen geven aan dat 'shoppen' veelvuldig voorkomt als gevolg van het feit dat men zich niet goed begrepen voelt of de zorgvraag niet goed beantwoord is. Dit gegeven duidt er op dat er een verschil bestaat tussen de *formele* toegankelijkheid en de *ervaren* toegankelijkheid van de eerste lijn.

Er worden meer medicijnen voorgeschreven aan allochtonen, terwijl migranten zelf juist een lager geneesmiddelengebruik rapporteren. Vermoed wordt dat ook dit duidt op het niet aansluiten van de behandeling op de visie die de patiënt heeft.<sup>20</sup>

Eerstelijnsvoorzieningen als fysiotherapie en Algemeen Maatschappelijk Werk worden meer gebruikt door niet-westerse allochtonen dan door autochtonen.<sup>21</sup> De voorzieningen waar minder gebruik van wordt gemaakt zijn: prenatale zorg, kraamzorg, thuiszorg en palliatieve zorg.<sup>22</sup>

## Tweede lijn

Allochtonen gaan opvallend minder vaak naar de specialist en het ziekenhuis; circa 40 %, resp. 30% minder dan autochtone Nederlanders met vergelijkbare SES en gezondheidstoestand.<sup>23</sup> Dit geldt met name voor Turken en Marokkanen en niet voor Surinamers en Antillianen.<sup>24</sup> De gevolgen van dit ondergebruik zijn niet bekend, maar ondergebruik lijkt reden tot zorg te geven. Als oorzaken worden genoemd: te weinig doorverwijzingen (een oorzaak die allochtonen vaak noemen) en gebrek aan toegankelijkheid van de tweede lijn.

Een bekend gegeven is dat allochtone burgers aanzienlijk minder gebruikmaken van de ouderenzorg. Het aanbod van interculturele ouderenzorg is op dit moment nog beperkt.<sup>25</sup> Dat geldt ook voor de gehandicaptenzorg. In het lage gebruik van gehandicaptenzorg speelt tevens mee dat handicaps in allochtone kring vaak nog in de taboesfeer liggen.

## Conclusie

Concluderend kan gesteld worden dat er op diverse terreinen verschil in zorgconsumptie bestaat. Het is zaak om zowel onder- als overconsumptie te voorkomen. Gericht onderzoek naar oorzaken hiervan kan wellicht uitkomst bieden. Stimuleren dat zorgverleners en allochtonen elkaar beter en sneller vinden lijkt tot winst te kunnen leiden voor alle partijen.

## 2.3 Kwaliteit en effectiviteit van zorg en preventie kunnen beter

Er zijn diverse signalen dat de kwaliteit en effectiviteit van preventie en zorg gericht op migranten vatbaar zijn voor verbetering. Deze signalen komen uit wetenschappelijke hoek en uit de praktijk. De signalen maken voldoende aannemelijk dat er reden is om te investeren in de kwaliteit en effectiviteit van preventie en zorg.

## Wetenschap

Er is niet veel wetenschappelijk onderzoek verricht naar de kwaliteit en effecten van zorg aan allochtonen. Uit een aantal onderzoeken die wel verricht zijn (onder andere rondom huisartsen, astma bij kinderen, prenatale zorg en sterfterisico bij cardiovasculaire klachten en diabetes) blijkt dat er knelpunten zijn in de kwaliteit van zorg aan allochtone cliënten. Zo blijkt dat allochtone hartpatiënten die voor het eerst in een ziekenhuis opgenomen zijn, een groter overlijdensrisico hebben dan autochtone patiënten.<sup>26</sup> De onderzoekers roepen de vraag op wat de relatie is tussen dit overlijdensrisico en de kwaliteit en de tijdigheid van de zorg.

Andere onderzoeken laten zien dat allochtone kinderen met astma vaker niet goed zijn ingesteld dan autochtone astmapatiëntjes, dat allochtone diabetespa-

tiënten een hogere kans op complicaties hebben dan autochtone patiënten en dat diabetespatiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst een slechtere instelling hebben.<sup>27</sup>

Wetenschappers wijzen op het risico dat diagnostische instrumenten, onder andere in de psychiatrie, bij allochtonen tot foutieve uitkomsten kunnen leiden, als ze niet gevalideerd zijn voor andere dan autochtone groepen. Een voorbeeld hiervan betreft een Marokkaanse man die ten onrechte gediagnosticeerd was als iemand met een persoonlijkheidsstoornis en daardoor vijftien jaar in een tbs-kliniek verbleef.

Een recente studie in de ggz<sup>28</sup> toont aan dat er vrijwel geen enkel onderzoek is uitgevoerd naar de effectiviteit van reguliere ggz-behandelingen bij allochtonen en wijst op het kennishiaat dat hiervan het gevolg is.

Deskundigen en Zonmw geven aan dat er meer onderzoek nodig is naar de oorzaken van de verschillen in kwaliteit en gebruik van zorg door allochtonen.<sup>29</sup>

### Signalen uit de praktijk

In de dagelijkse praktijk ervaren zorgverleners en allochtonen een aantal problemen. Deze liggen op het gebied van communicatie, therapietrouw en doorverwijzing. Daarnaast wordt veelvuldig gewezen op problemen met de aansluiting van het aanbod op de vraag en de effectiviteit van het aanbod. Dit geldt zowel voor de *cure*, de *care* als de gezondheidsbevordering.

Een vooraanstaand medisch specialist geeft aan dat zij na jaren van extra inspanningen er met haar team nog steeds niet in geslaagd is om de gewenste effecten van de behandeling en voorlichting te behalen bij allochtone diabetespatiënten. Een extra investering in een aanpak die wel werkt, zou haar zeer welkom zijn. Zij en andere zorgverleners concluderen dat er de afgelopen jaren vooral veel geïnvesteerd is in het *steeds beter uitleggen* van de Nederlandse preventie- en behandelmethode. Zo zijn bijvoorbeeld de richtlijnen voor voeding bij diabetes alsmaar beter toegelicht, los van het dagelijks leef- en voedingspatroon en normen daaromtrent bij allochtone diabetespatiënten. Met andere woorden: er is te weinig aandacht geweest voor feitelijke verschillen in leefstijl en gedrag, waardoor de aansluiting onvoldoende tot stand is gekomen.

In de ouderenzorg wordt door een aantal voorlopers extra inspanningen gepleegd met het oog op een goede aansluiting en zorg op maat voor deze groep klanten. De grote groep van achterblijvers ervaart echter vaak een hoge drempel om aan het vraagstuk van 'zorg aan allochtonen' te beginnen en weet niet goed hoe deze burgers te bereiken.

### Tijdigheid

Een aantal onderzoeken wijzen erop dat de tijdigheid van zorg aandacht behoeft.<sup>30</sup> Zo blijkt dat ouders van allochtone kinderen met astma veelal te laat

hulp zoeken, waardoor zwaardere vormen van zorg moeten worden ingezet en er meer gezondheidsschade ontstaat dan nodig was. Huisartsen met wie in het kader van deze studie gesproken is wijzen ook op dit verschijnsel.

Hetzelfde patroon tekent zich af bij de jeugdhulpverlening: er is sprake van een sterke ondervertegenwoordiging van de allochtone jeugd in lichte vormen van hulp en ondersteuning en een oververtegenwoordiging in de zwaardere vormen van zorg. Ook bij psychische problemen van volwassenen zijn er signalen dat pas professionele hulp wordt gezocht als de lijdensdruk is opgelopen tot 'zeer hoog'.<sup>31</sup>

Het gebrek aan tijdigheid is verontrustend te noemen als het gaat om perinatale zorg.<sup>32</sup>

### Competenties bij professionals

Zorgverleners en preventied medewerkers geven aan dat zij worstelen met het vinden van een goede aansluiting bij allochtone groepen. Velen van hen willen hun kennis en competenties op dit terrein versterken en zoeken naar praktische handvatten om hun handelen te verbeteren. Professionals wijzen met name op het belang van communicatievaardigheden voor een goede dialoog met mensen met een andere achtergrond. Niet onderschat moet worden wat de complicaties zijn in de communicatie met allochtonen die weinig of geen opleiding hebben genoten, geven professionals bij herhaling aan.

In beroepsopleidingen wordt tot op heden relatief weinig aandacht besteed aan specifieke ziektebeelden, klachtpresentatie, ziektebeleving, andere leefstijlen, cultuursensitieve diagnostiek en implicaties voor behandeling en preventie. Veelal is het onderwerp ondergebracht in keuzeblokken, die niet door alle studenten gevolgd worden. Vaak wordt door middel van nascholing getracht om in de kennisleemte die in de praktijk voelbaar is te voorzien.

Een positieve ontwikkeling is dat interculturele competenties inmiddels onderdeel zijn geworden van de eindtermen van de opleiding tot basisarts.

Ik hoorde pas in een training dat in Somalië het begrip depressie niet bestaat. Nu praat ik met mijn patiënte over lichte en donkere dagen; dan begrijpen we elkaar.

[Citaat van een hulpverlener]

### Wat zeggen allochtonen over de kwaliteit van zorg en preventie?

In diverse focusgroepen is allochtonen gevraagd naar ervaringen en opvattingen over zorg en gezondheidsbevordering in Nederland. Het betrof zowel hoog- als laagopgeleide allochtonen, jongeren en ouderen en mensen van verschillende herkomst.

Opvallend gegeven daarbij is dat hun opvattingen over en ervaringen met de gezondheidszorg in Nederland in grote lijnen overeenkomen. Uiteraard zijn er verschillen, onder andere naar gelang het opleidingsniveau en de verblijfsduur in Nederland, maar de rode draad blijft dezelfde.

De geïnterviewden geven aan dat de match tussen hen en het zorg- en preventieaanbod nog niet goed is.

Zij hebben behoefte aan meer proactieve huisartsen/zorgverleners en aan veel informatie en voorlichting van hen. Zij verwachten van zorgverleners dat ze ook moeilijk bespreekbare onderwerpen aankaarten (bijvoorbeeld rondom seksualiteit) en vinden hen doorgaans te voorzichtig. Verder vinden zij zorgverleners vaak te afstandelijk en onpersoonlijk.

De artsen hier behandelen de ziekte in plaats van de patiënt.

Ik heb mijn ouders meerdere malen uitgelegd dat de huisarts niet boos of vijandig is. Ik leg ze uit dat afstandelijkheid hier als professioneel wordt gezien.

[Citaten van hoogopgeleide migrantenjongeren]

Het verkrijgen van een doorverwijzing in Nederland wordt door vele allochtonen als lastig ervaren. In hun ogen krijgen ze die vaak te laat of te weinig. Men wacht vaak tot de zomervakantie om in het land van herkomst alsnog de door hen gewenste behandeling te krijgen.

De poortwachterfunctie van de huisarts blijft voor veel allochtonen een vreemde constructie. Velen geven aan dat ze onvoldoende inzicht hebben in het Nederlandse zorgsysteem. Uiteraard bestaan op dit punt verschillen naar gelang het opleidingsniveau.

Veel allochtonen zijn van mening dat er bij zorgverleners en preventiewerkers meer kennis nodig is over verschillen en sensitiviteit voor diversiteit in gedrag, leefstijl, gezondheids-beleving en omgaan met klachten en ziekte.

Zij wijzen er tevens op dat ze het onprettig vinden dat veel van hun lichamelijke klachten meteen als cultureel bepaald (een andere manier van uiten) of als teken van stress worden geduid.

In termen van ons gezondheidssysteem zou je kunnen stellen dat onder veel allochtonen de klanttevredenheid nog vrij laag is. Een van de uitingen hiervan is het ontstaan van allochtone instellingen, met name in de ggz (bijvoorbeeld i-psy) en in de ouderenzorg.<sup>33</sup>

Veel nieuwe Nederlanders geven aan zelf een bijdrage te willen leveren aan het dichtertot elkaar brengen van hun wereld en die van de gezondheidszorg. Zij achten zich medeverantwoordelijk voor het tot stand brengen van een goede match.

### **Allochtone zorginstellingen**

De laatste jaren zijn er naar schatting tientallen allochtone zorginstellingen ontstaan, met name in de GGZ, de thuis- en de ouderenzorg. Verwacht wordt dat het aantal categorale instellingen de komende jaren zal groeien. Er is nog



onvoldoende inzicht in de aard, omvang en effectiviteit van deze instellingen. Het vraagstuk dient gezien te worden vanuit de gangbare normen voor kwaliteit, effectiviteit en toegankelijkheid. Het ontstaan van deze instellingen wordt veelal beschouwd als een reactie van allochtonen op de reguliere zorg.

Deze ontwikkeling roept bij velen vragen op. Een segregatie in witte en zwarte aanbieders, zoals die zich voordoet bij scholen, heeft maatschappelijke bijeffecten die niet wenselijk zijn. Het systeem van marktwerking maakt dit fenomeen echter mogelijk. Er ligt een uitdaging om segregatie in de zorg te voorkomen.

Daarnaast is het van belang dat we tijdig leren van allochtone zorgorganisaties. Dit kan via gerichte samenwerking, kennisuitwisseling en stageplaatsen bij een selectie van allochtone instellingen.

De verwachting is dat, naarmate de reguliere zorg beter in staat is met diversiteit om te gaan en passende zorg en preventie te bieden aan alle burgers, de behoefte aan dit type instellingen af zal nemen.

### **Allochtone medewerkers**

Kwaliteit van zorg aan migranten wordt vaak in verband gebracht met de aanwezigheid van voldoende allochtone medewerkers. Bij een divers samengesteld personeelsbestand wordt de herkenbaarheid en toegankelijkheid van de zorginstelling vergroot, verbetert de kennis over culturele verschillen en geëigende aanpakken en worden taalproblemen verminderd; dat is de aanname in veel rapporten die hierover verschenen zijn. Deze aanname is niet onderzocht. We weten dus niet wat feitelijk de impact is van de aanwezigheid van allochtone medewerkers op de kwaliteit van zorg voor migranten en wat daarbij succesfactoren zijn. Ondanks dit gegeven lijken er voldoende redenen om de instroom en het behoud van allochtone medewerkers in de zorg te bevorderen.

Zoals bekend wordt de arbeidsmarkt in de zorgsector steeds krappere; het is dus een uitdaging voor de sector om een aantrekkelijke werkgever te zijn en daarbij het arbeidsmarktpotentieel onder migrantengroepen optimaal te benutten. Tot op heden lukt dat nog onvoldoende: de zorg is een vrij witte sector. Antilliaanse en Surinaamse vrouwen zijn weliswaar goed vertegenwoordigd, dat geldt niet voor andere migrantengroepen, m.n. voor Turkse en Marokkaanse vrouwen.

Een reeks initiatieven probeert hierin verandering te brengen zoals het project 'Kleurrijke zorg werkt' van zw Haaglanden en de regionale pilots 'Instroom allochtone vrouwen in de zorg'. Het programma 'ActiZ geeft kleur aan de zorg' is eveneens een goed voorbeeld. Wat opvalt bij de initiatieven en onderzoeken op dit terrein, is dat zij primair gericht zijn op bevordering van instroom en behoud van allochtone medewerkers in de *zorg* en niet op de *preventie*.

Deskundigen zijn eensluidend in hun advies: de tijd is rijp om kleinschalige en tijdelijke projecten te vervangen door een krachtige en meerjarige impuls om het personeelsbestand van zorginstellingen een afspiegeling te laten zijn van

de bevolking. De nood bij werkgevers is hoog; het benutten van parallelle belangen ligt hierbij voor de hand.

### Metten van patiëntervaringen

Er zijn nog weinig gegevens beschikbaar over patiëntervaringen in allochtone kring. Dit heeft te maken met het feit dat het bestaande instrumentarium hiervoor nog niet toereikend is. De cq-index<sup>34</sup> is recentelijk onderzocht binnen de ziekenhuiszorg; hieruit bleek dat er aanpassingen nodig zijn opdat de patiëntervaringen van allochtonen ook gemeten worden.

### Charitas of cliëntgericht werken?

In zijn algemeenheid valt op dat het vraagstuk van goede preventie en zorg voor allochtone groepen bij veel aanbieders vooral leeft in de sfeer van 'hoe bereiken we moeilijke doelgroepen?' Vaak met de motivatie van 'ook voor achtergestelden willen werken'.

Het besef dat het hier gaat om gemiddeld een vijfde van hun potentiële cliënten en burgers lijkt bij veel aanbieders niet sterk. Als gevolg daarvan is de aansluiting van preventie en zorg op deze groepen cliënten doorgaans geen *vanzelsprekend* onderdeel van beleid rondom cliëntgericht werken, zorg op maat en kwaliteit/verantwoorde zorg.

Zorgverzekeraars, gemeenten, inspectie en aanbieders zelf hanteren tot op heden nauwelijks ijkpunten en instrumenten om te sturen op effectiviteit en uitkomsten van preventie en zorg aan allochtone burgers, deze te meten en te monitoren.

### Conclusie

Bovenstaande geeft voldoende aanleiding om te kunnen stellen dat de kwaliteit en effectiviteit van zorg en preventie voor allochtonen vatbaar zijn voor verbetering. Extra inspanningen op dit terrein zijn dus gewenst. Investeren in verbeteringen zal naar alle waarschijnlijkheid zowel in immaterieel als financieel opzicht winst opleveren in termen van gezondheid en kosten van zorg.

Hiernaast moet niet onderschat worden wat de implicaties zijn van gezondheid voor deelname aan het maatschappelijk leven en de arbeidsmarkt.

## 2.4 Conclusies uit inspanningen tot nu toe

### Veelbelovende initiatieven

In de afgelopen decennia zijn er veel positieve stappen gezet om preventie en zorg voor allochtone cliënten te verbeteren. Er zijn talloze gemotiveerde hulpverleners, onderzoekers en interventieontwikkelaars die het onderwerp hebben geagendeerd en *good practices* en methodieken ontwikkeld hebben. Hier zijn goede publicaties uit ontstaan en er is inmiddels een waaier aan veelbelo-

vende projecten en initiatieven. Veel individuele zorgverleners hebben zich bekwamd in het omgaan met verschillende groepen allochtone cliënten. Ook zijn de nodige inspanningen gepleegd om de brugfunctie tussen migranten enerzijds en zorgverleners en preventiewerkers anderzijds vorm te geven, onder andere via allochtone zorgconsulenten en VETC'ers.<sup>35</sup> Deze zijn bewezen effectief gebleken. Voor de inzet van tolken is een goede voorziening opgezet ten behoeve van zorgvuldige zorgverlening.

Grote stimulans bij dit alles is uitgegaan van een groep deskundige voortrekkers<sup>36</sup>, die elkaar troffen in onder andere de Overleggroep Gezondheidszorg Minderheden.<sup>37</sup> Zij hebben ervoor gezorgd dat interculturalisatie van de zorg op de agenda is gekomen en tot een rvz-advies heeft geleid.<sup>38</sup> Met name in de ggz is hard gewerkt<sup>39</sup>, met als resultaat een grotere instroom van zowel allochtone cliënten als allochtone medewerkers en verschillende methodieken. In de ouderenzorg is de aandacht voor deze groep cliënten groeiende. Ook daar was en is sprake van een aantal inspirerende voortrekkers die al geruime tijd kleurrijke ouderenzorg ontwikkelen en agenderen.<sup>40</sup> Actiz heeft een programma<sup>41</sup> dat zich richt op een toegankelijk en verantwoord aanbod aan nieuwe Nederlanders en op instroom en behoud van allochtone werknemers in de zorg. De beroepsorganisatie voor verzorgenden (Sting) is actief en zet ambassadeurs in voor interculturele vernieuwing.

In de gehandicaptenzorg zijn een aantal organisaties heel actief op dit terrein en als voorloper te beschouwen.<sup>42</sup> De brancheorganisatie Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland spant zich in voor meer diversiteit binnen de aangesloten instellingen.

Het bereiken van allochtone burgers staat ook in de wereld van gezondheidsbevordering en leefstijlverbetering op de agenda en in het beleid gericht op 'gezonde wijken'.

Migrantenorganisaties vervullen in toenemende mate een actieve rol op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg, onder andere via patiënten- en Wmo-platforms en gezondheidsvoorlichting in eigen kring.

Op het gebied van allochtonen en sport en beweging zijn er vele goede initiatieven. Belangrijk om te melden is dat een van de grote verzekeraars<sup>43</sup> investeert in vernieuwing van zorg aan en gezondheidsbevordering bij migranten. Een positieve ontwikkeling is ook de aandacht voor diversiteit in het jeugdbeleid, met een veelomvattend programma voor de preventie van gezondheids- en ontwikkelingsproblemen bij migrantenjeugd.

Ten slotte profileert Nederland zich internationaal op dit terrein: een Nederlander is voorzitter van ENIEC<sup>44</sup>, een internationaal platform rond zorg aan oudere migranten. Hetzelfde geldt voor de sectie Migrant Health van de EUPHA, die voorgezeten wordt door een Nederlandse hoogleraar.<sup>45</sup>

### Wat valt op?

Bij nadere bestudering van en reflectie op de vele initiatieven om zorg en preventie beter aan te laten sluiten op allochtone Nederlanders, vallen een viertal zaken op:

- 1 Van de grote waaier aan initiatieven is weinig bekend over effectiviteit en is weinig in de *mainstream* terechtgekomen. Met *mainstream* wordt hier bedoeld: in zorg- en preventieprogramma's, zorgstandaarden, normen voor verantwoorde zorg, richtlijnen, DBC's, opleidingen en dergelijke.
- 2 Het vraagstuk is onvoldoende als een vraagstuk van 'gewone' kwaliteit en klanttevredenheid benaderd. Het bleef veelal een apart traject met ideologische/emancipatorische lading in plaats van een reguliere en 'zakelijke' kwestie in termen van goede en effectieve zorg voor zo'n 20% van de bevolking. Op dit laatste is onvoldoende gestuurd en beleid gevoerd.
- 3 Er is veel bedacht *voor* migranten, maar onvoldoende *met* en *door* hen om goede effecten te bereiken. Het accent lag veelal op het nog beter uitleggen van onze behandelingen en richtlijnen voor gezondheid. Belangrijk hierbij is dat de feitelijke verschillen (genetisch, cultureel en qua leefstijl) onvoldoende als uitgangspunt genomen zijn bij het zoeken naar een betere aansluiting van preventie en zorg.<sup>46</sup>
- 4 Er zijn nog veel leemten in de kennis over (oorzaken van) gezondheidsachterstanden bij allochtonen en over de vraag wat de meest geschikte methodes zijn om deze achterstanden weg te werken. Er wordt veel gewerkt met ongetoetste aannames.

### De tijd is rijp: parallele belangen

Uit onze gesprekken en interviews met zorgverleners, deskundigen, onderzoekers, medewerkers van branche- en beroepsorganisaties en verzekeraars kwam naar voren dat er veel enthousiasme en draagvlak is om op dit onderwerp stevig door te pakken. Men is toe aan een volgende stap en heeft behoefte aan landelijk beleid en gezamenlijke afspraken. Diverse aanbieders realiseren zich in toenemende mate dat allochtonen een groeiend gedeelte van hun potentiële cliënten vormen. Bij hen is sprake van parallele belangen die benut kunnen worden. De aandacht voor gezondheid in wijken versterkt dit. Onze indruk is dat de tijd rijp is om het proces te versnellen.

Ook in onze gesprekken met migranten hebben we gemerkt dat velen gemotiveerd zijn om zelf een bijdrage te leveren aan de verbetering van hun gezondheid en aan de match met zorg en preventie. Er bestaat veel behoefte aan het versterken van zelfmanagement en eigen competenties (*health literacy*). Velen hebben een uitgesproken visie op mogelijkheden om zorg en preventie beter te laten aansluiten en willen daarin een actieve inbreng hebben.

- 
- 4** Kunst et al. 2008; CBS 2008a
- 5** De term ziekteelast betekent hier: de hoeveelheid verlies aan gezonde levensjaren (daly's).
- 6** Kunst et al. 2008
- 7** Dagevos en Dagevos 2008; Schrijvers en Schoemaker 2008 *De migrant in het stelsel van preventie en gezondheidszorg*
- 8** De Wit et al. 2008; Fassaert et al. 2008; RIVM 2008
- 9** CBS 2008b
- 10** Kunst 2008
- 11** RIVM 2008
- 12** CBS 2008a; VWS 2008
- 13** o.a. Hosli et al. 2005
- 14** Selten en Cantor-Graae 2005; CBS 2008b
- 15** Laban et al. 2005
- 16** Kunst et al. 2008
- 17** De vier klassieke groepen zijn Antillianen, Surinamers, Marokkanen en Turken.
- 18** Seeleman et al. 2008
- 19** RIVM 2008
- 20** Uiters 2007
- 21** Kunst et al. 2008
- 22** Seeleman et al. 2008; Schellingerhout 2004; De Graaff en Francke 2003
- 23** RIVM 2008
- 24** Kunst et al. 2008; VWS 2008
- 25** Actiz 2008
- 26** Agyemang et al. 2009
- 27** Seeleman et al. 2008
- 28** Bekker en Van Mens-Verhulst 2008
- 29** ZonMw 2008a; Bekker en Van Mens-Verhulst 2008; Seeleman et al. 2008; Kunst et al. 2008
- 30** Seeleman et al. 2008; Van Laar et al. 2007
- 31** Kraus en Zevalkink. 2009
- 32** Alderliesten et al. 2008
- 33** Deze ontwikkeling roept bij velen vragen op; in het Nawoord komen we hier kort op terug.
- 34** *Consumer Quality Index*: hiermee worden klantervaringen gemeten, geanalyseerd en gerapporteerd.
- 35** Voorlichters in Eigen Taal en Cultuur.
- 36** De groep voortrekkers bestaat onder andere uit prof. dr. K. Stronks, drs. R. van Dijk, drs. W. Voogt, drs. R. May, drs. T. Bedaux, K. Bartels (arts), prof. dr. D. Ingleby, dr. S. Kramer, J. Booij, prof. dr. T. Schulpen, H. van Geuns, W. Alma, prof. dr. I. Wolffers, J. Avezaath (arts) en M. Shadid (arts).
- 37** OGM 2005 T. Bedaux et al. *Het OGM van 1972 tot 2005: van medische verzorging buitenlandse werknemers tot interculturele zorg*
- 38** RVZ 2000
- 39** GGZ Nederland 2001

**40** PIO, Platform Interculturele Ouderenzorg; Intercultureel Verpleeghuis de Schildershoek; Stichting Zorgcentra Escamp e.a.

**41** Programma *Actiz geeft kleur aan de zorg*

**42** Cordaan, Amerpoort en Dichterbij

**43** AGIS

**44** dhr. J. Booij

**45** prof. dr. W. Devillé, bijzonder hoogleraar bij Pharos en de uva

**46** Dit geldt in mindere mate voor de initiatieven in de ggz.





# 3 Wat is een goede inzet voor het vervolg?

Gezien de conclusies uit de inspanningen tot nu toe (paragraaf 2.4), wordt voorgesteld om bij de vervolgaanpak van het verbeteren van zorg en preventie voor allochtonen de onderstaande inzet te kiezen:

## 1 Gangbare sturingsinstrumenten beter inzetten

Zet de gebruikelijke sturingsinstrumenten voor kwaliteit, effectiviteit en klanttevredenheid meer en gericht in om te garanderen dat zorg en preventie ook adequaat functioneren voor nieuwe Nederlanders.

## 2 Ijkkunten benoemen

Stimuleer dat het veld ijkkunten benoemt voor waar we over vijf jaar willen zijn. Bijvoorbeeld: 'de opkomst van migranten bij bevolkingsonderzoeken is over vijf jaar vergelijkbaar met die van autochtonen' en 'in richtlijnen en standaarden is aandacht voor diversiteit'. Leg het eigenaarschap van dit vraagstuk bij veldpartijen, maar stuur en monitor wel (onder andere via de Inspectie) rondom de vraag of de ijkkunten en doelen behaald worden. Veel partijen hebben aangegeven dat aandacht van de overheid stimulerend zal werken.

## 3 Positie van de migrant als klant, eigen regie en rol versterken

Zet de positie van de migrant als klant meer in als *push*- en *pull*factor voor het stimuleren van zorg en preventie op maat voor hen.

Versterk hun eigen regie, inbreng en actieve rol in het verkrijgen van goede zorg en in de bevordering van hun gezondheid.

#### 4 Focus, concentratie en doorontwikkelen

Zoals gesteld is er een grote waaier veelbelovende, maar niet onderbouwde en verankerde, initiatieven om zorg en preventie *diversiteitsproof* te maken. Het is tijd hier een volgende stap in te zetten.

Zet die stap, door in een beperkt aantal meerjarige lokale programma's, veelbelovende aanpakken door te ontwikkelen en te onderbouwen op effectiviteit. Breng focus aan door de aandacht te richten op de aandoeningen die de grootste ziektelast veroorzaken bij allochtonen. Leemtes in kennis worden zo via actiegericht onderzoek opgevuld.





# 4 Hoe giet je dat in een praktische vorm?

## 4.1 Inleiding

De vier punten die in de vorige paragraaf benoemd zijn als leidraad voor het vervolg, worden hieronder vertaald naar twee concrete trajecten. Bij lezing hiervan zijn twee kanttekeningen van belang:

### *Algemeen of specifiek?*

In de uitgangspunten aan het begin van deze notitie pleiten wij ervoor om interculturalisatie niet als een aparte exercitie te beschouwen, maar juist als een reguliere kwestie van kwaliteit van zorg en preventie.

Tegelijkertijd constateren we in de analyse dat uit de praktijk blijkt dat dit niet vanzelf gebeurt. Er zijn met andere woorden wel degelijk extra inspanningen, beleid en sturing nodig om ervoor te zorgen dat effectieve zorg en preventie en klantgerichtheid op den duur vanzelfsprekend betrekking krijgen op de gehele bevolking, dus ook nieuwe Nederlanders.

In de onderstaande trajecten lichten we allochtonen er dus toch uit, niet als doel op zich, maar als middel om bovenstaande te bereiken. Het uitgangspunt blijft dat reguliere zorg voor eenieder, dus ook voor migranten effectief moet zijn. Binnen het algemene beleid moet steeds de vraag oplichten ‘werkt dit voor iedereen, nemen we diversiteit voldoende mee?’.

### *Totaalaanpak of selectie?*

In het verleden zijn verschillende goede voorstellen gedaan om te komen tot interculturalisatie van zorg en preventie. Daarin werd doorgaans een totaalaanpak voorgesteld waarin de problemen op alle niveaus zouden worden aangepakt. Voorlopers in de interculturalisatiebeweging die reflecteren op de trajecten die zij hebben afgelegd, geven aan dat deze totaalaanpak vaak verlamdend

uitwerkte. Er werd aan zorgaanbieders en andere partijen zoveel inspanning gevraagd en op zoveel niveaus tegelijk, dat de moed hen vaak bij voorbaat in de schoenen zonk.

Bij de hier voorgestelde aanpak is dan ook bewust de keuze gemaakt voor afbakening. Het aanbrenge van een heldere focus en een behapbare opdracht zal meer enthousiasme genereren om te participeren. Bij de keuze voor een focus op de onderstaande twee trajecten hebben we ons laten leiden door de vraag hoe het proces versneld kan worden en duurzame effecten teweeg gebracht kunnen worden. Daarnaast door de vraag waar parallele belangen, enthousiasme en draagvlak bij partners in het veld te vinden zijn.

## 4.2 Meerjarenprogramma's in wijken: focus aanbrengen en doorontwikkelen

### Inleiding

Er zijn reeds vele *good practices* en initiatieven om zorg en preventie beter te laten aansluiten bij migranten. We stellen voor om een selectie van veelbelovende initiatieven in een aantal meerjarenprogramma's door te ontwikkelen en te onderbouwen.

De programma's concentreren zich op een aantal chronische aandoeningen die grote ziektelast veroorzaken bij migranten en die veel energie vragen van zorgverleners. Inspanningen gericht op een verbeterde aanpak leveren dan naar verhouding de grootste winst op.

De meerjarenprogramma's zijn gesitueerd in wijken en kennen een actiegericht aanpak. Doel van de programma's is het, waar nodig, verbeteren en aanvullen van bestaande (keten)aanpakken opdat deze ook aansluiten bij de leefwereld en kenmerken van allochtone cliënten. Deze aanpassingen en aanvullingen worden in de wijk door professionals, methodiekontwikkelaars en migranten samen ontwikkeld en uitgetest.

Een onderzoeksteam volgt het programma en zorgt dat de uitkomsten toetsbaar zijn op effectiviteit. Een kenniscentrum faciliteert samen met een lokale partner het proces en zorgt voor de beschrijving van alle ontwikkelde interventies/aanpassingen zodat deze overdraagbaar zijn. De *evidence-based* kennis die dit oplevert moet een plek krijgen in algemene richtlijnen, zorg- en preventieprogramma's en opleidingen.

### Wijkgerichte aanpak en gezonde wijken

De wijkgerichte aanpak sluit aan bij de groeiende aandacht voor gezondheid in wijken. Het kabinet heeft in haar beleid rond de aandachtswijken de invalshoek 'gezondheid' toegevoegd. In diverse gemeenten experimenteren partijen met het verbeteren van de gezondheid en leefsituatie van wijkbewoners en tussen het Rijk en de G4 is daartoe een convenant getekend. De keuze voor meerjarenprogramma's in een aantal wijken haakt hierop aan. In de hieronder

beschreven meerjarenprogramma's zal worden samengewerkt met de projectleiders van de Gezonde wijken en met de onderzoekers die deze experimenten volgen en evalueren.

### **Uitgangspunten**

Eerste uitgangspunt is dat de algemene richtlijnen, standaarden en zorgprogramma's als vertrekpunt worden genomen; deze worden tijdens het programma waar nodig verrijkt met aspecten die de bruikbaarheid voor migranten vergroten. Het gaat dus nadrukkelijk niet om de ontwikkeling van een apart spoor voor migranten.

Tweede uitgangspunt is dat het programma wordt opgezet op basis van de al beschikbare kennis en reeds ontwikkelde *good practices* om migranten goed te bereiken op het gebied van de betreffende aandoening. Potentieel effectieve aanpakken worden in deze opzet *doorontwikkeld*, getest in de praktijk en onderzocht op effectiviteit.

Derde uitgangspunt is dat in het programma de *leefwereld* van allochtone cliënten en de effecten van de behandeling en preventie op hen centraal staan. In de benadering wordt uitgegaan van het inzicht dat er daadwerkelijke verschillen bestaan (genetisch, in gedrag, leefsituatie en visie op gezondheid) en dat preventie en behandeling daarop moeten aansluiten, willen zij 'op maat' en effectief zijn.

Vierde uitgangspunt is dat migranten hierbij niet als klankbordgroep fungeren, maar als een van de hoofdrolspelers in het ontwikkelproces. Zij vervullen een actieve rol in het vinden van de juiste aansluiting.

### **Beoogd resultaat**

De beoogde opbrengst van de meerjarenprogramma's zijn werkzame, *evidence based* aanvullingen op de bestaande aanpak van de betreffende chronische aandoeningen, die ervoor zorgen dat deze ook voor allochtone burgers effectief is. Er zal veel aandacht gaan naar versterking van zelfmanagement bij allochtone bewoners. Het meerjarenprogramma richt zich op de hele keten, met het accent op de eerste lijn.

De werkzame en effectief gebleken elementen worden landelijk geïmplementeerd en uitgerold. Met andere woorden: de kennis en ervaring die in de meerjarenprogramma's is opgedaan wordt geïntegreerd in landelijke preventie- en zorgprogramma's, richtlijnen voor zorg en preventie, zorgstandaarden, opleidingen en toetsingscriteria voor de Inspectie en zorgverzekeraars.

De werkbare elementen worden tevens vertaald naar programma's voor migrantengroepen, gericht op zelfmanagement, *health literacy* en het vinden van de weg naar de juiste zorg/preventie.

Bij het resultaat moet niet gedacht worden aan een cultuurspecifieke aanpak in de zin van 'voor elke nationaliteit een ander pakketje'. De opbrengst is veeleer een cultuursensitieve wijze van werken die professionals in staat stelt ook aan

migranten effectieve, klantgerichte zorg en preventie op maat te bieden. De aanpak moet voor professionals in de dagelijkse praktijk werkbaar zijn en tegemoetkomen aan hun behoefte aan gebruiksvriendelijke *tools*.

Een dergelijke wijze van werken zal niet alleen voor allochtonen iets opleveren. Oog voor diversiteit, SES en specifieke achtergrond bevordert zorg op maat in den brede.

Het totaal moet leiden tot betere uitkomsten van preventie en zorg en uiteindelijk gezondheidswinst opleveren.

### **Keuze voor thema's meerjarenprogramma's**

De meerjarenprogramma's kunnen zich het best richten op chronische aandoeningen die zorgen voor een relatief grote ziektelast bij migranten en die veel energie vragen van zorgverleners.

Het meerjarenprogramma dient bij voorkeur gestart te worden in een wijk waar al actieve professionals en lokale ondersteuningsorganisaties zijn die zich richten op gezondheidsverbetering van allochtone wijkbewoners. Voor het betreffende thema moet animo bestaan onder zorgverleners en preventiewerkers.

Op basis van de raadpleging van diverse klankbordgroepen in het kader van deze studie lijken de volgende twee thema's bij uitstek geschikt voor een meerjarenprogramma:

#### **1 Diabetes**

Zoals bekend veroorzaakt diabetes een groot deel van de ziektelast onder allochtonen (26% van het verschil in ziektelast met autochtonen wordt hierdoor veroorzaakt). Diabetes komt drie- tot zesmaal vaker voor bij allochtone dan bij autochtone Nederlanders. Zoals eerder vermeld blijken allochtone diabetespatiënten een hogere kans op complicaties te hebben dan autochtone patiënten.

Diabetes wordt beschouwd als een van de grootste bedreigingen van de volksgezondheid. Er is landelijk draagvlak om de aanpak van diabetes te verbeteren en de groei terug te dringen, getuige het Nationaal Actieplan Diabetes. Er is een keten-DBC Diabetes, geëvalueerd door ZonMw, en er bestaat een zorgstandaard voor diabetes. Lokaal zijn er veel *good practices* gericht op diabeteszorg voor allochtone patiënten.

Er ligt hiermee een goede basis voor het doorontwikkelen en onderbouwen van een verbeterde aanpak voor preventie en behandeling van diabetes bij allochtonen, die geïntegreerd kan worden in de algemene richtlijnen en behandelwijzen. Huisartsen, specialisten, praktijkverpleegkundigen, praktijkassistenten, diëtisten en migranten zullen hierbij betrokken worden. Daarnaast is het de bedoeling dat samen met migranten programma's voor voorlichting en zelfmanagement worden ontwikkeld.

## 2 Depressie, angststoornissen en LOK's

Ook psychische klachten als depressie, angststoornissen en stress leveren een grote bijdrage aan de ziektelast van allochtone burgers. Depressie, angst en stress vertalen zich vaak naar lichamelijke klachten; met deze klachten worden hulpverleners in de praktijk veelvuldig geconfronteerd. Het betreft hier klachten van onder andere pijn, duizeligheid en moeheid, waar een arts geen somatische oorzaak voor kan vinden. Soms ziet de arts wel de relatie tussen psychische en somatische klachten, maar is deze relatie voor de patiënt niet aannemelijk. Soms tast ook de arts in het duister omtrent de oorzaak van de klachten (de zogenaamde lichamenlijk onverklaarbare klachten – LOK's). Een groot deel van de zorgconsumptie valt onder deze categorie en zorgt voor veelvuldig artsbezoek bij allochtone zorgvragers. Huisartsen, fysiotherapeuten en andere eerstelijnszorgverleners geven aan niet goed raad te weten met deze steeds terugkerende klachten. Allochtonen geven op hun beurt aan dat het aanbod van zorgverleners op dit type klachten hen vaak onvoldoende verder helpt.

Bekend is dat vroegtijdige signalering, juiste advisering en ondersteuning (in preventie en eerste lijn) kan voorkomen dat psychische en psychosomatische klachten verergeren. Een brede aanpak waarbij ook het maatschappelijk werk, het onderwijs, bewegings- en activeringsprogramma's en de omgeving betrokken worden is hierbij van belang.

In de meerjarenaanpak kan onder andere toegewerkt worden naar aanpassing en verrijking van de instrumenten voor vroegsignalering, een aangepast diagnostisch protocol voor huisartsen en andere eerstelijns-hulpverleners, aangevulde behandelprotocollen en preventieprogramma's en aanvullende richtlijnen voor doorverwijzing. Daarnaast kunnen samen met migranten aantrekkelijke en werkbare programma's voor preventie en zelfmanagement worden doorontwikkeld. Hoewel het ook in dit programma gaat om een integrale ketenaanpak, ligt het accent op preventie en op de eerste lijn.

Er is lokaal en landelijk behoefte en draagvlak om de aanpak op dit terrein te verbeteren.<sup>47</sup> Voor de preventie en behandeling van bovengenoemde klachten bestaan diverse initiatieven<sup>48</sup> waarop voortgebouwd kan worden.

Dit zijn twee voorbeelden van mogelijke meerjarenprogramma's. Andere relevante thema's voor dergelijke meerjarenprogramma's zijn perinatale sterfte, astma/COPD en beroerte/coronaire aandoeningen. De perinatale sterfte in Nederland is te hoog en vereist extra aandacht. In allochtone kring komt vermijdbare perinatale sterfte te veel voor. Hier is winst te behalen. Er lopen al een aantal initiatieven, onder andere in Rotterdam en Den Haag.

Ook astma/COPD en beroerte/coronaire ziekten verdienen aandacht, aangezien zij (naast diabetes en psychische klachten) een groot deel van de ziektelast bij allochtone Nederlanders bepalen.

## Care

De hier genoemde meerjarenprogramma's richten zich op de preventie en de *cure*. Dezelfde formule kan echter toegepast worden in de *care*: de thuiszorg, ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Ook daar is het zaak succesvolle initiatieven meer gewicht en impact te laten hebben door ze door te ontwikkelen in meerjarige trajecten, en de uitkomsten te vertalen naar normen voor verantwoorde zorg, opleidingen en het beleid van de hele sector. Actiz bepleit een dergelijke meer structurele aanpak en is daar ook mee gestart.<sup>49</sup>

## Draagvlak en partners

Voor de hiervoor uitgewerkte aanpak is draagvlak, zo blijkt uit onze consultatie in het kader van deze studie. Onder andere bij de gemeente Den Haag, Stiom, geïnterviewde zorgverleners, vertegenwoordigers van migranten en diverse deskundigen. K. Stronks (hoogleraar sociale geneeskunde AMC), universiteiten en onderzoeksinstituten hebben belangstelling om in een of meer meerjarenprogramma's wetenschappelijk te participeren.

## 4.3 Versterking van de positie van de migrant als klant, de eigen regie en rol

### Inleiding

In het stelsel voor de gezondheidszorg (de befaamde driehoek), in de gezondheidsbevordering en in de Wmo staat de cliënt/klant centraal. Cliënten kunnen zorgaanbieders stimuleren tot betere prestaties en zorgverzekeraars prikkelen tot het inkopen van een goed aansluitend aanbod. In Nederland zijn we in zijn algemeenheid al aardig op weg om de invloed van cliënten te versterken. Bij allochtone cliënten valt hierop echter nog veel winst te behalen. Ook hier is de insteek 'algemeen waar mogelijk, specifiek waar nodig'. Juist bij het weerbarstige proces van verbeteren van preventie en zorg voor migranten, is het van belang de pullfactor van de migrant als klant optimaal te benutten. Onze inschatting is dat dit proces een impuls kan gebruiken.

Migranten kunnen meer uitgedaagd worden om hun positie in te nemen en hun rol als klant in het stelsel te spelen. Het is hun eigen verantwoordelijkheid om die rol te pakken en hun vraag te articuleren naar aanbieders en verzekeraars; een extra stimulans daarbij lijkt echter gewenst.

Daarnaast ligt het voor de hand om de eigen rol van migranten in gezondheidsbevordering te versterken, zoals we dat bij alle burgers in Nederland stimuleren.

### 1 Maak de patiëntervaringen en klanttevredenheid van allochtone klanten zichtbaar

Bestaande patiëntervarings- en klanttevredenheidsonderzoeken leveren met name gegevens op over autochtone cliënten. Aanbieders/zorgverleners worden

hierdoor weinig geconfronteerd met hoe allochtone cliënten hun aanbod waarderen. Een belangrijke oorzaak hiervan is dat het instrumentarium waarmee doorgaans patiëntervaringen en -wensen gemeten worden veelal niet goed aansluit bij allochtone Nederlanders. Dat blijkt ook uit een recent uitgevoerd onderzoek over de werking van de cq-index bij allochtonen. De respons van allochtonen bleek veel lager dan die van autochtonen. De onderzoekers constateren dat het instrumentarium aangepast moet worden.

Dit is niet per definitie heel gecompliceerd. Uit initiatieven die door Pharos en anderen zijn genomen blijkt dat vrij gemakkelijk een beeld gekregen kan worden van de ervaringen en de tevredenheid in allochtone kring. Het enthousiasme waarmee men bijvoorbeeld participeert in onderzoeken hiernaar is opvallend groot. Het betreft hier wel alternatieve en meer outreachende aanpakken. De participatie van allochtone Nederlanders in cliëntenraden en raden van toezicht kan eveneens bijdragen aan het zichtbaar maken van ervaringen, tevredenheid en zorgvraag van deze burgers. Instellingen kunnen zich hierbij meer uitnodigend opstellen. Migrantenorganisaties op hun beurt kunnen het belang hiervan onder de aandacht van de achterban brengen.

#### *Voorstel*

- Faciliteer een programma voor het aanpassen van instrumentarium en methodes waarmee ook patiëntervaringen en klanttevredenheid van allochtone klanten onderzocht kunnen worden, zodat ze mede sturing kunnen geven aan kwaliteitsverbetering.
- Laat de cq-index en andere benchmarkinstrumenten hierop aanpassen.
- Stimuleer de participatie van migranten in cliëntenraden en raden van toezicht.
- Stel als norm richting aanbieders:
  - dat klanttevredenheids- en patiëntervaringsonderzoeken representatief zijn voor de hele bevolking en dat zij transparant zijn over de uitkomsten op dit terrein voor allochtone Nederlanders;
  - stimuleer dat uitkomsten van deze onderzoeken op termijn vergelijkbaar zijn met die van autochtonen.

## **2 Vul kwaliteitsnormen voor goede en verantwoorde zorg aan en maak zichtbaar hoe men hierop scoort**

De kwaliteitscriteria en normen voor verantwoorde zorg waarmee gewerkt wordt in de wereld van cure, care en preventie zouden aangevuld moeten worden met criteria rondom diversiteit. Dat vergroot hun gebruikswaarde. Dit geldt eveneens voor zorgstandaarden voor chronisch zieken. Hierbij kan worden aangesloten bij het wettelijk kader dat wordt geboden door de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG).

Allochtone patiëntenorganisaties en de NPCF kunnen en willen een rol spelen in het aanvullen van de criteria.

De kwaliteitscriteria dienen een driedelig doel. Ten eerste kunnen aanbieders van zorg en preventie zichtbaar maken (onder andere op [kiesBeter.nl](http://kiesBeter.nl)) hoe zij op deze criteria presteren, zodat migranten dit bij hun keuze voor aanbieders kunnen betrekken.

Ten tweede kunnen verzekeraars en gemeenten de criteria hanteren voor het inkopen van passende zorg. Hierbij moet gedacht worden aan een eenvoudige checklist van zaken waarop zij bij de inkoop van zorg en voorzieningen kunnen letten.

Ook de Inspectie zou in haar toezichthoudende rol baat kunnen hebben bij een beperkt aantal goed hanteerbare criteria. Zij kunnen die meenemen in de algemene beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en uitkomsten van preventie en zorg van diverse instellingen en voorzieningen.<sup>50</sup>

#### *Voorstel*

- Faciliteer een programma waarbinnen kwaliteitscriteria aangevuld worden, in samenwerking met migranten en patiëntenorganisaties.
- Stel als norm:
  - dat kwaliteitsnormen standaard inclusief zijn; criteria rondom diversiteit/ethniciteit maken hier dus onderdeel van uit;
  - dat aanbieders zichtbaar maken hoe zij hierop presteren, onder andere op [kiesBeter.nl](http://kiesBeter.nl).

### **3 Versterk rol naar zorgverzekeraars en gemeenten**

Gegeven het feit dat allochtone cliënten 20% van de potentiële verzekerden zijn, kunnen zij verzekeraars prikkelen tot een beter aansluitend aanbod en het contracteren van aanbieders die hier beleid op hebben en goed presteren. Hiermee nemen zij ook zelf meer regie en verantwoordelijkheid voor het ontvangen van cliëntgerichte zorg.

Eenzelfde redenering geldt voor de inkopers van Wmo-voorzieningen en gezondheidsbevordering, de gemeenten. Ook gemeenten kunnen door allochtone burgers gestimuleerd worden de Wmo- en preventievoorzieningen toegankelijk en passend te laten zijn bij de behoeften van dit deel van hun inwoners.

#### *Voorstel*

- Faciliteer een project waarin nieuwe Nederlanders ondersteund en gefaciliteerd worden om deze rol te nemen. Zorg dat er podia worden georganiseerd waarop zij gaan 'onderhandelen' met verzekeraars en met gemeenten in gesprek gaan.
- Stel als norm dat verzekeraars en gemeenten zorg, preventie en Wmo-voorzieningen inkopen die effectief zijn voor alle burgers, dus ook voor allochtone klanten/inwoners en laat dit zichtbaar worden.



#### 4 Versterken rol migrant bij gezondheidsbevordering

In het algemeen geldt dat bij preventie van gezondheidsproblemen de rol van betrokkenen zelf een belangrijke succesfactor is. Het ligt dus voor de hand om ook bij nieuwe Nederlanders hierin te investeren. Dit sluit aan bij de behoefte van veel migranten om hun eigen gezondheid te bevorderen.

Het is hierbij van belang aan te sluiten bij activiteiten die migranten zelf al ondernemen en die de toekomst hebben zoals gezondheidsbevordering via internet en eigen tv-kanalen.

De GGD-en kunnen bij gezondheidsbevordering migrantenorganisaties een grotere rol geven.

##### *Voorstel*

- Stimuleer dat gezondheidsbevordering door migranten zelf versterkt wordt, evenals zelfmanagement en *health literacy*.
- Benut hierbinnen beter de door migranten gebruikte media (tv, radio en internet).
- Stel als norm dat gezondheidsbevorderende interventies van GGD-en en anderen migranten evengoed bereiken als autochtonen.

##### **Draagvlak**

De NPCF heeft aangegeven bovenstaande positief te ondersteunen en hieraan bij te willen dragen. Ook bij migranten(organisaties), zorgverzekeraars en de Inspectie lijkt de tijd rijp voor een dergelijke aanpak.

---

**47** Ook uit een onderzoek van het CGL bleek dat er behoefte is aan programma's op het terrein van psychische gezondheidsbevordering in zijn algemeenheid en voor lage-ses-groepen en allochtonen in het bijzonder.

**48** Onder andere: Grip op je dip; Lichte dagen donkere dagen; Mentaal vitaal; Kleur je leven; Bewegen op recept; Big Move; Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid.

**49** Programma *Actiz geeft kleur aan de zorg*

**50** De Inspectie voor de Jeugdzorg heeft belangstelling voor het ontwikkelen van geschikte criteria.



# Nawoord

In deze notitie pleiten we ervoor de focus in de vervolgaanpak van verbeteren van preventie en zorg voor nieuwe Nederlanders bij genoemde twee trajecten te leggen.

Dat laat onverlet dat er nog andere zaken zijn die belangrijk zijn om aan te pakken of mee door te gaan. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de verbetering van beroepsopleidingen en nascholing. De ambitie van deze notitie is echter niet het bieden van een totaalaanpak. Het is juist een pleidooi voor het in gang zetten van een beperkt aantal acties die het proces versnellen en duurzame effecten teweeg brengen.

Het risico van het pleidooi om interculturalisatie te benaderen als een gewoon vraagstuk van kwaliteit van zorg en preventie, is dat men denkt dat er geen extra inspanningen en beleid nodig zijn. In de notitie hebben we onderbouwd dat dit wel degelijk nodig is.

Pas recent wordt meer de relatie gelegd tussen gezondheid en integratie. Wij pleiten voor meer aandacht hiervoor. In het beleid rondom gezonde wijken wordt deze relatie wél gelegd. Met het voorstel in deze notitie voor meerjarenprogramma's in wijken sluiten we hierbij aan.

Pharos heeft met veel plezier en motivatie aan deze studie en notitie gewerkt. Tot slot willen we hier een woord van dank richten aan iedereen die hieraan heeft bijgedragen: medewerkers van Pharos, externe deskundigen, professionals en migranten die we geraadpleegd hebben, voortrekkers op het terrein van interculturalisatie, de klankbordgroepen en de adviesraad van Pharos. Hun inbreng en adviezen zijn van grote waarde geweest.

*Pharos, februari 2010*



# Bijlage 1 Demografische gegevens

## **Verdeling autochtonen, westerse en niet westerse allochtonen**

In Nederland leven ruim 3,2 miljoen allochtonen; zij vormen bijna 20 % van de bevolking. De totale groep allochtonen van 20 % is te onderscheiden in westerse allochtonen (9%) en niet-westerse allochtonen (11%). In Tabel 2 is deze onderverdeling en de toename van de diverse categorieën vanaf 1996 tot 2009 weergegeven.

De grootste groepen niet westerse allochtonen zijn afkomstig uit Turkije, Marokko, Suriname, de Nederlandse Antillen en Aruba (Tabel 3).

Daarnaast is er een grote groep zogenaamde ‘overige niet westerse allochtonen’. Deze groep vormt een derde van de niet westerse allochtonen en hun aantal stijgt de komende jaren. De groep ‘overige niet westerse allochtonen’ kent een grote diversiteit in landen van herkomst. De vijftien grootste groepen in deze categorie staan vermeld in Tabel 4.

## **Grote steden**

In de grote steden is het aandeel allochtonen groot. In de G4 (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht) is 50% van de jeugd van allochtone afkomst. In Amsterdam, Rotterdam en Den Haag is één op de drie inwoners van niet-westerse allochtone afkomst. In Utrecht is dat één op de vijf. Ongeveer 40% van de niet westerse allochtonen woont in de G4 of in Almere.

Meer dan een derde van de niet westerse allochtonen is geboren en getogen in Nederland, de zogenaamde tweede generatie: dit geldt bijvoorbeeld voor 33% van de ‘overige niet westerse’ migranten, 45% van de Marokkanen en 50% van de Surinamers (Planbureau voor de leefomgeving, 2008).

## Vluchtelingen

Ongeveer 136.000 van de 1,8 miljoen niet-westerse allochtonen zijn erkende vluchtelingen (Engelhard 2007).

Naast deze migranten met verblijfsvergunning verblijven in Nederland ongeveer 20.000 asielzoekers in de asielopvang ([www.coa.nl](http://www.coa.nl)). Een derde van hen is jonger dan twintig jaar. Ongeveer 35% is vrouw. De meesten komen uit Somalië, Irak, Afghanistan, Iran of de voormalige Sovjet-Unie. Naar schatting verblijven er 24.000 (ex-) alleenstaande minderjarige asielzoekers in Nederland. (RIVM 2006).

Daarnaast zijn er naar schatting 75.000 tot 185.000 illegalen; migranten die langer dan vier maanden in Nederland verblijven zonder geldig verblijfsdocument (van der Heijden, 2005). De meesten van hen zijn arbeidsmigranten die om economische redenen naar Nederland zijn gekomen, vooral uit Noord-Afrika en Oost-Europa. Dit zijn overwegend mannen tussen de 20 en 40 jaar. Vrouwelijke illegalen zijn in het algemeen jonger en komen vaker uit Latijns-Amerika en Azië.

## Prognose

Over 16 jaar (2025) zullen er 2,2 miljoen niet-westerse allochtonen zijn, zo'n 400.000 meer dan nu. Zij maken dan ongeveer 13% uit van de totale populatie. Deze toename komt met name door de groei van de tweede generatie. In 2025 zal het aandeel 'overige niet-westerse allochtonen' groter zijn dan nu. Hun leeftijdsopbouw en spreiding over Nederland zal dan ook veranderd zijn. Het aantal niet-westerse allochtone ouderen zal fors toenemen. In 2007 bedroeg het aandeel 55-plussers binnen de groep niet-westerse allochtonen nog 9%, in 2025 zal dat bijna 19% zijn. Er zullen dan ruim 400.000 niet-westerse allochtone ouderen zijn. Tegelijkertijd zal het aandeel kinderen binnen de groep iets kleiner worden. In 2007 was 35% jonger dan 20 jaar, in 2025 zal dat 25% zijn.

In 2025 zal nog 30% van de niet-westerse allochtonen in de G4 of Almere wonen (nu is dat 40%). De niet-westerse allochtonen raken dus meer verspreid over Nederland en vertrekken steeds meer uit de Randstad. In de vier grote gemeenten wordt een lichte daling van het aantal allochtonen verwacht. Dit komt met name door een afname van het aandeel Surinamers: zij zullen naar verwachting verhuizen naar de randgemeenten. In 2025 zal het aandeel niet-westerse allochtonen in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag iets minder dan 30% zijn en in Utrecht minder dan 20% (Planbureau voor de leefomgeving, 2008).

## Sociaal economische positie

De sociaal economische positie van niet-westerse allochtonen is over het algemeen minder goed dan die van autochtonen, hoewel er grote individuele verschillen zijn en verschillen tussen de groepen. Zo is de sociaal economische

positie van Surinamers en Antillianen gemiddeld genomen beter dan die van Turken en Marokkanen. Oudere allochtonen leiden 7 maal vaker armoede dan autochtone ouderen.

Turken en Marokkanen van de eerste generatie spreken vaak slecht Nederlands. Voor de vrouwen geldt dit nog meer dan voor de mannen (Schellingerhout, 2004).

Ongeveer 90% van de niet-westerse 55-plussers heeft taalhelp nodig bij een bezoek aan de huisarts. Tweederde van de Marokkaanse en eenderde van de Turkse oudere vrouwen is analfabeet.

Migranten zonder geldige verblijfsdocumenten kunnen geen legaal betaalde arbeid verrichten of een woning huren en zij hebben geen recht op het afsluiten van een ziektekostenverzekering. De meesten van hen hebben dan ook financiële problemen en huisvestingsproblemen.

### **Leeftijdsopbouw**

Niet-westerse allochtonen zijn over het algemeen relatief jong. Dit geldt met name voor de tweede generatie; deze is met gemiddeld 14,6 jaar nog erg jong. De eerste generatie is gemiddeld bijna 40 jaar oud.

Niet westerse allochtonen zijn veel minder sterk vergrijsd dan autochtonen en westerse allochtonen. Van de autochtonen en westerse allochtonen is een op de zes 65 jaar of ouder. Bij niet-westerse allochtonen is dit ongeveer een op de dertig (Jaarrapport Integratie 2008).

Tabel 1 **Leeftijdopbouw van de bevolking, 1 januari 2008**

	0–19 jaar	20–64 jaar	65 jaar of ouder	Gemiddelde leeftijd
	%	%	%	Jaar
<b>Totaal</b>	24,0	61,3	14,7	39,7
<b>Turken</b>	36,6	59,5	3,9	28,7
<b>Marokkanen</b>	41,3	54,7	4,1	26,9
<b>Surinamers</b>	29,1	65,7	5,2	33,1
<b>Antillianen/Arubanen</b>	34,6	62,5	3,0	29,3
<b>Overig niet-westers</b>	37,0	61,1	1,9	27,7
<b>w.o. Chinezen</b>	27,7	68,1	4,1	30,1
<b>Irakezen</b>	37,3	60,2	2,4	28,3
<b>Afghanen</b>	41,4	56,2	2,4	26,7
<b>Iraniërs</b>	26,3	70,8	2,9	32,6
<b>Totaal niet-westers</b>	35,7	60,8	3,5	29,0
<b>w.o. eerste generatie</b>	8,7	85,4	5,9	39,7
<b>Tweede generatie</b>	72,5	27,3	0,3	14,6
<b>Totaal westers</b>	17,7	66,4	15,9	42,0
<b>Autochtonen</b>	23,1	60,8	16,1	40,9

Bron: Jaarrapport Integratie 2008

Tabel 2 **Bevolking: herkomst groeperingen**

Herkomst groepering	Totaal bevolking		Allochtoon		Autochtoon		Totaal niet-westerse allochtonen		Totaal westerse allochtonen	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
<b>2009</b>	16.485.787		3.287.706	19,9	13.198.081	80,1	1.809.310	11,0	1.478.396	9,0
<b>2008</b>	16.405.399		3.215.416	19,5	13.189.983	80,0	1.765.730	10,7	1.449.686	8,8
<b>2005</b>	16.305.526		3.122.717	18,9	13.182.809	80,0	1.699.042	10,3	1.423.675	8,6
<b>2000</b>	15.863.950		2.775.302	16,8	13.088.648	79,4	1.408.767	8,5	1.366.535	8,3
<b>1996</b>	15.493.889		2.498.715	15,2	12.995.174	78,8	1.171.113	7,1	1.327.602	8,1

Bron: CBS 1 januari 2009

Tabel 3 Vier grootste bevolkingsgroepen (niet westerse allochtonen)

Herkomst groepering	Totaal bevolking		Marokko		Nederlandse Antillen en Aruba		Suriname		Turkije	
	Periodes	Aantal	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
2009	16.485.787	341.528	2,1	134.774	0,8	338.678	2,1	378.330	2,3	
2008	16.405.399	335.127	2,0	131.841	0,8	335.799	2,0	372.714	2,3	
2005	16.305.526	315.821	1,9	130.538	0,8	329.430	2,0	358.846	2,2	
2000	15.863.950	262.221	1,6	107.197	0,7	302.514	1,8	308.890	1,9	
1996	15.493.889	225.088	1,4	86.824	0,5	280.615	1,7	271.514	1,6	

Bron CBS: 1 januari 2009

Tabel 4 Overige niet-westerse allochtonen: de 15 grootste groepen

Land van herkomst	Aantal	Land van herkomst	Aantal
China	50.377	India	19.297
Irak	49.202	Vietnam	18.913
Afghanistan	37.709	Pakistan	18.579
Iran	30.613	Hongkong	18.201
Somalië	21.798	Zuid-Afrika	16.739
Kaapverdië	20.669	Brazilië	16.035
Egypte	19.976	Filippijnen	15.363
Ghana	19.733		

Bron CBS: 1 januari 2009

Tabel 5 Totaalcijfers

Herkomst groepering	Totaal niet-westerse allochtonen		Totaal grootste vier groepen		Overige niet- westerse allochtonen	
	Periodes	Aantal	Aantal	%	Aantal	%
2009	1.809.310	1.193.310	66,0	616.000	34,0	

Bron CBS: 1 januari 2009



# Bijlage 2 Gezondheidsverschillen

## Specifiek bij migranten voorkomende aandoeningen

Onder migranten komen een aantal ziekten voor die onder autochtone Nederlanders niet voorkomen, zoals bepaalde vormen van bloedarmoede (sikkelcelziekte en hemoglobinopathieën), ziekte van Bechet, familiale mediterrane koorts, Chagras disease. Vitamine D-deficiëntie zien we eveneens bijna alleen onder allochtonen.

## Ziektelast en chronische ziekten

Niet-westerse allochtonen zijn vaker en langduriger ziek dan autochtone Nederlanders: hun totale ziektelast ligt ongeveer 22% hoger. Driekwart van dit verschil wordt verklaard door een tiental ziekten, waarvan Diabetes Mellitus de belangrijkste is: die komt bij allochtonen 3,5 keer vaker voor dan onder autochtonen. De rest van het verschil wordt verklaard door het vaker voorkomen van astma, ongelukken en geweld, angststoornissen, schizofrenie, gezichtsstoornissen, reumatoïde artritis en artrose.

Kanker komt minder vaak voor onder deze groep. Dat zal in de komende jaren veranderen omdat de groep niet-westerse allochtonen vergrijst en omdat op termijn door veranderingen in leefstijl (roken, voeding) de kans op kanker onder allochtonen vergelijkbaar wordt met die van autochtonen. Leverkanker komt juist veel vaker voor onder allochtonen.

Angststoornissen, beroerte, coronaire hartziekten, depressie en diabetes zijn de aandoeningen met de grootste ziektelast onder niet-westerse allochtonen.

## Positieve verschillen

Er zijn ook positieve gezondheidsverschillen. De meeste allochtonen gebruiken minder alcohol en roken minder (uitgezonderd Turkse mannen en Surinamers).<sup>51</sup> De verschillen op dit terrein worden echter kleiner naarmate mi-



grantenjongeren de westerse leefstijl meer aannemen.<sup>52</sup>

Kanker komt minder vaak voor met uitzondering van leverkanker. Daarnaast hebben Marokkaanse mannen een lagere sterftekans.<sup>53</sup>

### **Infectieziekten**

Onder de eerste generatie niet-westerse allochtonen komen bepaalde infectieziekten, die zij mee hebben gebracht uit in hun land van herkomst, vaker voor: tbc (10 keer vaker), HIV (4 x vaker dan autochtonen), hepatitis B, hepatitis C, helicobacter pylori (2 keer vaker). Illegalen hebben ten gevolge van hun slechte leefomstandigheden een nog veel grotere kans op tbc, zo blijkt uit registratie van de GGD Amsterdam.

### **Reproductieve gezondheid**

Allochtone vrouwen lopen meer kans op onbedoelde zwangerschap en kiezen vaker voor abortus. Uit cijfers van de Rutgers Nisso Groep (2006) blijkt dat per duizend vrouwen gemiddeld vijf autochtonen (0,5%) in de leeftijd van 15 tot en met 44 jaar abortus laten plegen als ze zwanger zijn. Bij Turkse en Marokkaanse vrouwen komt abortus vier keer zo vaak voor (2%), bij vrouwen uit Midden- en Zuid-Amerika, Afrika, Suriname en de Antillen tien keer (5%).

Het abortuscijfer bij asielzoeksters was in 2006 15,3 per 1000 vrouwen (15-44 jaar). Het abortuscijfer is het hoogst in de leeftijdsgroep 15-19 jaar (23,5 per 1000 per jaar). Dit betreft vooral vrouwen uit Centraal Afrika en het merengebied, West Afrika, Centraal Azië en Oost Azië.<sup>54</sup> Bij AMA's is sprake van een extreem hoog zwangerschapspercentage van 45 procent.<sup>55</sup>

In het onderzoek van Schoevers onder 100 illegale vrouwen, had 50% een abortus ondergaan (van den Muijsenbergh 2009).

soA's komen 4-5 keer vaker voor onder Surinaamse en Antilliaanse jongens. Ook Turkse jongeren hebben iets vaker een soA dan autochtone Nederlanders.

De zuigelingensterfte onder niet westerse allochtonen is gemiddeld 30% hoger dan onder autochtone Nederlanders. Dit hangt waarschijnlijk samen met een ongezonde leefstijl, minder gebruik van verloskundige zorg (met name onder illegalen) en minder prenatale diagnostiek. De kans op congenitale aandoeningen is slechts licht verhoogd, ook bij neef -niet huwelijken.

### **Psychische aandoeningen**

Depressie en angststoornissen maken deel uit van de chronische aandoeningen die de grotere ziektelast onder allochtonen veroorzaken. Zo komt depressie zeer veel vaker voor onder Turkse en Marokkaanse ouderen dan onder autochtone ouderen. Angststoornissen komen onder Turkse volwassenen iets vaker voor dan onder autochtone Nederlanders (Bekker 2008).

Posttraumatische stresstoornis komt veel voor onder asielzoekers (28%) en vluchtelingen (11%) (Bekker 2008). Alleenstaande minderjarige asielzoekers

hebben een 10 keer zo grote kans op een Posttraumatische stresstoornis dan autochtone jongeren.

Illegalen hebben veel angst- en stressklachten die toenemen met de duur van het verblijf (Burgers 1996).

Zelfmoord komt vaker voor onder allochtone jongeren, dan onder autochtone jongeren.

Schizofrenie komt 6 keer vaker voor onder 1e generatie Marokkaanse mannen dan onder autochtone Nederlanders. Ook Surinamers en Antillianen leiden vaker aan schizofrenie (RIVM Nationaal kompas 2008).

### Het oordeel van migranten zelf over hun gezondheid

Migranten vinden zichzelf ongezonder dan andere Nederlanders, hoewel de onderlinge verschillen groot zijn. De slecht ervaren gezondheid geldt des te sterker voor vluchtelingen, asielzoekers en illegalen. Chronische stress en slecht psychosociaal welbevinden zijn belangrijke factoren hierbij. Het percentage migranten en vluchtelingen dat de eigen gezondheid als slecht waardeert is 2,5 keer groter dan dat van de autochtone Nederlanders.

Migranten en vluchtelingen uit Turkije, Afghanistan, Iran en Irak rapporteren het vaakst een slechte gezondheid (Lindert 2006).<sup>56</sup> Voor Turkse en Marokkaanse migranten geldt dat hun gezondheidsachterstand aanwezig blijft ook al zijn ze al 20 jaar in Nederland.

---

<sup>51</sup> CBS 2008b

<sup>52</sup> Kunst 2008

<sup>53</sup> RIVM 2008

<sup>54</sup> Goosen, S., *Abortus onder asielzoekers in de centrale opvang. Registratie door de Medische Opvang Asielzoekers over de periode augustus 2004-september 2005* (2006). Utrecht: GGD Nederland.

<sup>55</sup> Mubarak, J. & Lathouwers, I. *Epidemiologisch onderzoek naar de zwangerschap van AMA meisjes op twee locaties in Brabant en Zeeland* (2006). Tilburg: Stichting MOA Brabant en Zeeland.

<sup>56</sup> Lindert, H., Droomers, M. & Westert, G.P. (2006). *Tweede nationale studie naar de ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde gezondheid en zorggebruik*. Bilthoven, Utrecht: RIVM, NIVEL.



# Literatuur

- Actiz (2009) *Programmaplan Actiz geeft kleur aan de zorg 2009-2011*.
- Alderliesten, M.E., Stronks, K., Lith, J.M. van, Smit, B.J., Wal, M.F. van der, Bonsel, G.J. & Bleker, O.P. (2008). *Ethnic differences in perinatal mortality. A perinatal audit on the role of substandard care*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 138(2), 164-170.
- Bean, T. (2007). Ingrijpende gebeurtenissen. In: D. Engelhard (red.), *Met kennis van feiten. Vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid in cijfers*, pp. 74-76. Utrecht: Pharos.
- Beekhoven, S., Ince, D., Kalthoff, H. & Vegt, A.L. van der (2008). *Inventarisatie programma's en interventies voor ontwikkelingsstimulering en opvoedings-ondersteuning voor allochtone kinderen en hun ouders – concept rapport*. Utrecht: Sardes/Nederlands Jeugdinstituut.
- Bekker, M. & Mens-Verhulst, J. van (2008). *GGZ en Diversiteit: prevalentie en zorgkwaliteit. Programmeringsstudie in het kader van het ZonMw programma 'Etniciteit en gezondheid'*. Den Haag: ZonMw
- Bloemen, E. (2007). Vluchten en psyche. In: D. Engelhard (red.), *Met kennis van feiten. Vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid in cijfers*. Utrecht: Pharos.
- Bos, G. et al. (2007). *Etnische verschillen in diabetes, risicofactoren voor hart- en vaatziekten en zorggebruik. Resultaten van de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2004*. Bilthoven: RIVM.
- Brand, J. van den & Devillé, W. (2007). *Gezondheid: slechter of beter ervaren?* In: D. Engelhard (red.), *Met kennis van feiten. Vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid in cijfers*. Utrecht: Pharos.
- Broek, L. van den, Jong, A. de, Duin, C. van, Huis, M. van, Boschman, S. & Agtmaal-Wobma, E. van (2008). *Regionale bevolkings-, allochtonen- en huishoudensprognose 2007-2025*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving/

- Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Brussaard, J.H. et al. (2001). *Nutrition and health among migrants in the Netherlands*. In: Public Health Nutrition, 4(2B), 659-664.
- Buiting H.M. et al. (2008). *A comparison of physicians' end-of-life decision making for non-western migrants and Dutch natives in the Netherlands*. European Journal of Public Health, 18(6), 681-687.
- Burgers, J. & Engbersen, G. (1999). *De ongekende stad. Illegale vreemdelingen in Rotterdam*, p. 330-331. Amsterdam: Boon.
- CBS (2008a). *Gezondheid en zorg in cijfers*. Den Haag: CBS.
- CBS (2008b). *Jaarrapport Integratie 2008*. Den Haag: CBS.
- CBS Statline, Allochtonen en autochtonen per 1 januari, 2007-2050.  
<http://statline.cbs.nl/02-09-2009>
- Chimienti, M. (2007). *Migration and Health: National policies compared*. In: Ana Fernandes (eds.), *Health and Migration in the EU. Challenges for health in the age of migration*, p. 15-25. Lissabon: European Council.
- Courtenay, W.H., McCreary, D.R. & Merighi, J.R. (2002). *Gender en ethnic differences in health beliefs and behaviours*. Journal of Health Psychology, 2002
- Dagevos, J. & Dagevos, H. (2008). *Minderheden meer gewicht. Over overgewicht bij Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen en het belang van integratiefactoren*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dorselaer, S. van, Zeijl, E., Eekhout, S. van den, Ter Bogt, T. & Vollebergh, W. (2007). *HBSC 2005 Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Engelhard, D. (2007). *Migratie en gezondheid: achtergrond en theorie*. In: D. Engelhard (red.), *Met kennis van feiten. Vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid in cijfers*. Utrecht: Pharos.
- Fassaert, T., Wit, M.A.S. de, Tuinebreijer, W.C., Verhoeff, A.P., Beekman, A.T.F. & Dekker, J. (2008). *Perceived need for mental health care among non-western labour migrants*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, Sep 11.
- Finch, B.K., Frank, R. & Vega, W.A. (2004). *Acculturation and acculturation stress: a social-epidemiological approach to Mexican migrant farm workers' health*. International Migration Review, 2004.
- Garssen, J. & Meulen, A. van der (2007). *Overlijdensrisico's naar herkomstgroep: daling en afnemende verschillen*. Bevolkingstrends, 4, 56-72.
- Gerritsen, A., Ploeg, H. van der, Devillé, W. & Lamkaddem, M. (2005). *Gevlucht-Gezond? Een onderzoek naar de gezondheid van en het zorggebruik door asielzoekers en vluchtelingen in Nederland*. Amsterdam/Utrecht: VUmc, Nivel.
- Gerritsen, A.A.M. et al. (2006). *Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in the Netherlands*. European Journal of Public Health, 16(4), 394-399.
- GGZ Nederland (2001). *Actieplan Interculturalisatie GGZ*
- Graaff, F.M. de & Francke, A.L. (2003). *Home care for terminally ill Turks and Moroccans and their families in the Netherlands; carers' experiences and factors*

- influencing ease of access and use of services*. International Journal of Nursing Studies, 40, 797-805.
- Graaff, F.M. de, Hasselt, T. van & Francke, A.L. (2005). *Thuiszorg voor terminale Turkse en Marokkaanse patiënten, ervaringen en opvattingen van naasten en professionals*. Utrecht: Nivel.
- Hamberg-van Reenen, H.H., Meeteren-Schram, M.T. van, Heus, S.M. & Baan, C.A. (2008). *Diabetesinterventies in kaart. Inventarisatie van diabetesinterventies op het terrein van preventie en zorg in Nederland*. Bilthoven: RIVM.
- Harmsen, J.A.M. (2003). *When cultures meet in medical practice* (proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam).
- Harmsen, J.A.M., Bernsen, R.M.D., Bruijnzeels, M.A. & Meeuwesen, L. (2008). *Patients' evaluation of quality of care in general practice: what are cultural and linguistic barriers?* Patient Education and Counselling, 72, 155-162.
- Heijden, P.G.M van der, Gils, G. van, Cruijff, M. & Hessen, D. (2005). *Een schatting van het aantal in Nederland verblijvende illegale vreemdelingen in 2005*. Utrecht: Onderzoekscentrum IOPS/Universiteit Utrecht.
- Herweijer, L. (2008). *Gestruikeld voor de start. De school verlaten zonder startkwalificatie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Hollander, A.E.M. de, Hoeymans, N., Melse, J.M., Oers, J.A.M. van & Polder, J.J. (red.). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Bilthoven: RIVM.
- Hosli, E.J., Cinibulak, L. & Pal-de Bruin, K.M. van der (2005). *Meningen over en behoefte aan preconceptie advisering van allochtone vrouwen: een focusgroep onderzoek*. Leiden: TNO.
- Ingen, E. van, Haan, J. en Duimel, M. (2007). *Achterstand en afstand. Digitale vaardigheden van lager opgeleiden, ouderen, allochtonen en inactieven*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Jeugd en Gezin (2008). *Beleidsbrief Diversiteit in het jeugdbeleid*.
- Knipscheer, J.W. et al. (2000). *Ghanaian migrants in the Netherlands: general health, acculturative stress and utilization of mental health care*. Journal of Community Psychology, 28(4), 459-476.
- Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2004). *A need for ethnic similarity in the therapist-patient interaction? Mediterranean migrants in Dutch mental-health care*. Journal of Clinical Psychology, 60(6), 543-554.
- Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2005). *Migranten in de GGZ: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. URL publisher: www.nvvp.net
- Kraus, U & Zevalkink, J (2009), *Overeenkomsten en verschillen tussen allochtone en autochtone patiëntengroepen*. Tijdschrift voor Psychotherapie, jaargang 35 nummer 2.
- Kromhout, M.H.C., Wubs, H. & Beenackers, E.M.Th. (2008). *Illegaal verblijf in Nederland. Een literatuuronderzoek*. Den Haag: wOdc (Cahier 2008-3).
- Kunst, A. et al. (2007). *Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003. Een verkenning van verschillen naar sociaaleconomische positie,*

- samenlevingsvorm en land van herkomst. Bilthoven: RIVM.
- Kunst, A., Mackenbach, J., Lamkaddem, M., Rademakers, J. & Devillé, W. (2008). *Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland*. Studie in opdracht van ZonMw.
- KWF Kankerbestrijding (2006). *Allochtonen en kanker. Sociaal-culturele en epidemiologische aspecten*.
- Laar, J.J. van, Grishchenko, M., Wouwe, J.P. van & Stronks, K. (2007). *Ethnic differences in the timely diagnosis of children with Type 1 diabetes mellitus in the Netherlands: clinical presentation at onset*. *Diabetic Medicine*, 24(3), 296-302.
- Laban, C. et al. (2005). *Invloed van de duur van de asielprocedure op de prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Iraakse asielzoekers in Nederland*. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 47(11), 743-752
- Lindert, H. van, Droomers, M. & Westert, G.P. (2004). *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in gerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik*. Utrecht/Bilthoven: RIVM/Nivel.
- Manna, D.R. (2006). *Standardisation in a multi-ethnic world: a paradox? The validity of guidelines in the treatment of patients with different ethnic backgrounds* (proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam).
- Mertens, H. & Zwet, R. van der (2008). *Het versterken van de maatschappelijke participatie van oudere migranten*. Utrecht: Movisie.
- Meyers, K. (2007). *Issue brief: Racial and ethnic health disparities*. Oakland: Kaiser permanent institute for health policy.
- Muijsenbergh, M. van den, Schoevers, M. & Lagro-Janssen, T. (2006). *Health and access to health care for female illegal immigrants in Dutch cities and the practicability of a patient held medical record for these women and their general practitioners*. BFI2.3 abstract book WONCA Europe 2006, Florence p.27. Occhio Clinico, supplement to n6 6, september 2006).
- NIGZ (2008). *De effecten van voorlichting in de eigen taal en cultuur in beeld. Resultaten van twintig jaar inzet van voorlichters eigen taal en cultuur en allochtone zorgconsulenten in de lokale gezondheidsbevordering en zorg*. Utrecht: NIGZ.
- Oort, F.V.A. van, Ende, J. van der, Crijnen, A.M., Verhulst, F.C., Mackenbach, J.P. & Joung, I.M.A. (2006). *Determinants of daily smoking in Turkish young adults in the Netherlands*. *BMC Public Health*, 6, 294.
- Oort, F.V.A. van et al. (2007). *Ethnic disparities in mental health and educational attainment: comparing migrant and native children*. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(6), 514-525.
- Oort, M. van, Kulu Glasgow, I., Weide, M. & Bakker, D. de (2001). *Gezondheidsklachten van illegalen. Een landelijk onderzoek onder huisartsen en spoedeisende hulpafdelingen*. Utrecht: Nivel.
- Pharos (2007). *Beleidsnotitie Centra voor Jeugd en Gezin: 'aandachtspunten om de toegankelijkheid en effectiviteit voor allochtone jeugd en ouders te bevorderen en waarborgen'*. Utrecht: Pharos.

- Pharos (2008). *Betrekken van allochtone ouders bij de sociale vaardigheidstraining van hun kind. 'Wat werkt en wat niet'*. Onderzoeksrapport. Utrecht: Pharos.
- Planbureau voor de Leefomgeving (2008). *Regionale bevolkings-, allochtonen- en huishoudensprognose 2007-2025*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Poort E.C, Spijker J, Dijkshoorn H, Verhoeff, A.P. (2001). *Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam '99-'00. Gezondheid, zelfredzaamheid en zorggebruik*. Amsterdam: GG&GD.
- Portugal, R., Padilla, B., Ingleby, D., Freitas, C. de, Lebas, J. & Miguel, P. (2007). *Good practices on health and migration in the EU*. Lissabon: DG Sanco.
- RIVM (2008). *Nationaal Kompas Volksgezondheid 2008*. www.nationaalkompas.nl.
- rvz (2000) *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*
- Schellingerhout, R. (2004). *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schellingerhout, R. (2008). Mantelzorg. In: A. van den Broek en S. Keuzenkamp (red.), *Het dagelijks leven van allochtone stedelingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schellingerhout, R. & Engelhard, D. (2007). Gezond geïntegreerd. Gezondheid van vluchtelingen in relatie met diverse achtergrondkenmerken. In: D. Engelhard (red.), *Met kennis van feiten. Vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid in cijfers*. Utrecht: Pharos.
- Schoevers, M.A., Muijsenbergh, M.E.T.C. van den & Lagro-Janssen, A.L.M. *Self-reported health problems of female undocumented immigrants. Top of iceberg. Self-rated health and health problems of undocumented immigrant women in the Netherlands, a descriptive study. Journal of Public Health Policy 2009, Vol.30,4: 409-22.*
- Schouten, B.C. & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 64, 21-34.
- Schrijvers, C.T.M. & Schoemaker, C.G. (2008). Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. Bilthoven: RIVM.
- Seeleman, C., Essink-Bot, M. & Stronks, K. (2008). *Toegankelijkheid en kwaliteit van de somatische zorg*. Literatuurstudie in opdracht van ZonMw. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum.
- Selten, J.P. & Cantor-Graae, E. (2005). Schizofrenie en migratie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2005/11, 733-742.
- Sixma, H., Hendriks, M., Boer, D. de & Delnoij, D. (2008). *Handboek CQI metingen; richtlijnen en voorschriften voor metingen met een CQI meetinstrument. Deel 1: steekproeftrekking en dataverzameling*. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg.
- Sprangers, A. & Nicolaas, H. (2008). Laagste aantal asielzoekers sinds 1998. *Bevolkingstrends*, 1, 30-31.
- Stevens, G.W.J.M & Vollebergh, W.A.M. (2008). Mental health in migrant



- children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49(3), 276-294.
- Stronks, K. & Mackenbach, J.P. (2005). Health inequalities. Evaluating the effect of policies and interventions to address the inequalities in health: lessons from a Dutch programme. *European Journal of Public Health*, 16(4), 346-353.
- Tan, N., Bekkema, N. & Ory, F. (2008). Toepasbaarheid van opvoedingsondersteuning voor Marokkaanse en Turkse gezinnen in Nederland. Leiden: TNO.
- Uiters A.H. (2007). *Primary Health Care Use among Ethnic Minorities in the Netherlands. A comparative study*, Dissertatie Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Veer, A.J.E. de, Francke, A.L. & Hutten, J.B. (2001). *Allochtonen en de thuiszorg: bereik, verrichtingen en opbrengsten*. Utrecht: Nivel.
- Verveen-Keulemans, W., Bedeaux-Nooren, T., Hoolboom, H., Voorhoeve, J., Verhoeff, J., Voogt, W., Schoenmakers, J., Graaf, F. de, Amptmeijer, W., Dijk, R. van (2005). Het OGM van 1972 tot 2005: van medische verzorging buitenlandse werknemers tot interculturele zorg. Bilt: Bureau OGM
- Vliet, K. van, Gruijter, M. de & Singels, L. (2006). *Diversiteit in participatie in gezondheidsbevordering. Verkennende studie Doelgroep Participatie allochtonen voor het programma Gezond Leven van ZonMw*. Verweij-Jonker Instituut/ NIGZ.
- Vrooman, C., Hoff, S., Otten, F. & Bos, W. (2008). *Armoedemonitor 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- vws (2006). *Kiezen voor gezond leven*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- vws (2007). *Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- vws (2008). *Naar een weerbare samenleving. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Waelput, A.J.M. & Achterberg, P.W. (2007). *Etniciteit en zorg rondom zwangerschap en geboorte: een verkenning van Nederlands onderzoek*. Bilthoven: RIVM.
- Westert, G.P., Berg, M.J. van den, Koolman, X. & Verkleij, H. (2008). *Zorgbalans 2008. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. Bilthoven: RIVM.
- Wijnhuizen, G.J. & Nauta, S.D. (2007). *Evaluatie bewegingsstimulering en valpreventie bij allochtone ouderen; een pilotstudie*. Leiden: TNO.
- Wit, M.A.S de et al. (2008). *Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups. A population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 905-912.
- ZonMw (2008a). *Signalement Etniciteit en gezondheid*. www.zonmw.nl.
- ZonMw (2008b). *ZonMw-programma Diversiteit in het jeugdbeleid. Gelijke kansen voor migrantenkinderen*.