



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Diversiteit in de Nederlandse gezondheidszorg

De migrant als klant

Devillé, W.

Publication date

2010

Document Version

Final published version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Devillé, W. (2010). *Diversiteit in de Nederlandse gezondheidszorg: De migrant als klant*. (Oratiereeks; No. 366). Vossiuspers UvA.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.



UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

Walter Devillé

Diversiteit in
de Nederlandse
gezondheidszorg

De migrant als klant

Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen

Diversiteit in de Nederlandse gezondheidszorg

Diversiteit in de Nederlandse
gezondheidszorg
De migrant als klant

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van
bijzonder hoogleraar Vluchtelingen en Gezondheid
aan de Universiteit van Amsterdam
op 4 december 2009

door

Walter Devillé

 VOSSIUSPERS UVA

Vossiuspers UvA is een imprint van Amsterdam University Press.
Deze uitgave is totstandgekomen onder auspiciën van de Universiteit van Amsterdam.

Dit is oratie 366, verschenen in de oratiereeks van de Universiteit van Amsterdam.

Omslag: Crasborn BNO, Valkenburg a/d Geul
Opmaak: JAPES, Amsterdam
Foto omslag: Carmen Freudenthal, Amsterdam

ISBN 978 90 5629 646 9
e-ISBN 978 90 4851 350 5

© Vossiuspers UvA, Amsterdam, 2010

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

‘Een Afghaanse vluchteling vertelt in een interview over haar contacten met huisartsen. In het begin was ze heel verrast, zelfs onaangenaam verrast, wanneer een arts haar vroeg wat ze zelf dacht over haar gezondheidssituatie. Ze was gewoon dat artsen vanwege hun autoriteit aan patiënten vertellen wat ze moeten doen. Door haar jaren verblijf in Nederland heeft ze het gezondheidssysteem in dit land en de mogelijke keuzes leren kennen, en nu komt ze vaak met een eigen voorstel. [...] Ze kent vele Afghaanse vluchtelingen die vinden dat ze niet serieus worden genomen door hun huisarts. [...] Ze staat echter sceptisch ten opzichte van de verhalen die ze hoort van anderen. Volgens haar blijven velen hangen in hun fysieke klachten en willen niet aannemen dat er mogelijk psychologische verklaringen voor hun klachten zijn [...]. Bij de meeste van haar landgenoten staat het consulteren van een psycholoog gelijk met gekte.

Communicatie is een belangrijk onderdeel van het probleem tussen artsen en vluchtelingen. Men begrijpt niet waar de arts het over heeft, men geeft niet aan dat men het niet begrijpt en men verlaat de praktijk met onopgeloste vragen en problemen.’

(Feldmann et al., 2007)

‘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 behandelmethoden. Zo zijn bijvoorbeeld de richtlijnen voor voeding bij diabetes alsmear beter toegelicht, los echter 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.’

(Berkum & Smulders, 2009)

*Mevrouw de Rector Magnificus,
Mijnheer de Decaan,
Leden van het College de Curatoren,
Leden van het Bestuur van Pharos,
Geachte collega's,
Vrienden en familie,*

Dit zijn natuurlijk maar een paar geselecteerde voorbeelden, maar het zijn wel signalen uit de praktijk die erop wijzen dat men er in de gezondheidszorg moeite mee heeft om aansluiting te vinden bij de 'wereld' van de migrant. Die signalen bereiken ons zowel van de kant van de zorgverlener als van de klanten in de gezondheidszorg zelf. Zorgverleners hebben het lastig in hun contacten met zorgvragers met een andere etnische achtergrond dan die van de doorsnee Nederlander. En deze zorgvragers hebben ook problemen bij het leggen van contact met de zorgverlening. Ze begrijpen niet altijd hoe de gezondheidszorg in elkaar zit, de keuzes die in de zorg gemaakt worden, en dat de patiënt als klant centraal staat in de zorgverlening. Dit zijn aspecten die niet vanzelfsprekend zijn voor migranten. Door een 'fout' antwoord, een verkeerde reactie of een gebrek aan vertrouwen kan de kwaliteit van de zorgverlening dan in het gedrang komen. Hoewel in Nederland al jaren aandacht aan dit probleem wordt besteed en er veel initiatieven zijn ontwikkeld om hierin verbetering te brengen, blijkt het toch lastig te zijn om een effectieve gezondheidszorg te ontwikkelen waarin de migrant als klant centraal staat.

Daarom wil ik het met u dan ook hebben over de relatie tussen de gezondheidszorg en de migrant in de Nederlandse maatschappij, de positie van die migrant als klant in onze gezondheidszorg en het praktisch gerichte onderzoek dat nodig is om die positie te versterken.

We beschouwen gezondheid allemaal als een van onze meest fundamentele en essentiële bezittingen. Gezondheid is ook een recht. De Beginselverklaring van de Wereldgezondheidsorganisatie uit 1946 geeft aan dat het recht op gezondheid een fundamenteel recht is voor ieder mens, ongeacht zijn ras, religie, politieke richting en economische of sociale positie. Dit mensenrecht werd eveneens opgenomen en herbevestigd in een aantal andere internationale verdragen, zoals de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens in

1948. In 2007 publiceerde het Hoge Commissariaat voor de Mensenrechten, samen met de Wereldgezondheidsorganisatie, in Genève een *fact sheet* getiteld 'Recht op Gezondheid'. In dit *fact sheet* wordt herhaald dat gezondheidsvoorzieningen voor iedereen beschikbaar moeten zijn zonder enige vorm van discriminatie. Universele toegankelijkheid voor alle groepen in de maatschappij, ook voor de meer kwetsbare groepen, betekent niet alleen dat voorzieningen fysiek toegankelijk moeten zijn, maar ook de informatie, en dat de dienstverlening cultureel aangepast en acceptabel moet zijn (UNHCR & WHO, 2007).

Dit geldt ook voor die medeburgers die een andere etnische achtergrond hebben dan de oorspronkelijke burgers in een land. Ik zal die medeburgers vandaag verder vooral benoemen als 'migranten', en daarmee verwijs ik dan zowel naar reguliere migranten alsook naar asielzoekers, vluchtelingen en ongedocumenteerde vreemdelingen. U komt hier luisteren naar een rede voor de leerstoel 'Vluchtelingen en Gezondheid'. Hierna zal u echter veel horen over migranten in het algemeen en minder specifiek of enkel over die bijzondere groep migranten die omwille van hun specifieke problemen zeker ook onze bijzondere aandacht verdienen: vluchtelingen en asielzoekers. Waar het de Nederlandse gezondheidszorg betreft, geldt dat wij aan elke 'klant' specifieke aandacht moeten besteden, die aansluit bij diens geschiedenis en context. Daarom richten wij ons in deze leerstoel niet alleen op asielzoekers en vluchtelingen, maar breder op de migrant als klant. 'De' migrant als zodanig bestaat natuurlijk niet; het begrip omvat een zeer heterogene en diverse groep mensen.

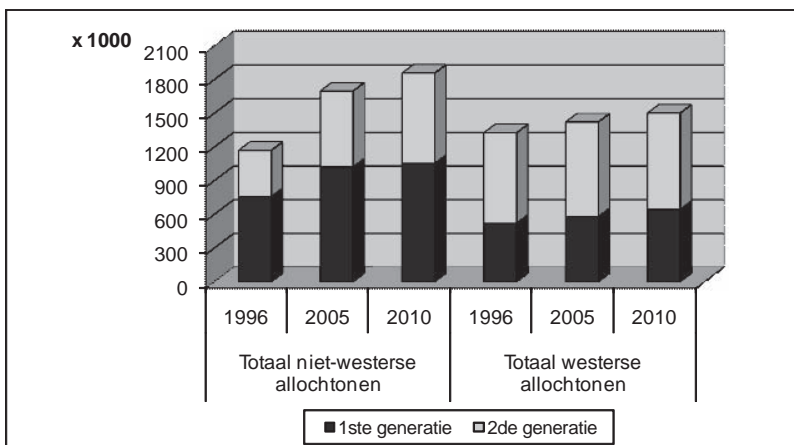
De doelgroep van de gezondheidszorg

Laat ik het dan eerst hebben over de doelgroep van de gezondheidszorg. Wij vormen met zijn allen de doelgroep, de hele bevolking in al zijn diversiteit – diversiteit naar geslacht, opleiding, economische positie, leeftijd, cultuur of etnische achtergrond. Dit laatste kenmerk – diversiteit naar etnische afkomst – heeft wegens de migratiestromen in de laatste decennia sterk aan belang toegevoegd.

Hoe belangrijk is de groep migranten onder de Nederlandse bevolking wanneer we naar aantallen kijken? Van de meer dan zestien miljoen inwoners van Nederland zijn er dertien miljoen van autochtone en drie miljoen van allochtone afkomst. Die laatste drie miljoen komt dus neer op een kleine 20 procent van de bevolking – al dan niet in het bezit van de Nederlandse nationaliteit want volgens de definitie die het Centraal Bureau voor de Statistiek hanteert, word je in Nederland als allochtoon aangeduid wanneer minstens één van je ouders in het buitenland is geboren. Ben je bovendien zelf in het buitenland geboren, dan behoor je tot de eerstegeneratieallochtonen. Ben je daarentegen

in Nederland geboren, dan behoor je tot de tweedegeneratieallochtonen. Overigens gebruiken veel mensen het begrip ‘tweedegeneratie-*migrant*’, maar dit is een contradictio in terminis: mensen van de tweede generatie zijn immers niet zelf gemigreerd, zoals collega prof. Raj Bhopal uit Edingburgh telkens opnieuw benadrukt. Intussen komt er een derde generatie allochtone Nederlanders aan, maar deze kinderen zijn nog lastig terug te vinden in de statistieken.

U merkt dat ik toch nog het begrip ‘allochtoon’ hanteer, in plaats van het begrip ‘nieuwe Nederlander’ dat de overheid nu probeert in te voeren als politiek correcte term. Het is een hele mond vol om dit zo te gaan gebruiken, en de synoniemen voor dit begrip zijn zodanig ingeburgerd dat ik ze voor vandaag handiger vind. Trouwens, het begrip ‘nieuwe Nederlander’ vind ik veel meer van toepassing op de tweede generatie dan op de eerste. Ik behoor zelf tot een eerste generatie westerse allochtonen met een ‘allochtonenkaart’, beter bekend als verblijfsdocument, en ik heb met die woorden geen problemen.



Figuur 1 – Aantallen migranten in Nederland (CBS)

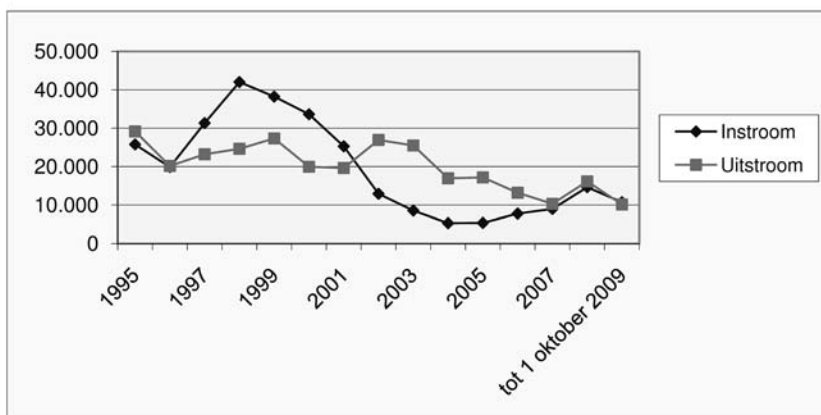
Het allochtone deel van onze bevolking wordt inderdaad verder ingedeeld in westerse en niet-westerse allochtonen. Eén miljoen inwoners van Nederland, of zo'n 6 procent van de bevolking, behoort tot de eerste generatie *niet-westerse* allochtonen en zo'n 4 procent tot de eerste generatie *westerse* allochtonen. In totaal behoort bijna 11 procent van de Nederlandse bevolking tot de eerste en tweede generatie niet-westerse allochtonen. In de vier grote steden van dit land is nu een derde tot een kleine helft van de inwoners allochtoon, en 20 tot 36 procent van die stadsbevolking is van niet-westerse afkomst. 55 procent van de jongeren in de grote steden is allochtoon.

De huidige eerste generatie inwoners met een verschillende etnische of culturele herkomst vormt trouwens nu een even groot deel van de bevolking in Nederland als de 150.000 Zuid-Nederlanders die in 1622 in de Noordelijke Nederlanden verbleven na hun vlucht uit het Zuiden omwille van de Spaanse overheersing. Destijds waren er zelfs al steden (zoals Haarlem, Leiden en Middelburg) waar de 'buitenlandse' bevolking – in dit geval de Zuid-Nederlandse immigranten –, de meerderheid vormden. Alhoewel Paul Scheffer er in zijn boek *Het Land van Aankomst* terecht op wijst dat deze vergelijkingen mank lopen omdat getallen niet alles zeggen en de huidige migratiebewegingen heel andere kenmerken vertonen, was het dus ook in de zeventiende eeuw al zo dat gevestigde Nederlandse burgers moesten wennen aan anders sprekenden (Scheffer, 2007) en dat deze migranten zich toen ook een thuis moesten veroveren in de Nederlandse samenleving.

Alle westerse landen hebben te maken met een kleiner of groter deel van hun populatie dat uit een diverse en heterogene groep migranten bestaat. In Nederland wonen mensen uit ruim 220 verschillende herkomstgroeperingen, variërend van een enkele migrant uit de Oceanische eilanden Guam en Nauru tot 390.000 personen uit Indonesië of het voormalig Nederlands-Indië, de grootste groep. De vier voornaamste herkomstgroepen van niet-westerse oorsprong zijn zoals bekend afkomstig uit Turkije, Suriname, Marokko en de Antillen. Mensen die oorspronkelijk afkomstig zijn uit Nederlands-Indië worden niet tot de niet-westerse allochtonen gerekend. Naast de vier zogenaamde 'grote minderheden', die vooral om economische redenen naar Nederland zijn gekomen, zijn er een aantal grote groepen die hier voornamelijk beland zijn via de asielprocedure. Ik heb het dan bijvoorbeeld over asielzoekers en vluchtelingen uit China, Irak, Afghanistan, Iran en Somalië. De aantallen ingeschreven in de gemeentelijke basisadministratie variëren van 20.000 voor de mensen afkomstig uit Somalië tot bijna 80.000 voor diegenen die afkomstig zijn uit het voormalige Joegoslavië. Op dit ogenblik verblijven er ongeveer 20.000 personen in asielzoekerscentra, en de instroom begint na een paar jaar van afname sinds drie jaar weer langzaam aan op te lopen, tot 14.000 vorig jaar. De voornaamste groepen onder de herkomstgroepen in de categorie westerse allochtonen zijn die van mensen uit Duitsland, België, voormalig Joegoslavië, Verenigd Koninkrijk, Polen en de voormalige Sovjet-Unie.

Het gaat bij migranten om mensen die afkomstig zijn uit alle windstreken van deze aarde en hier om heel verschillende redenen en motieven beland zijn. En dan heb ik het nog niet gehad over culturele subgroepen onder de herkomstgroepen. Ik bedoel dat er nog een belangrijke culturele diversiteit kan bestaan onder deze groepen: denk maar aan de verschillen tussen Creoolse, Hindoestaanse en Javaanse Surinamers, tussen etnische en Koerdische Turken of tussen Marokkanen uit Marrakesh en Berber-Marokkanen. Zoals ik al eer-

der zei: ‘de’ migrant bestaat niet. Zorgverleners uit onze gezondheidszorg moeten kwaliteitszorg verlenen in deze wereld van diversiteit en rekening proberen te houden met de kenmerken van hun klanten.



Figuur 2 – Instroom en uitstroom asielzoekers in Nederland (1995-2009)

‘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.’

(Berkum & Smulders, 2009)

Gezondheid en gezondheidsverschillen van migranten

Tussen autochtone en allochtone burgers komen gezondheidsverschillen voor, en tussen allochtone bevolkingsgroepen onderling eveneens. De diversiteit in afkomst betekent onder andere diversiteit in genetische profielen, in lang- of kortdurende blootstelling aan andere risicofactoren in de landen van herkomst en in de wijze waarop klachten en symptomen worden verwoord. In een studie van Pharos en drie programmeringsstudies, uitgevoerd in opdracht van ZonMW, wordt dit nog eens samengevat. Daarbij is geput uit signalen uit de praktijk en uit de onderzoeksliteratuur uit Nederland op dit terrein.

We weten dat het genetische profiel van mensen mede bepaalt of bepaalde ziekten vooral bij specifieke bevolkingsgroepen voorkomen. Voorbeelden daarvan zijn sikkelcelziekte bij populaties die nu nog steeds, of in eerdere generaties, aan malaria zijn blootgesteld, diabetes bij mensen van wie de voor-

ouders oorspronkelijk uit India kwamen, of hypertensie bij mensen met oorspronkelijk Afrikaanse *roots*. Niet alleen bepaalt het genetische profiel van mensen of ze aanleg hebben voor bepaalde ziekten, ook medicijnen blijken soms anders te werken bij mensen met een andere etnische achtergrond. Niettemin is de kennis over genetisch bepaalde gezondheidsverschillen meestal onvoldoende onder Nederlandse zorgverleners of is men er te weinig attent op.

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

(Berkum & Smulders, 2009)

Gemiddeld is de gezondheid van migranten minder goed dan die van autochtone Nederlanders, maar wel zijn er behoorlijke verschillen tussen allochtone groepen onderling. Wanneer je de ziektelast (uitgedrukt in het verlies aan gezonde levensjaren) als maat neemt voor het niveau van gezondheid, dan ligt die bij niet-westerse allochtonen 22 procent hoger dan bij de hele Nederlandse bevolking. Ondanks de gemiddeld nog jonge bevolking wordt dit verschil in ziektelast voornamelijk bepaald door een aantal chronische ziekten. Diabetes is daar de belangrijkste van – een aandoening die voor een driemaal hogere ziektelast bij niet-westerse allochtonen zorgt en voor meer dan een kwart van het verschil in ziektelast tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen. Andere aandoeningen die belangrijk zijn voor het verschil in ziektelast zijn astma, ongevallen of letsels, angststoornissen en beroerte.

Kijken we niet naar verschillen in ziektelast maar naar de belangrijkste aandoeningen bij de niet-westerse groepen, dan komen daar nog coronaire hartziekten en depressie bij. Bij asielzoekers rapporteert één derde symptomen van posttraumatische stress, 60 procent depressie en 40 procent angst. Vluchtelingen met een verblijfsstatus alsook veel allochtone ouderen – met name Turkse en Marokkaanse Nederlanders – hebben eveneens psychische problemen, waaronder depressies en angststoornissen. Hoewel het nog niet met onderzoek gestaafd kan worden, melden hulpverleners dat ook de lichamelijk onverklaarbare klachten vaker voorkomen bij allochtone cliënten dan bij autochtone Nederlanders.

Verschillen in de blootstelling aan bepaalde risicofactoren in de landen van herkomst, zoals bepaalde infectieziekten, kunnen eveneens leiden tot verschillen in ziekte op latere leeftijd. Zo komen de meeste soorten van kanker onder eerstegeneratiemigranten nog weinig voor, behalve leverkanker, die meestal het gevolg is van een besmetting met hepatitis B of C. Borstkanker komt overigens ook bij niet-westerse vrouwen relatief vaak voor. Verschillen in leefstijl

kunnen eveneens leiden tot verschillen in het vóórkomen van ziekten. Bij bepaalde groepen komt overgewicht bijvoorbeeld driemaal vaker voor, onder andere doordat men minder beweegt.

Er zijn ook positieve verschillen te vinden, die vooral samenhangen met leefstijl. De meeste allochtonen roken minder, vooral de vrouwen. Een uitzondering moet gemaakt worden voor Surinamers en voor Turkse mannen; de uitdrukking ‘roken als een Turk’, ook al lijkt die een stereotiep, geldt namelijk nog steeds. Ook gebruiken de meeste allochtonen minder alcohol, vooral in die groepen waar de islam een grote rol speelt. De verschillen op dit terrein worden echter kleiner naarmate migrantenjongeren beter integreren en de westerse leefstijl aannemen.

Negatieve gezondheidsverschillen vragen om aandacht van de zorgsector, onderzoek naar de oorzaken en om preventie. Vooral chronische ziekten onder migranten kunnen gevolgen hebben voor hun maatschappelijke deelname, welbevinden en weerbaarheid. Onder andere de mate waarin kan worden deelgenomen aan de arbeidsmarkt is zeer bepalend.

In het onderzoek naar ziekte last valt op dat voor verschillende veelvoorkomende aandoeningen een groot deel van de ziekte last te vinden is bij migranten die uit andere landen komen dan de klassieke vier. Zij vormen een derde van de niet-westerse allochtonen en hun aantal zal de komende jaren nog stijgen. Veel kennis over de gezondheid en de gezondheidszorg onder deze groepen, waaronder een groot deel van de vluchtelingen vallen, ontbreekt nog. Er is onder deze groepen vooral uitgebreid onderzoek gedaan naar de geestelijke gezondheidszorg, maar weinig naar de somatische gezondheid, de somatische zorg en naar preventie.

De oorzaken van negatieve gezondheidsverschillen kunnen van velerlei aard zijn. Collega Karien Stronks heeft deze factoren in een model onderverdeeld in specifieke risicofactoren en achtergrondkenmerken van etnische groepen die de spreiding van eerdere risicofactoren beïnvloeden (Stronks et al., 2007). *Specifieke risicofactoren* zijn leefstijl, fysieke omgeving (een groot percentage van de migranten behoort tot de lagere sociaaleconomische klassen en woont in achterstandswijken), sociale omgeving en hoe men in die omgeving omgaat met ziekte en gezondheid (bijvoorbeeld het verborgen houden van ziekte). Een andere specifieke risicofactor is psychosociale stress, bijvoorbeeld de stress die het oplevert als je als migrant moet leren leven in een andere maatschappij, zoals het proberen te begrijpen van sociale signalen, gewoontes en onuitgesproken automatische afspraken. Tot slot spelen het *healthy migrant-effect* (het feit dat gezonde personen eerder migreren dan zieke) en de mate waarin de lokale gezondheidszorg wordt gebruikt een rol.

Als *achtergrondkenmerken* onderscheidt Stronks de genetische verschillen, de migratiegeschiedenis (op welke leeftijd is men geëmigreerd, waarom, het

migratieproces zelf, de stress van het migreren) en de cultuur en acculturatie, waarop ik later nog terugkom. Vervolgens etnische identiteit (namelijk de ervaren etnische herkomst, en die kan veranderen, afhankelijk van de omstandigheden waarin iemand zich bevindt) en ten slotte de positie in het gastland (denk maar aan de gevluchte arts wiens diploma hier niet erkend wordt en die zijn brood verdient als taxichauffeur) (Foets et al., 2007).

Met deze gezondheidsverschillen en behoeften in gedachte is het duidelijk dat op enig moment al deze mensen als klant geconfronteerd kunnen worden met de eigenschappen, eigenaardigheden, organisatie, processen, protocollen, richtlijnen en procedures van ons gezondheidssysteem. Indien er geen belemmeringen zijn in de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg op welk gebied dan ook, verwacht je dat het gebruik van de zorg overeenkomt met de behoefte eraan. Dit blijkt, zoals we weten, echter niet altijd het geval te zijn.

Gezondheidszorg en migranten

Hoe zit het dan eigenlijk met het gebruik van de gezondheidszorg door migrantenklanten? De eerdergenoemde studies voor ZonMW en Pharos, het Zorgkompas van het RIVM en de website Mighealthnet van collega David Ingleby hebben ook op dit gebied de tot dan toe bestaande onderzoeksresultaten op een rijtje gezet (Bekker & Mens-Verhulst, 2008; Kunst et al., 2008; Seeleman et al., 2008; Berkum & Smulders, 2009).

Veel preventieve interventies en activiteiten bereiken allochtonen minder goed. Er is weinig bekend over de betekenis van het begrip 'preventie' in de ziekteperceptie van veel migrantenpopulaties, voor zover het al bestaat. Zoals ik in de eerste voorbeelden al heb aangegeven, nemen niet-westerse allochtone vrouwen minder vaak deel aan screening van borst- en baarmoederhalskanker, wat trouwens ook geldt voor vrouwen uit lage sociaaleconomische groepen.

Maar er zijn ook positieve uitzonderingen, bijvoorbeeld het vaccinatieprogramma voor kinderen en het bewegingsprogramma Big!Move dat onder ander in Amsterdam wordt uitgevoerd. Vooral lokale initiatieven die specifiek gericht zijn op deze doelgroepen en worden georganiseerd op wijkniveau bereiken migranten wel. Over de effectiviteit van interventies gericht op allochtonen is echter nog weinig bekend. Evaluatieonderzoeken gaan vooral over kennis en minder over gedrag of gezondheid. Het is ook niet altijd duidelijk in welke mate de doelgroep betrokken is bij de ontwikkeling van de specifieke interventies.

Naast verschillen in participatie in preventieactiviteiten bestaan er ook verschillen in zorggebruik. Uit recent onderzoek is gebleken dat de frequentie van het bezoek aan de huisarts en de jeugdgezondheidszorg bij allochtonen hoger

ligt dan bij autochtonen. Dit hogere gebruik van de zorg van de huisarts lijkt overeen te komen met de hogere ziektelast. Wanneer je daar wat dieper op inzoomt, krijg je een beter beeld van hoe migranten met huisartsenzorg omgaan. De verschillen met de autochtone klant zijn vooral groot ten aanzien van het aantal herhaalbezoeken. Dat wordt trouwens ook bevestigd door huisartsen werkzaam in achterstandswijken, die aangeven dat ze een ander beleid voeren bij allochtone klanten. Ze zeggen dat ze deze klanten eerder laten terugkomen, zodat ze het behandelings- en genezingsproces beter kunnen monitoren. Vaak terugkomen met dezelfde klacht kan echter ook betekenen dat de patiënt niet afdoende antwoord heeft gegeven op zijn vraag.

Meer aandacht voor taal zou de hoge consumptie wellicht kunnen doen afnemen, aangezien een slecht contact bij het eerste consult vaak leidt tot meerdere consulten en tot minder compliance – dat wil zeggen dat de patiënt ook doet wat de huisarts voorstelt. In een promotieonderzoek uitgevoerd bij het NIVEL vergeleek Ellen Uiters het aantal recepten dat huisartsen hadden voorgeschreven met het medicatiegebruik dat deze migranten rapporteerden. Het hoge aantal voorgeschreven recepten bleek niet weerspiegeld te worden in het zelfgerapporteerde gebruik van medicatie. Dat was juist lager dan verwacht, ook als vrij verkrijgbare medicijnen of medicatie uit het land van herkomst werden meegeteld.

Consulten die eindigen zonder wederzijdse overeenstemming over de juiste aanpak resulteren vaker in non-compliance. Wederzijdse overeenstemming vereist naast goede communicatie ook verheldering van de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van zijn of haar behandeling. Dat allochtonen vaak het gevoel hebben dat zij te snel een recept krijgen en vaak ontevreden zijn over de soort medicatie ('voor alles paracetamol') is een aanwijzing dat deze overeenstemming verbeterd kan worden (Uiters et al., 2006).

'Meestal verwachten Marokkaanse of Turkse vrouwen dat als ze naar de dokter gaan dat ze medicijnen krijgen. Maar soms krijg je niks. En dan zeggen ze: waarom ga ik naar de arts als ik toch geen medicijnen krijg? Ze zien de arts als iemand die medicijnen voorschrijft en ze verwachten dat je van die medicijnen beter wordt.'

(Citaat van een migrant)

Mensen die hun gezondheid als slecht ervaren, bezoeken de huisarts over het algemeen vaker. Dit geldt ook voor migranten: eigen onderzoek heeft uitgewezen dat allochtonen die hun gezondheid als slecht ervaren de huisarts even vaak bezoeken als autochtonen met een slechte gezondheid. Mensen die hun gezondheid juist als goed ervaren, bezoeken de huisarts over het algemeen minder vaak. Maar migranten met een goede gezondheid bezoeken hun huis-

arts daarentegen significant vaker dan autochtone Nederlanders met een vergelijkbare gezondheid. Dat lijkt erop te wijzen dat men de dokter ook nodig heeft voor problemen die door artsen soms als oneigenlijke vragen worden ervaren – vragen die meer bij het maatschappelijk werk horen of problemen waarvan men in de Nederlandse zorg verwacht dat de klant deze zelf ter hand neemt of oplost, de zogeheten zelfzorg (Devillé et al., 2006).

Tabel 1 – Gemiddeld aantal huisartsconsulten per jaar (2001)

	<i>Dutch</i>	<i>Surinam</i>	<i>Antillean</i>	<i>Turkish</i>	<i>Moroccan</i>
Good self-rated health	3.4 (3.2-3.6)	4.3 (4.1-4.5)	4.0 (3.6-4.4)	3.9 (3.6-4.2)	4.4 (4.0-4.7)
Poor self-rated health	5.7 (5.3-6.1)	6.7 (6.4-7.1)	5.5 (4.9-6.1)	5.8 (5.5-6.1)	6.0 (5.6-6.4)

Naast verschillen in huisartsenbezoek tussen migranten en autochtonen, bestaan er ook verschillen in gebruik van andere onderdelen van de gezondheidszorg. Zo maken migranten minder gebruik van voorzieningen als prenatale zorg, kraamzorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg en palliatieve zorg. Voor fysiotherapie is het beeld niet zo duidelijk. Daarnaast gaan niet-westerse allochtonen opvallend minder vaak naar de specialist en het ziekenhuis. Dit geldt met name voor Turkse en Marokkaanse migranten. De gevolgen hiervan zijn niet bekend, maar lijken reden tot zorg te geven. Als oorzaken worden genoemd: te weinig doorverwijzingen (een oorzaak die allochtonen vaak noemen) en een gebrek aan toegankelijkheid van de tweede lijn. Maar wat dat dan eigenlijk betekent en welke onderliggende processen hieraan ten grondslag liggen, weten we toch niet echt. Hiervoor zou longitudinaal onderzoek opgezet moeten worden, waarbij de ketenzorg of het traject dat deze klanten volgen in kaart worden gebracht.

Allochtone burgers maken aanzienlijk minder gebruik van de ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Fysieke en vooral mentale handicaps liggen in allochtone kringen vaak nog in de taboesfeer. Het aanbod van interculturele ouderenzorg is op dit moment nog beperkt, alhoewel er recentelijk toch allerlei nieuwe initiatieven zijn opgestart. Deze ontwikkelingen leiden tot discussie: hoever moeten we eigenlijk gaan in de interculturele zorgverlening? Kiezen we voor cultuursensitieve reguliere zorg of voor categorale zorg, met zorginstellingen die specifiek zijn toegesneden op en georganiseerd zijn voor specifieke doelgroepen? Volgens mij is het hier, zoals zo vaak, een kwestie van én én en niet

van of of – dus van een diversiteit in het aanbod, waar beide benaderingen naast elkaar kunnen bestaan. Vergelijkend onderzoek naar de effecten van beide vormen van zorgaanbod is dringend gewenst.

Samenvattend kunnen we zeggen dat in Nederland redelijk wat bekend is over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor verschillende etnische groepen. Op diverse terreinen bestaat er verschil in zorgconsumptie, en dat kan zowel wijzen in de richting van onder- als van overconsumptie. Beide dienen voorkomen te worden. Het lastige daarbij is dat we ter vergelijking steeds uitgaan van de autochtone zorgvrager als *benchmark*. Maar is het autochtone zorggebruik in alle gevallen wel het meest ideale? Gericht onderzoek naar oorzaken van verschillen in gebruik kan wellicht uitkomst bieden.

Over de mate waarin verschillen in gebruik en kwaliteit van zorg tot verschillen in gezondheidsuitkomsten leiden, is veel minder bekend, en dat geldt ook voor de effecten van allerlei interventies op de gezondheidsuitkomsten bij deze groepen. Een uitzondering is het gebruik van professionele tolken en Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC). Het effect daarvan op gezondheidsuitkomsten is de afgelopen jaren onderzocht, terwijl het effect van het trainen van zorgverleners in culturele competenties op gezondheidsuitkomsten nog nauwelijks onderzocht is, net zomin als de effectiviteit van etnische diversiteit onder zorgverleners of van de recent opgerichte etnisch-specifieke zorginstellingen. Er is ook weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van interventies die gericht zijn op de patiënt, zoals het gebruik van taal- en cultuurspecifieke materialen.

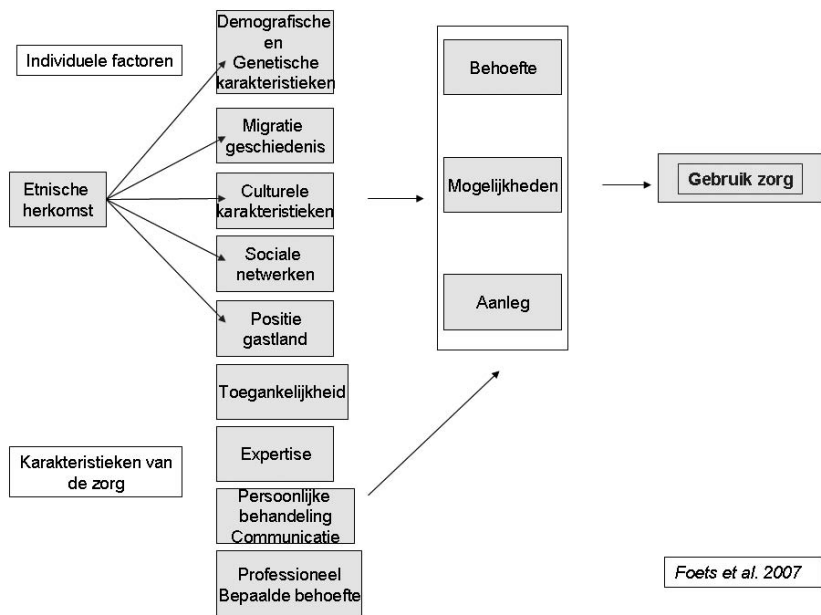
Weten we dan eigenlijk wel voldoende over verklarende mechanismen om verschillen in toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en de effecten daarvan op gezondheidsuitkomsten te duiden? Het vele ‘verklarende’ onderzoek beperkt zich tot het benoemen van factoren, maar legt meestal niet bloot wat er nu eigenlijk precies misgaat wanneer er iets misgaat. Specifiek onderzoek naar de positie en het functioneren van de migrant als klant in ons gezondheidssysteem ontbreekt nog.

Determinanten van het gebruik van gezondheidszorg

Om verklarende mechanismen en het mogelijke verband tussen deze mechanismen en ziekte of gebruik van gezondheidszorg in kaart te brengen, bestaan er verschillende theoretische modellen. In het gezondheidszorgonderzoek wordt vaak teruggegrepen op het model van Andersen uit 1995 (Andersen, 1995). Andersen groepeerde de verschillende verklarende factoren onder de kopjes ‘omgevingsfactoren’, ‘populatiekenmerken’ en ‘gezondheidsgedrag’. Onder populatiekenmerken vallen demografische factoren als geslacht, leeftijd en ge-

netische en sociaalpsychologische aanleg. Deze factoren zijn van invloed op het vóórkomen van bepaalde klachten of aandoeningen. Zo komen bepaalde aandoeningen meer voor bij vrouwen of mensen met een bepaald genetisch profiel.

Aandoeningen leiden tot een bepaalde objectiveerbare behoefte aan zorg. Of mensen die behoefte aan zorg intuïtief zo aanvoelen dat zij aanleiding zien gebruik te maken van zorg wordt mede bepaald door andere factoren. Hetzelfde geldt voor de wijze waarop zij hun klachten presenteren. Deze factoren zijn onder andere de cultuur waarin men geworteld is en het beeld dat men heeft van gezondheid en ziekte. Iemands ziekteperceptie wordt op zijn beurt weer beïnvloed door zijn houding, kennis en waarden. Er bestaan natuurlijk ook allerlei onderlinge verbanden tussen deze verschillende factoren. Voorbeelden daarvan zijn het verband tussen het gezondheidsbeeld dat iemand heeft en de opleiding die hij gehad heeft, of het verband tussen iemands cultuur en zijn beeld van gezondheid en ziekte.



In het boek *Gezondheids(zorg) onderzoek onder allochtone bevolkingsgroepen* van de collega's Foets, Schuster en Stronks heeft Marleen Foets het model van Andersen verder uitgewerkt om de verschillen in zorggebruik tussen etnische

groepen te begrijpen (Foets et al., 2007). Onder de factoren die van invloed zijn op de onderliggende verklarende mechanismen op het individuele niveau van de migrant onderscheidt zij demografische en genetische kenmerken van aan migratie gerelateerde kenmerken, culturele factoren, sociaaleconomische status en kenmerken van het sociale netwerk. Een aantal van deze factoren zal ik hier uitlichten. Of sommige factoren belangrijker zijn dan andere is voor zover ik weet tot op heden niet bekend.

Immigranten komen hier met een bepaald referentiekader; dat geldt zowel voor hun begrip van en kennis over ziekte en gezondheid, als over de gezondheidszorg. Ook in het land van herkomst functioneert een gezondheidssysteem, al is dat meestal anders georganiseerd dan hier in Nederland en al zijn niet alle zorgverlenende instanties er in dezelfde mate beschikbaar of functioneren ze op dezelfde wijze als hier. Het gezondheidssysteem zit in Nederland een stuk ingewikkelder in elkaar, met veel schijven op verschillende niveaus en – voor een buitenstaander – vol met vreemde afkortingen en procedures. Grote verschillen bestaan er in de verhouding tussen de eerste lijn en de specialistische zorg, en in de toegankelijkheid van de tweede lijn via het poortwachtersysteem met de huisarts.

‘De huisarts schrijft alle klachten toe aan neerslachtigheid, depressie en heimwee. De huisartsen verrichten weinig lichamelijk onderzoek en verwijzen niet vaak genoeg voor een laboratoriumonderzoek, terwijl ik denk dat deze nodig zijn voor het stellen van een juiste diagnose. De huisartsen behandelen alle ziekten zelf en verwijzen de patiënt niet vaak genoeg naar een specialist. Ik denk dat de huisarts niet alle ziekten goed kan behandelen.’

(Citaat van de 49-jarige Iraanse vluchteling Hariri, 2007)

De migrant komt bij de dokter met ervaringen en verwachtingen gebaseerd op het gezondheidssysteem in zijn land van herkomst, en die zijn hier niet altijd even bruikbaar. Verder bestaan in Nederland ook vormen van hulpverlening die in de landen van herkomst niet bestaan, zoals de thuiszorg en verplegings- en verzorgingshuizen. Je weg vinden in dit gezondheidssysteem vraagt niet alleen om kennis over het systeem, maar ook om begrip voor de keuzes die gemaakt worden over wat belangrijk wordt gevonden en wat minder belangrijk, en om vertrouwen dat elke cliënt dezelfde aandacht krijgt en hetzelfde behandeld wordt.

Het Nederlandse gezondheidssysteem en de Nederlandse overheid leggen de laatste decennia steeds meer de nadruk op de verantwoordelijkheid van de cliënt in de zorg. *Empowerment*, zelfmanagement en het zelfstandig maken van keuzes zijn aan de orde van de dag. Maar beter kunnen kiezen veronderstelt een mondigheid van die cliënt en een andere verhouding tussen patiënt

en zorgverlener dan de migrant in zijn land van herkomst gewoon was. De zorgverlener heeft in Nederland niet automatisch een zekere autoriteit door zijn functie – dat heeft de recente maatschappelijke discussie rond de griepvacinatie nog maar eens duidelijk aangetoond. Die autoriteit heeft de zorgverlener in het land van herkomst van de migrant wel.

Een paar typische citaten van migranten over de gezondheidszorg in Nederland:

‘Nederlandse artsen behoren tot de beste dokters in de wereld, maar zij zijn niet geïnteresseerd in ons.’

(Citaat van een vluchteling, Feldmann et al., 2006)

‘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.’

(Citaat van een hoogopgeleide migrantenjongere, Berkum & Smulders, 2009)

Een andere factor is kennis. Kennis betekent opleiding en vorming. Laaggeletterdheid vormt onder eerstegeneratiemigranten nog steeds een probleem. 40 procent van hen heeft taalhelp nodig bij een bezoek aan de huisarts. Kennis van de Nederlandse taal is natuurlijk belangrijk, maar voordat iemand de juiste vertaalslag kan maken van zijn emoties, gevoelens en klachten in een andere taal, en de juiste woorden kan vinden die dezelfde betekenis hebben als hetgeen hij wil uitdrukken, moet hij die taal en de cultuur al heel goed kennen. Kennis beïnvloedt ook iemands kijk op het functioneren van het lichaam, en op ziekte en gezondheid. Dat maakt de communicatie tussen zorgverlener en klant, en de informatieoverdracht van zorgverlener naar klant, extra lastig. Samen met de kennis komt de sociaaleconomische status om de hoek kijken. Door deze status behoort men tot een bepaalde groep in de samenleving met een eigen subcultuur. Die heeft een specifieke kijk op gezondheid en ziekte, op de rol van leefstijl en op preventie. En tegelijkertijd bepaalt iemands subcultuur welke plaats, rol en verantwoordelijkheid hij aan de gezondheidszorg toekent.

Zo ben ik dan beland bij de factor ‘cultuur’. Cultuur is een lastig te omschrijven begrip, dat door verschillende disciplines verschillend wordt benaderd. Er zijn hele discussies in de literatuur terug te vinden tussen bijvoorbeeld crossculturele psychologen en medisch antropologen. Ik ben geen medisch antropoloog en zal me dan ook niet op glad ijs wagen. In de epidemiologie is zeker ‘eticiteit’ maar ook ‘cultuur’ een soort *black box*-begrip, waarmee be-

doeld wordt dat alle verschillen tussen allochtonen en autochtonen die men niet aan andere factoren kan toeschrijven, samengevat worden onder één noemer. Beide begrippen worden vaak ook door elkaar gebruikt. Een van de kritieken op het gebruik van het begrip 'cultuur' als een proxy-indicator voor onderliggende processen is dat het gemakkelijk leidt tot stereotypering, tot 'labeling' van etnische groepen. Binnen deze groepen bestaat immers ook veel individuele variatie.

Arthur Kleinman (Kleinman & Benson, 2006) wijst erop dat we als onderzoekers of behandelaars moeten nagaan wat er in de gehele sociale leefwereld van de patiënt op het spel staat. En dan bedoelt hij dat er naast de culturele betekenissen ook andere individuele en sociale betekenissen bestaan. Volgens de Belgische antropoloog Gailly worden voor cultuurgevoelige hulpverlening meestal drie basisvaardigheden verondersteld: 1) etnografische kennis met betrekking tot de cliënten, 2) multiculturele vaardigheden, waaronder interculturele communicatie en 3) het bewust zijn van de eigen culturele opvattingen, waarden en normen (Gailly, 2008). Ook hij waarschuwt echter voor het reduceren van het begrip 'cultuur' tot een passieve, statische entiteit die geen rekening houdt met individuele invullingen en verschillen. Door culturele zelfkennis begrijpt de hulpverlener zijn eigen reactie op het door de cultuur bepaalde handelen van de hulpvrager. Gailly waarschuwt hulpverleners ook om in een cultuurgevoelige hulpverlening niet enkel aandacht te hebben voor deze aspecten tijdens de intake of diagnose, maar tijdens het hele traject, tot en met het therapeutisch verloop. Ten slotte moet een cultuurgevoelige hulpverlening meer zijn dan een nieuwe verpakking voor het 'klassieke' westerse zorgsysteem, stelt Gailly. De interactie tussen hulpverlener en hulpvrager zou altijd een interculturele ontmoeting moeten zijn. Ik denk dat dit wel eens een heel essentieel element zou kunnen zijn voor een effectieve gezondheidszorg voor migranten.

De signalen vanuit de praktijk wijzen ook in die richting. Zorgverleners geven aan dat zij worstelen met het vinden van een goede aansluiting bij allochtone groepen. Dat gaf het citaat uit de mond van een specialist al aan. Er is behoefte aan kennis en het versterken van competenties op dit terrein. Professionals wijzen op het belang van communicatievaardigheden voor een goede dialoog met mensen met een andere achtergrond. Communiceren met migranten die weinig of geen opleiding hebben genoten, moet niet onderschat worden.

Ik denk dat het voorgaande wel duidelijk heeft gemaakt dat het zoeken naar verklaringen voor verschillen in het gebruik van gezondheidszorg door migrantengroepen nog het nodige multidisciplinaire onderzoek behoeft. Dit geldt in nog sterkere mate voor het zoeken naar effectieve interventies op dit gebied, met name op het terrein van afstemming van de hulpverlening en het integreren van migranten als klanten in de gezondheidszorg. Uiteindelijk moeten we

naar een zorg toe die voldoende gevoelig is of die voldoende aandacht heeft voor diversiteit. Je kunt dit in dit kader op verschillende manieren benoemen: interculturalisatie van de zorg, cultuursensitieve of cultuurverantwoorde zorg, transculturele zorg of gewoon reguliere zorg voor alle burgers.

Verschillende organisaties, zoals het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK), de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) en Forum, leggen verschillende accenten in het definiëren van dergelijke cultuurverantwoorde zorg. Ik citeer:

‘... een voortdurend veranderingsproces [...] dat er toe leidt dat de organisatiecultuur wordt afgestemd op de cultureel divers samengestelde klanten personeelspopulatie.’

of

‘... een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen.’

of

‘... een proces van ”cultuurgevoeliger maken” van de organisatie [...] niet langer vanzelfsprekend de westerse cultuur en moraal als enig oriëntatiepunt nemen...’

of

‘... een veranderingsproces [...] ter verbetering van de kwaliteit van het werk, onder andere door meer rekening te houden met etnisch-culturele verschillen en door goed met verschillen om te gaan [...] het gaat ook om het verhogen van de effectiviteit van het werk.’

(Arts et al., 2009)

Pharos kiest ervoor om cliënten met een specifieke achtergrond als uitgangspunt te kiezen, zoals het volgende citaat laat zien:

‘... de opbrengst is veeleer een wijze van werken die professionals in staat stelt ook aan migranten klantgerichte zorg en preventie op maat te bieden [...] migranten leveren een actieve bijdrage aan de totstandkoming van deze aanpak...’

(Berkum & Smulders, 2009)

Ontwikkelingen in de gezondheidszorg

Steeds meer zorginstellingen geven zich terdege rekenschap van de ontwikkeling van een cultureel diverse populatie die ze moeten bedienen en als klanten moeten werven. Een kleine groep hierin is vergevorderd, andere instellingen doen bescheiden pogingen.

Een recente ontwikkeling is het ontstaan van de zogenaamde ‘categorale zorginstellingen’, waarvan onze staatssecretaris van VWS niet zo’n voorstander is. Deze instellingen, zoals Avicen in de thuiszorg, I-psy in de geestelijke gezondheidszorg en Unal Zorg in de gehandicaptenzorg, kiezen er bewust voor om zich op bepaalde etnisch-culturele cliëntengroepen te richten (Arts et al., 2009). Waar de klassieke zorginstellingen eventueel bereid zijn te kijken in welke mate het reguliere aanbod aangepast kan worden aan deze cliëntengroepen, proberen de nieuwe zorginstellingen hun aanbod volledig aan te passen aan de wensen en behoeften van hun specifieke cliënten. Dit zijn geheel nieuwe ontwikkelingen waarvan nog onduidelijk is welke richting we zullen opgaan en met welke ontwikkeling onze gezondheidszorg het meest gebaat zal zijn. Blijkbaar bestaat er een behoefte aan dergelijke instellingen omdat de bestaande instellingen nog te weinig aandacht hebben voor deze klanten of hen onvoldoende weten te bedienen.

Trouwens, niet alleen bij de klanten bestaat die behoefte maar ook bij allochtone zorgverleners, die maar al te graag bij dergelijke instellingen willen werken. Of dit nu een ontwikkeling is die toegejuicht moet worden, is nog onduidelijk; denk maar aan de vergelijking met witte en zwarte scholen in het onderwijs. Deze discussie wordt trouwens ook in andere landen in West-Europa gevoerd. Onderzoek naar de effectiviteit van categorale instellingen met betrekking tot de zorg aan etnisch-cultureel diverse klanten – in vergelijking met reguliere instellingen – moet voor zover ik weet nog uitgevoerd worden.

De positie van de migrant als klant

Zeker gedurende het laatste decennium is de rol en de verantwoordelijkheid van de burger een expliciet beleidsthema geworden, ook in de gezondheidszorg. De burger als cliënt in de gezondheidszorg moet verantwoorde keuzes kunnen maken in zijn contacten met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hoewel de overheid steeds meer marktwerking in de zorg introduceert, is het nog maar de vraag in hoeverre de burger zich op dit gebied als consument zal gaan gedragen. Toch worden hem allerlei instrumenten aangereikt om zorgverzekeraars en zorgaanbieders te vergelijken of te beoordelen op prestatie, kwaliteit en patiëntentevredenheid. Er wordt van de klanten in de zorg ge-

vraagd om meer verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid op zich te nemen en niet enkel op de zorgverlener te vertrouwen. Ook moeten zorgaanbieders steeds vaker de effecten van hun handelen aantonen, waarbij hun klanten gevraagd wordt om bijvoorbeeld vragenlijsten in te vullen. Hiervoor heb je wel een mondige burger nodig die begrijpt wat er aan de hand is en wat er van hem wordt gevraagd.

Waar staan de migranten als klant in de zorg in het licht van deze ontwikkelingen? Hoe sterk of hoe zwak is hun positie? Ik heb al eerder vermeld dat eerstegeneratiemigranten over het algemeen een meer 'paternalistische' relatie met hun arts wensen. Dat botst met de huidige ontwikkelingen en vraagt om een specifieke aanpak en benadering van de migrant als klant in de zorg. Als er tot nog toe al geïnvesteerd is in het beter uitleggen van de zorgverlening en behandelmethoden, dan gebeurde dat meestal zonder rekening te houden met de leefwereld, normen en manieren van doen van de verschillende migrantengroepen. Wanneer we hiervoor meer oog hebben, kunnen we hopelijk een verklaring vinden voor het feit dat er bijvoorbeeld vaak niet tijdig een beroep wordt gedaan op de gezondheidszorg. Uit onderzoek van het AMC blijkt dat ouders van allochtone kinderen met diabetes veelal te laat hulp zoeken, waardoor de kinderen in een slechtere gezondheidstoestand verkeren op het ogenblik dat de diagnose wordt gesteld. Hetzelfde patroon zien we terug bij de jeugdhulpverlening: allochtone jeugd is ondervertegenwoordigd in lichte vormen van hulp en oververtegenwoordigd in de zwaardere vormen. Dit geldt ook voor psychische problemen van volwassenen: professionele hulp wordt pas laat gezocht. Een laatste voorbeeld: zwangere allochtone vrouwen maken pas relatief laat gebruik van de prenatale zorg.

Volgens informatie die Pharos verzameld heeft in een aantal focusgroepen van jongeren en ouderen verwachten migranten een proactievare houding van zorgverleners en veel informatie en voorlichting (Berkum & Smulders, 2009). Het is niet voldoende wanneer informatie en voorlichting, indien nodig, in een andere taal wordt gegeven: de 'taal' die gebruikt wordt om iets uit te leggen, moet ook aangepast zijn aan de leefwereld en het opleidingsniveau van de klant. Asielzoekers en vluchtelingen vinden attitude en interpersoonlijke communicatie de belangrijkste elementen in het contact met de arts. Persoonlijk aandacht, lichamelijk onderzoek, geduldige uitleg en tijd voor de patiënt worden als essentieel gezien voor het creëren van vertrouwen.

Bij de bestaande structuren en instrumenten die de zorg klantvriendelijker en klantgerichter moeten maken, is nog weinig aandacht voor dit deel van onze bevolking. Patiëntenervaringen worden voornamelijk gemeten onder het autochtone deel van de bevolking, of tenminste dat gedeelte van de bevolking dat de Nederlandse taal beheerst. Er zijn relatief nog weinig instrumenten aangepast aan de leefwereld van de migrantenklant. Onder zorgverzekeraars, ge-

zondheidsinspectie en -aanbieders zijn nauwelijks instrumenten en initiatieven ontwikkeld om de effectiviteit van preventie bij, en de zorg aan migranten te vergroten, en om deze te meten en te monitoren. Monitoringsinstrumenten, zoals patiëntenpanels of consumentenpanels van het NIVEL, hebben nauwelijks migranten onder hun deelnemers. Andere instrumenten, zoals gezondheidsregistraties, lopen tegen het feit aan dat etnische herkomst of nationaliteit niet systematisch geregistreerd wordt in de gezondheidszorg. Over de wenselijkheid hiervan is overigens veel discussie. Het ontbreken van deze informatie bemoeilijkt het monitoren van de gezondheid van migranten en het gebruik van de gezondheidszorg door migranten met een mogelijke kwetsbare positie in de maatschappij.



Ondanks de valide argumenten over mogelijk misbruik van etnische gegevens voor andere doeleinden, kunnen we eventuele verschillen in gezondheidsrisico's of gezondheidsuitkomsten en eventuele verschillen in kwaliteit van zorg niet in kaart brengen en benoemen, zolang de specifieke subgroepen waar deze verschillen ten opzichte van de zogenaamde gemiddelde cliënt in Nederland een rol spelen, niet benoemd en (h)erkend kunnen worden. Gegevens die verzameld en gemonitord worden vallen sowieso onder de privacywetgeving, die alleen mogelijkheden biedt voor specifieke doeleinden, zoals onderzoek. Nationale netwerken van huisartsen, bijvoorbeeld het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH) en bestaande patiëntenpanels, zouden ingezet kunnen worden om de gezondheid van groepen (cohorten) migranten te monitoren, of om cliënten te benaderen voor kwalitatief diepteonderzoek. Hetzelfde geldt voor het monitoren van asielzoekers via het nieuwe Gezondheidscentrum voor Asielzoekers dat is opgezet door Menzis.

Op dit ogenblik kunnen de gegevens van het LINH na verloop van korte tijd bij het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) gekoppeld worden aan de gegevens uit de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA). De analyses van deze op individueel niveau gekoppelde bestanden kunnen slechts plaatsvinden bij

het CBS of in een afgeschermd digitale omgeving, zoals bij het NIVEL. Voor monitoringdoelinden zou het beschikbaar komen van individuele informatie die kan leiden tot het vaststellen van etnische herkomst onderzoek naar de situatie in de gezondheidszorg kunnen vereenvoudigen. U begrijpt dat ik meer voordelen dan nadelen zie van registratie van etniciteit in de gezondheidszorg, zolang dit maar duidelijk voordelen oplevert voor de gezondheid van en de gezondheidszorg voor de migrant.

Wat deze problematiek en het betrekken van de migrant bij het ontwikkelen van een effectieve cultuurgevoelige gezondheidszorg niet eenvoudiger maakt, is dat migranten weinig of niet deel uitmaken van patiëntenverenigingen. Het is niet zo eenvoudig om de migrant als klant van onderaf te laten participeren in alle ontwikkelingen die nodig zijn.

Het ACB Kenniscentrum voor Emancipatie en Participatie heeft een aantal praktische vragen en dilemma's met betrekking tot zaken waarmee hulpverleners en zorginstellingen geconfronteerd worden in het contact met migranten, op een rijtje gezet. Een voorbeeld is de duur van het consult en het maken van afspraken. Je hoort wel vaker collega's zeggen: 'Oh er staan een paar migrantencliënten op de lijst, de consultaties zullen wel weer uitlopen.' En uitlopende consulten verhouden zich lastig met de regels en standaarden die opgesteld zijn om de zorgverlening zo efficiënt mogelijk te laten verlopen. De nieuwe financieringssystematiek in ons zorgstelsel is hierop niet berekend: zorgverleners moeten dan maar dubbele consulten gaan rekenen. Een ander voorbeeld zijn de communicatieproblemen die mede ontstaan door de verticale verhouding tussen hulpverlener en cliënt, en de professionele afstandelijke relatie tussen klant en zorgverlener. Daarover heb ik al gesproken.

Vragen waarmee hulpverleners en zorginstellingen geconfronteerd worden in het contact met migranten zijn bijvoorbeeld: Moet je je allochtone cliënt als individu benaderen of als een vertegenwoordiger van een bepaalde cultuur? Welke therapeutische benadering is het effectiefst: een individuele behandeling of een groepsbehandeling? Moeten er bij een behandeling voor een specifiek gezondheidsprobleem, zoals diabetes, kanker of COPD, specifieke accenten gelegd worden of is de behandeling universeel? Hoe krijg ik feedback ten aanzien van eigen wensen en behoeften? Hoe bied ik deze klanten optimale zorg op maat aan? In welke mate moet intramurale zorg gediversifieerd aangeboden worden?

De laatste vraag die ik in dit verband wil stellen, is: In welke mate kan de huidige marktwerking gebruikt worden om zorgverzekeraars te stimuleren een rol te spelen bij het opwaarderen van een cultuurverantwoord zorgaanbod? Als zorgverzekeraars hierin een rol gaan spelen, dan moeten zij er in hun afspraken met hulpverleners over productievolumes en effecten van behandelingen wel rekening mee houden dat bepaalde hulpverleners een hoog percentage

migranten hebben onder hun cliënten. Dat vraagt bijvoorbeeld om andere indicatoren en om crosscultureel gevalideerde en cultuursensitieve meetinstrumenten. Als dat niet gebeurt, dan kan het lijken alsof deze hulpverleners, bijvoorbeeld fysiotherapeuten in achterstandswijken, minder presteren dan hun collega's die lagere percentages migranten onder hun cliënten hebben.

Natuurlijk bestaan er al allerlei initiatieven en *good practices*, zoals samenwerking met migrantenorganisaties, het inzetten van allochtone intermediairs, trainingen van zorgverleners, vorming van culturele experts bij organisaties, en interculturalisatie van de intramurale zorg en voorzieningen. Maar vaak blijft interculturalisatie beperkt tot een aantal lokale initiatieven van pioniers in de zorg en is het nog niet duidelijk wat de korte- of langetermijneffecten van deze initiatieven zijn op gezondheid en gebruik van de gezondheidszorg.

Ik hoop dat ik met al het voorgaande duidelijk heb kunnen maken dat er al heel wat bekend is, maar dat onderzoek naar een effectieve cultuurverantwoorde gezondheidszorg hoognodig is. Zo kom ik aan bij het onderzoeksprogramma dat ik in het kader van deze leerstoel wil gaan ontwikkelen.

Hoofdthema van het onderzoek

Dit programma beoogt onderzoek te initiëren naar het beeld van de migrant in het algemeen op gezondheid en ziekte, in relatie tot het functioneren en de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg. Een belangrijk vraag daarbij is hoe de gezondheidszorg effectiever kan aansluiten bij dit patiëntenperspectief. Het hoofdthema voor de leerstoel is dan ook: 'Effectieve Nederlandse gezondheidszorg voor de migrant als klant.'

Dit thema wil ik verdelen over twee doelen: 1) een bijdrage leveren aan de wetenschappelijke onderbouwing van interventies ter verbetering van de gezondheidszorg voor migranten en hun positie als klant in de zorg, en 2) het bevorderen van de ontwikkeling en de implementatie van kwaliteits- en meetinstrumenten voor het bevorderen van de tevredenheid van migranten over zorgaanbieders die migranten nadrukkelijk includeren.

Hiermee zal het onderzoeksprogramma aansluiten bij een van de zwaartepunten van deze universiteit, namelijk Global Health and Development, de gezondheidszorg in het licht van de globalisering. Het Amsterdam Institute for Global Health and Development bestaat uit drie expertisecentra, waaronder het Center for Global Health and Inequality dat geleid wordt vanuit de Faculteit van Maatschappij- en Gedragwetenschappen waar deze leerstoel is ondergebracht.

Het programma zal ook aansluiting zoeken bij het HELIUS-onderzoek dat is opgezet door het AMC en de GGD in Amsterdam. HELIUS staat voor Heal-

thy Life in an Urban Setting. In dat onderzoek wordt vanaf volgend jaar gekeken naar etnische verschillen in gezondheid in een grote multi-etnische cohorde in Amsterdam.

Mijn onderzoeksprogramma zal daarnaast initiatieven van Pharos met onderzoek onderbouwen. Pharos wil in een paar 'proeftuinen' *good practices* en ander initiatieven op een samenhangende manier op wijkniveau doorontwikkelen, samen met professionals én migranten in die wijk. Het doel van die proeftuinen is het creëren van een ketenaanpak die beter aansluit bij de leefwereld en kenmerken van deze groep cliënten in de zorg. Die ketenaanpak zou zich dan moeten concentreren op een paar chronische aandoeningen die bij migranten een grote ziektelast veroorzaken.

Ten slotte zal het programma aansluiten bij en samenwerken met andere onderzoeksgroepen op dit terrein in Europa, waarbij gebruikgemaakt zal worden van mijn bestaande netwerken in de Sectie Migrant and Ethnic Minority Health van de European Public Health Association en in het Health and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities in Europe-netwerk van collega David Ingleby. Onder de verschillende groepen migranten zal speciale aandacht besteed worden aan groepen die minder vaak onderzocht worden, met name asielzoekers, vluchtelingen met een verblijfstatus en afgewezen asielzoekers (zogenaamde illegale vreemdelingen of niet-gedocumenteerden).

Het onderzoek zal zich richten op de praktijk en zal, voor zover dit mogelijk en relevant is, zowel actiegericht als participatief zijn. Actiegericht, want het onderzoek moet kunnen uitmonden in direct implementeerbare uitkomsten. Met participatief bedoel ik dat de doelgroepen en belanghebbende partijen zo vroeg mogelijk bij het onderzoek betrokken moeten worden, zodat zij het onderzoek belangrijk vinden en mede zorgen voor de implementatie van de onderzoeksresultaten of onderzoeksproducten.

Ik wil ten slotte nog even kort ingaan op beide onderdelen van het programma die voortvloeien uit de gestelde doelen.

1) Implementeren van effectieve zorg voor migranten als klanten in de Nederlandse gezondheidszorg

Dit onderdeel van het onderzoeksprogramma zal zich verdiepen in de diepere aspecten die van invloed kunnen zijn op de effectiviteit van de gezondheidszorg voor migranten. Zoals ik al eerder aangaf, krijgt de gezondheidszorg vaak moeilijk aansluiting bij de eigen leef- en denkwereld van deze doelgroep, of eigenlijk houdt zij daar onvoldoende rekening mee. Interventies in de gezondheidszorg moeten daarom beter aansluiten bij die doelgroep, haar prioriteiten en visie op ziekte en gezondheid meenemen en hiervan gebruikmaken om interventies op maat te ontwikkelen.

Voor veel migranten is de plaats die de patiënt in het Nederlandse zorgsysteem inneemt iets totaal nieuws. Er zal onderzoek worden verricht naar de positie van de migrant als patiënt, de factoren die een rol spelen bij de huidige situatie en de mogelijkheden van ons zorgsysteem om een betere aansluiting te vinden bij deze groep patiënten. Het onderzoeksprogramma wil wegen zoeken om migranten te betrekken bij allerlei vormen van patiëntenparticipatie en monitoring van gezondheid en gezondheidszorg.

Het onderzoek moet dicht bij de praktijk blijven. Om de migrant als klant in de zorg zijn of haar terechte plaats te geven, is er een meersporenbeleid nodig: cultuurcompetente zorgverleners en zorg, geïnformeerde en ondersteunde klanten, praktische cultuursensitieve interventies en initiatieven, en dat alles voor zover nodig ondersteund door onderzoek naar de effectiviteit ervan.

De kwaliteit van de zorg voor niet-westerse allochtonen uit verschillende groepen, met verschillende aandoeningen en in verschillende sectoren van de zorg kan beter. Zoals ik vandaag al eerder heb aangegeven, is over het te verwachten effect op de gezondheid maar heel weinig bekend. Daarnaast verdient de continuïteit van de zorgketen, waaronder de doorverwijzing tussen zorgchelons, eveneens aandacht. Dit geldt ook voor de nieuwe ontwikkelingen in de categorale zorg voor bepaalde groepen migranten. Ten slotte moet ook aandacht besteed worden aan preventie, omdat migranten vaak minder deelnemen aan preventieve activiteiten dan autochtonen.

Dit onderzoek vraagt om een multidisciplinaire en interdisciplinaire aanpak, vooral vanuit de sociaal-epidemiologische en sociale wetenschappen, waaronder de medische antropologie. De ene discipline kan haar voordeel doen met de informatieverzameling en onderzoeksmethoden van de andere, door het gebruik van zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoekstechnieken. Maar ook de confrontatie met de verschillende paradigma's, waar verschillende disciplines van uitgaan, kan verrijkend werken en een andere kijk geven op hetzelfde onderzoeksonderwerp.

2) Meten en monitoren van klantentevredenheid

Het tweede onderdeel zal zich richten op de tevredenheid van de allochtone klant over de Nederlandse gezondheidszorg. Terwijl er generieke elementen zijn in het meten van klantentevredenheid die waarschijnlijk gelden voor alle cliënten, ongeacht etnische herkomst, zullen instrumenten voor het meten van deze klantentevredenheid onderdelen moeten bevatten die zich specifiek richten op de relatie allochtone cliënt versus Nederlands gezondheidszorgsysteem. Hiervoor moet diepgaande informatie beschikbaar komen over verschillende groepen migranten, die gebruikt kan worden voor het ontwikkelen van aangepaste instrumenten en van onderwijs- en trainingsmodules voor (toekomstige)

zorgverleners. Deze instrumenten kunnen op hun beurt ingezet worden voor het monitoren van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het onderzoeksprogramma kan voor de ontwerpen hiervan gebruikmaken van de reeds bestaande expertise betreffende de Consumer Quality-indexen (CQi) bij het NIVEL. Het meten van klantentevredenheid en de factoren die met die tevredenheid geassocieerd zijn, moeten bijdragen tot versterking van de positie van de migrant als klant.

Beide onderdelen lijken misschien wel erg veel voor een leerstoel van één dag, maar daarbinnen zal ik de nodige aandachtspunten kiezen. Er is werk aan de winkel of, liever, aan de toko of bazar!

Dankwoord

Geachte toehoorders, ik wil graag afsluiten met een paar woorden van dank.

Allereerst wil ik het College van Bestuur van deze universiteit bedanken voor de instemming met mijn benoeming als bijzonder hoogleraar. De financier van deze bijzondere leerstoel, namelijk de Stichting Pharos, het landelijk kennis- en adviescentrum op het gebied van de gezondheid van migranten en vluchtelingen, en het College van Curatoren wil ik danken voor het in mij gestelde vertrouwen. U kunt er zeker van zijn dat ik de komende jaren mijn uiterste best zal doen om dat vertrouwen waar te maken. De ondersteuning van de afdeling Sociologie en Antropologie van de UVA, en meer specifiek de leerstoelgroep Health, Care and the Body bij Medische Antropologie, zal hier zeker aan bijdragen.

Graag wil ik ook mijn collega's van het NIVEL, waar ik de rest van de week nog steeds werkzaam ben, bedanken. Zij hebben me van deze mogelijkheid op de hoogte gebracht en me ondersteund om deze weg in te slaan.

Een aantal mensen wil ik toch even met naam noemen, zonder anderen te kort te willen doen. Ik wil beginnen met de collega's bij Pharos, waar ik begin dit jaar hartelijk en nieuwsgierig ontvangen werd. Het is een hele stap voor Pharos geweest om deze leerstoel in te stellen. Ik wil vooral Monica van Berkum en Maria van den Muisenbergh danken voor hun continue ondersteuning bij het ontwikkelen van het onderzoeksprogramma en het tot stand komen van deze oratie. Jullie zijn erin geslaagd om de signalen vanuit de praktijk goed gestalte te geven in het onderzoeksprogramma.

Bij Medische Antropologie wil ik allereerst Anita Hardon danken voor het vertrouwen dat ze al jaren in mij heeft en voor de samenwerking die er tot op heden was op het gebied van onderwijs. Hopelijk zullen zich goede mogelijkheden voor verdere samenwerking binnen het thema Global Health voordoen. Verder wil ik Ria Reis, Trudie Gerrits, Stuart Blume en Sjaak van der Geest

bedanken voor hun inspanningen om me wegwijs te maken in de doolhof van leerstoelgroep, afdeling, onderwijs en onderzoeksinstituten, en de universiteit. Zo ben ik mij gaandeweg op deze universiteit toch wat gaan thuis voelen.

Onder de vele NIVEL-collega's die ik zeer waardeer en heb leren kennen gedurende de laatste acht jaar, wil ik vooral Peter Groenewegen en Jouke van der Zee met naam noemen, omdat zij steeds zijn blijven geloven in het nut van een onderzoeksprogramma over migranten en andere kwetsbare groepen in de Nederlandse samenleving. Jullie weten dat bij dit soort onderzoek mijn hart ligt. Ik wil ook de andere senioronderzoekers danken voor het inzicht dat zij mij hebben gegeven in de wereld van het Nederlandse gezondheidssysteem, en voor de steun die we elkaar geven wanneer we dat nodig hebben. De stroom van jongere onderzoekers die in de diverse projecten voorbijkomen, wil ik danken omdat ze me scherp houden.

Onder de collega's in het netwerk van onderzoekers naar migranten en de gezondheidszorg in Nederland wil ik specifiek Karien Stronks en Marleen Foets noemen voor hun open minds, de fijne contacten en het gezamenlijk nadenken over de behoeften en prioriteiten in het onderzoek op dit gebied in Nederland. Hopelijk komen we in het kader van deze leerstoel tot concrete samenwerkingsprojecten, zeker tussen de verschillende groepen op deze universiteit.

Dat ik hier sta is echter ook te danken aan mijn eerste kennismaking met een zuiver wetenschappelijke werkomgeving in Nederland, namelijk de toenmalige afdeling Epidemiologie en Biostatistiek en het EMGO Instituut in Amsterdam. Ik heb als epidemioloog en methodoloog veel gehad aan de acht jaar dat ik daar werkzaam ben geweest en de vriendschappen die daar zijn gegroeid.

Zo kom ik stilaan bij mijn persoonlijke wortels. Mijn vader zaliger vond het dertig jaar geleden eigenlijk maar niks dat ik niet gewoon huisarts wilde worden en patiënten ging zien. Hij zou natuurlijk wel fier geweest zijn om me hier te zien staan. Helaas is mijn moeder nu te oud om de hele reis uit het verre Vlaanderen te kunnen maken, maar ik weet dat mijn benoeming op papier naast de foto van mijn vader staat. Ik wil hen beiden danken voor wie ik nu ben en de kansen die zij mij daarvoor hebben gegeven.

Dan kom ik eindelijk bij mijn dichtste naasten terecht. Wannas, Seppe en Nele, jullie hebben acht jaar geleden mijn promotie meegemaakt. Dat was het eerste contact met deze wereld van onderzoekers, en nu zijn we in een volgend stadium beland. Jullie hebben deze evolutie met nieuwsgierigheid en interesse gevolgd.

En ja, Mieke aan jouw kritische, nuchtere kijk heb ik nog het meest gehad. Die houdt mij met beide voeten op de grond. En tegelijkertijd geef je me vanaf een neutrale afstand veel steun en kracht. Dankjewel daarvoor!

Ik heb gezegd.

Literatuur

- Andersen, R.M., 'Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?' In: *Journal of health and social behaviour*, 36, p. 1-10, 1995
- Arts, L., Bouman, M., & Goring, J., *Nieuwe Nederlanders, nieuwe zorg. Onderzoek naar interculturalisatie van de zorg in Noord-Holland*. ACB Kenniscentrum, Amsterdam, 2009
- Bekker, M., & Mens-Verhulst, J. van, *GGZ en Diversiteit: prevalentie en Zorgkwaliteit. Programmeringsstudie in het kader van het ZonMw programma 'Etniciteit en gezondheid'*, 2008
- Berkum, M. van, & Smulders, E., *Migranten, gezondheidszorg en preventie*, Pharos, Utrecht, 2009
- Devillé, W., Uiters, E., Westert, G., & Groenewegen, P., 'Perceived health and consultation of GPs among ethnic minorities compared to the general population in the Netherlands'. In: Westert, G.P., Jabaaij, L., & Schellevis, F.G. (red.), *Dutch general practice on stage: morbidity, performance and quality in an international scene*, Radcliffe, Oxford, 2006
- Feldmann, C.T., Bensing, J.M., Ruiter, A. de, & Boeije, H.R., 'Somali refugees' experiences with their general practitioners: Frames of reference and critical episodes'. In: *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 2, p. 28-40, 2006
- Feldmann, C.T., Bensing, J.M., Ruijter, A. de, & Boeije, H.R., 'Afghan refugees and their general practitioners in The Netherlands: to trust or not to trust?' In: *Sociology of Health & Illness*, 29, p. 5315-5535, 2007
- Foets, M., Suurmond, J., & Stronks, K., 'De relatie tussen etnische herkomst en gezondheid(szorg). Een conceptualisering'. In: M.Foets J. Schuster & Karien Stronks (red.), *Gezondheids(zorg) onderzoek onder allochtone bevolkingsgroepen*, Amsterdam, 2007
- Gailly, A., 'Cultuurgevoelige hulpverlening. Het lijkt politiek correct, maar wat is de inhoud?' In: *Cultuur Migratie Gezondheid*, 5, p. 152-163, 2008
- Graaff, F. de, "'Palliatieve zorg" een contradictie? Opvattingen van kankerpatiënten en naasten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond over "goede zorg" in de palliatieve fase en de reacties daarop van zorgverleners' (aangeboden), 2009
- Hariri, S., *Gezondheidsklachten, met name urogenitale, en ervaring met de huisarts bij Afghaanse en Iranese vrouwen*. Verslag wetenschappelijke stage afdeling eerste lijns geneeskunde UMC St Radboud, Nijmegen, 2007
- Hartman, E., Vermeer, B., & Muijsenbergh, M. van den, 'Breast cancer screening participation among Turks and Moroccans in the Netherlands: reasons for non-attendance according to these women themselves; a qualitative exploration'. In: *European Journal of Cancer Prevention* (aangeboden), 2009
- Kleinman, A., Benson, P., 'Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It'. In: *Plos Medicine*, 3, p. 1673-1676, 2006
- Kunst, A., Mackenbach, J., Lamkaddem, M., Rademakers, J., & Devillé, W., *Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland*. Studie in opdracht van ZonMw, 2008

- Seeleman, C., Essink-Bot, M., & Stronks, K., *Toegankelijkheid en kwaliteit van de somatische zorg*. Literatuurstudie in opdracht van ZonMw, 2008
- Scheffer, P., *Het land van aankomst*. De Bezige Bij, Amsterdam, 2007
- Stronks, K., Uniken Venema, H.P., Dahnan, N., & Gunning-Schepers, L.J., 'Allochtoon, dus ongezond? Mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etnische gezondheid geïntegreerd in een conceptueel model'. In: *TSG*, 77, p. 33-40, 2007
- Uiters, E., Dijk, L. van, Devillé, W., Foets, M., Spreeuwenberg, P., & Groenewegen, P., 'Ethnic minorities and prescription medication: concordance between self-reports and medical records'. In: *BMC Health Services Research*, 6, p. 115, 2006
- UNHCR and WHO, *The Right to Health*, Factsheet no. 31, 2007