

Migranten en de huisarts

Bevindingen uit twaalf onderzoeken in kaart gebracht

M.G. Weide, M. Foets *

De bevindingen uit twaalf onderzoeken naar de gezondheid van migranten en hun contact met de huisarts zijn in kaart gebracht. In negen onderzoeken zijn gegevens over gezondheid en medische consumptie bij migranten zelf verzameld; in de overige drie is informatie verkregen via de huisartspraktijk. Uit de onderzoeken komt naar voren dat migranten doorgaans hun gezondheid als slechter beoordelen dan Nederlanders en meer - chronische - gezondheidsproblemen hebben. Ze bezoeken de huisarts dan ook meer dan Nederlanders. Dat geldt vooral voor Turkse patiënten. Zij zijn niet alleen ongezonder dan Nederlanders, maar consulteren de arts ook sneller bij klachten als griep, verkoudheid en hoofdpijn. Ze gebruiken dan ook meer dan Nederlanders pijn- en koorts-

werende middelen op recept, maar minder niet-voorgescreven middelen. Dat geldt ook voor Marokkanen. De huisarts lijkt bij deze groepen ook wat sneller een recept uit te schrijven dan bij Nederlanders en Surinamers. Er zijn geen aanwijzingen dat migranten vaker verwezen worden dan Nederlanders. De bevindingen die de Turkse groep betreffen, zijn het meest betrouwbaar. Dit is verreweg de meest onderzochte groep. Met name de CBS-gezondheidsenquête onder Turken heeft veel relevante informatie opgeleverd. De informatie die verkregen is bij Marokkanen en Surinamers over hun gezondheid en medische consumptie is beperkt. Groot-schalig onderzoek in de huisartspraktijk ontbreekt vrijwel.

Trefwoorden: migranten, ervaren gezondheid, medische consumptie, huisartspraktijk

Op 1 januari 1992 telde Nederland 2.4 miljoen migranten¹, van wie er 1 miljoen tot de doelgroepen van het minderhedenbeleid behoren.² Dit zijn voor het merendeel Turken (240.000), Marokkanen (195.000) en Surinamers (260.000). Zij wonen voor een belangrijk deel in de grote steden² en daarbinnen veelal geconcentreerd in bepaalde wijken. Huisartsen die in deze wijken hun praktijk hebben, hebben soms vrijwel uitsluitend te maken met migranten.³ Maar ook veel andere huisartsen hebben inmiddels kennis gemaakt met patiënten van Turkse, Marokkaanse of Surinaamse herkomst. Wat betekent dat nu voor de huisarts? Komen migranten met andere klachten en problemen dan Nederlanders? Doen ze minder vaak of juist vaker een beroep op de huisarts en verloopt het contact anders? Het antwoord op deze vragen is van belang met het oog op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Voor een goede afstemming van de huisartsenzorg op migranten is het belangrijk te weten of migranten specifieke klachten hebben die een andere aanpak vereisen dan de huisarts bij Nederlanders gewend is. De mate waarin migranten van de huisartsenzorg gebruik maken zegt iets over de doelmatigheid van deze zorg. Zowel onder- als overconsumptie is een signaal voor knelpunten. Ook de behandeling van de huisarts, bijvoorbeeld de mate waarin hij/zij migranten medicijnen voorschrijft en verwijst, kan een indicatie geven van knelpunten in de kwaliteit van de zorg die migranten ontvangen.

Naar de gezondheid van migranten in Nederland en hun relatie met de gezondheidszorg is reeds het nodige

onderzoek verricht. In 1985 verscheen een literatuurstudie waarin het onderzoek tot op dat moment in kaart werd gebracht.⁴ Hieruit kwam naar voren dat veel onderzoek beschrijvend en exploratief van aard was. Een inventarisatie van gezondheidsklachten van migranten had met name plaatsgevonden bij hulpverleners; bij migranten zelf was nauwelijks informatie verkregen. In veel onderzoek ontbrak bovendien een Nederlandse vergelijkingsgroep, zodat de waarde van de informatie beperkt was. De enkele onderzoeken in de huisartspraktijk waarin wel van een Nederlandse vergelijkingsgroep sprake was, waren retrospectief van opzet en beperkt tot één praktijk. Een aantal jaren later was deze situatie nog nauwelijks verbeterd.⁵ Een studie uit 1993 die is uitgevoerd in het kader van een brede literatuurstudie op het terrein van gezondheid en bestaansonzekerheid in Nederland⁶, laat zien dat er inmiddels een aantal onderzoeken is afgerond waarin de ervaringen van migranten zelf centraal staan.

In dit artikel geven we een actueel overzicht van Nederlands onderzoek dat relevante informatie heeft opgeleverd voor het contact tussen migranten en hun huisarts. Het doel van de studie is bevindingen in kaart te brengen ten aanzien van verschillen tussen migranten en autochtone Nederlanders in

- ervaren gezondheid (gezondheidsoordeel, klachten, chronische aandoeningen);
- gebruik van de huisartsenzorg (contact met de huisarts, contactfrequentie, gepresenteerde klachten, diagnoses);
- behandeling door de huisarts (prescriptie, verwijzing).

Onderzoek dat uitsluitend betrekking heeft op afzonderlijke ziekten blijft in dit artikel buiten beschouwing, omdat het voornamelijk ziekten betreft waarmee de huisarts relatief weinig geconfronteerd wordt.

* M.G. Weide, M. Foets

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Utrecht

METHODE

Relevante literatuur is gezocht via de catalogus van de bibliotheek van het NIVEL (trefwoord allochtonen), de literatuurlijst van de Hoofdafdeling Documentatie en Bibliotheek van het ministerie van VWS betreffende gezondheid en gezondheidszorg minderheden en de bibliotheek van het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders te Woerden (rubrieken gezondheid en huisarts). Daarnaast zijn de overzichten van het Sociaal Wetenschappelijk Informatie- en Documentatiecentrum van lopend en recent afgesloten onderzoek in de afgelopen jaren doorgenomen op mogelijk relevant onderzoek. Van hieruit is verder gezocht.

Bij de selectie van relevant onderzoek is een aantal criteria gehanteerd. Ten eerste zijn slechts officiële publicaties in het overzicht betrokken: scripties en publicaties in het 'grijze' circuit zijn uitgesloten. Ten tweede is terwille van de actualiteit een restrictie gemaakt tot literatuur gepubliceerd van januari 1985 tot maart 1996. Ten derde is, vanwege de vergelijkbaarheid, onderzoek dat uitsluitend betrekking heeft op kinderen of jongeren niet in de studie opgenomen. Het laatste selectiecriteria was de kwaliteit van het onderzoek. Er is gekeken naar de aanwezigheid van een Nederlandse vergelijkingsgroep, de steekproefomvang (tenminste 50 personen per etnische groep) en onderzoeksmethoden (in opzet of analyses rekening gehouden met de invloed van relevante achtergrondkenmerken). Bij meer publicaties op basis van hetzelfde gegevensbestand is telkens de eerste 'hoofd'publicatie geselecteerd, tenzij een latere publicatie nieuwe relevante onderzoeksresultaten bevatte. In dat geval is deze publicatie geselecteerd.

RESULTATEN

Twaalf onderzoeken voldeden aan de gestelde criteria. In negen van deze onderzoeken zijn gegevens over gezondheid en medische consumptie bij migranten zelf verzameld⁷⁻¹⁵, in de overige drie is informatie verkregen via de huisarts.¹⁶⁻¹⁸ De onderzoeken verschillen in bereik, steekproef, opzet, aard en omvang van de onderzoeksgroep, aspecten die gemeten zijn en analyseprocedure (zie schema).

Van de enquête-onderzoeken is de gezondheids-enquête Turken¹⁰ verreweg het belangrijkste. Deze heeft een landelijk bereik en is het meest representatief. Het leefsituatie-onderzoek onder Turken en Marokkanen⁷ heeft weliswaar eveneens een landelijk bereik, maar in dit - relatief oude - onderzoek zijn alleen hoofden van huishoudens betrokken. In de praktijk zijn dat vrijwel altijd mannen. Omdat er onder Marokkanen nauwelijks enquête-onderzoek van enige omvang is uitgevoerd, is dit onderzoek ondanks deze beperking toch in het overzicht opgenomen, echter alleen voor de Marokkaanse groep. Voor het landelijke leefsituatie-onderzoek onder Surinamers en Antillianen⁹ geldt dat laatste bezwaar niet. De respondenten in dat onderzoek zijn geselecteerd ongeacht hun plaats in het huishouden. De overige enquête-onderzoeken beperken zich tot Rotterdam^{8,12-15} en Utrecht.¹¹ Van de drie onderzoeken die in de huisartspraktijk zijn uitgevoerd heeft er één een landelijk bereik.¹⁸ Ten behoeve van een Advies van de Nationale Raad voor de

Volksgezondheid en het Overlegorgaan Gezondheidszorg Multiculturele Samenleving zijn secundaire analyses uitgevoerd op datamateriaal dat verzameld is in het kader van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.¹⁹ De overige twee onderzoeken^{16,17} zijn gesitueerd in Amsterdam.

Kijken we naar de groepen migranten die in de enquête-onderzoeken onderwerp van studie zijn, dan valt op dat Turken de meest ondervraagde groep zijn. Zij participeren in zes van de negen onderzoeken^{7,8,10-12,14}, waarvan er drie zelfs uitsluitend deze groep betreffen.^{8,10,14} Marokkanen zijn in vier onderzoeken meegenomen.^{7,11-13} De Marokkaanse respondenten uit de eerste Omnibusenquête in Rotterdam bleken achteraf echter niet representatief te zijn¹² en de resultaten voor deze groep worden daarom niet besproken. Drie onderzoeken hebben betrekking op Surinamers.^{9,11,15} Omdat het aantal Surinaamse respondenten in het onderzoek van de GGD Utrecht¹¹ minder dan 50 is, wordt hier geen aandacht besteed aan de bevindingen voor deze groep. Antillianen zijn slechts in één enquête-onderzoek onderwerp van studie.⁹ In alle drie onderzoeken in de huisartspraktijk¹⁶⁻¹⁸ zijn gegevens verzameld bij Turken, Marokkanen en Surinamers. Deze laatste groep is in twee onderzoeken samengenomen met Antillianen.^{16,17} Omdat Antillianen slechts in één onderzoek een zelfstandige onderzoeksgroep vormen, blijft deze groep in de bespreking verder buiten beschouwing.

In de onderzoeken is op verschillende manieren rekening gehouden met relevante achtergrondkenmerken. Er zijn globaal drie procedures gehanteerd: de resultaten zijn uitgesplitst naar leeftijd en/of geslacht^{7,9,16,17}, er is gecontroleerd voor de invloed van leeftijd, geslacht en andere achtergrondkenmerken door ze als covariaat in de analyse mee te nemen^{11,15,18} of groepen die vergeleken worden zijn individueel gematcht op deze kenmerken.^{8,12-14} In de gezondheidsenquête Turken¹⁰ vinden we een combinatie van deze procedures. Ten eerste zijn de gegevens van de Nederlandse vergelijkingsgroep herwogen naar leeftijd en geslacht, zodat de groep op deze kenmerken gelijk is aan de Turkse groep. Ten tweede zijn de resultaten voor aspecten van ervaren gezondheid uitgesplitst naar leeftijd, geslacht en opleiding, en voor aspecten van medische consumptie naar leeftijd, geslacht en ervaren gezondheid. Tenslotte zijn analyses uitgevoerd waarbij telkens voor genoemde kenmerken gecorrigeerd is.

De bevindingen uit de diverse onderzoeken worden hierna voor Turken, Marokkanen en Surinamers apart op een rij gezet. Achtereenvolgens wordt ingegaan op aspecten van de ervaren gezondheid (gezondheidsoordeel, gezondheidsklachten en chronische aandoeningen), het gebruik van de huisartsenzorg (contact met de huisarts en aard van de gepresenteerde klachten en diagnoses) en de behandeling door de huisarts (prescriptie, verwijzing). Bij dit laatste wordt ook ingegaan op bevindingen uit het enquête-onderzoek die medicijngebruik en het contact met de specialist betreffen.

Turken

■ Ervaren gezondheid

Uit het enquête-onderzoek komt duidelijk naar voren dat Turken hun gezondheid doorgaans als slechter beoorde-

Onderzoek	Bron/bereik	Steekproef	Opzet	Periode	Onderzoeks- groep	Maten	Analyse
Enquête-onderzoek							
CBS 1986 ⁷	Leefsituatie-onderzoek (LSO) Turk/Mar	Turk/Mar hoofden huishoudens aselect gestratificeerd uit gemeenten met >70 Turk/Mar	Mond. enquête eigen taal Verg. groep Ned LSO 1983	1984	≥18 jr 1348 Turk 1098 Mar 2079 Ned	VOEG* – 6 items contact huisarts 3 mnd contact specialist 3 mnd medicijngebruik 14 dg	Descriptief; resultaten uitgesplitst naar leeftijd
Uniken Venema 1987 ⁸	Gezondheids-enquête Turk GGD R'dam Rotterdam	Turk aselect uit bevolkingsregister R'dam; Ned gematcht op lft, gesl, adres	Mond. enquête eigen taal	jan 1986/ juli 1986	16–68 jr 248 Turk 241 Ned	Gezondheidsoordeel VOEG – 19 items chronische aandoeningen contact huisarts 3 mnd contact specialist 1 jr medicijngebruik 3 mnd	Descriptief, toetsend; resultaten uitgesplitst naar lft + geslacht χ^2 -toets, Wilcoxon rangsom toets
CBS 1988 ⁹	LSO Sur/Ant Landelijk	Sur/Ant aselect gestratificeerd uit gemeenten met >4500 inwoners	Mond. enquête Verg. groep Ned LSO 1983	1985	≥18 jr 346 Ant 959 Sur 3998 Ned	VOEG – 6 items contact huisarts 3 mnd contact specialist 3 mnd medicijngebruik 14 dg	Descriptief, toetsend; resultaten uitgesplitst naar lft, gesl, opl
CBS 1991 ¹⁰	Gezondheids-enquête Turk Landelijk	Turkse gezinnen aselect gestratificeerd uit steekproef gemeenten met >25 Turk	Mond. enquête eigen taal Verg. groep Ned Gez. enquête 89/90	okt 1989/ okt 1990	Alle leeftijden 5306 Turk 15860 Ned	Gezondheidsoordeel VOEG – 23 items chronische aandoening 1 jr contact huisarts 2 mnd/1 jr contact specialist 2 mnd/1 jr medicijngebruik 14 dg	Descriptief, toetsend; Ned groep herwogen naar lft, gesl; resultaten uitgesplitst naar lft, gesl, opl (gezondheid), ervaren gezondheid (medische consumptie); regressie-analyse: covariaten lft, gesl, opl, ervaren gezondheid
In 't Veld & Van Steenberg 1992 ¹¹	Gezondheids-peiling GGD Utrecht Utrecht	Aselect uit bevolkingsregister Utrecht, steekproef opgehoogd voor Turk/Mar >45 jr	Mond. enquête eigen taal	1986/1987	15–64 jr 59 Turk 75 Mar 39 Sur 1234 Ned	VOEG – 21 items GHQ* – 12 items contact huisarts 6 mnd contact specialist 6 mnd medicijngebruik 3 mnd	Toetsend; logistische regressie-analyse: covariaten lft, gesl, opl
Lamers 1992 ¹²	Omnibus-enquête Turk/Mar, vr. gezondheid GGD R'dam Rotterdam	Turk/Mar aselect uit bevolkingsregister R'dam	Mond. enquête eigen taal Verg. groep Ned Omnibusenquêtes 1987–1990, gematcht op lft, gesl	Najaar 1990	16–74 jr 193 Turk 95 Mar 288 Ned	Gezondheidsoordeel contact huisarts 2 mnd contact specialist 1 jr medicijngebruik 3 mnd	Toetsend; χ^2 -toets
Lamers & Reelick 1992 ¹³	Omnibus-enquête Mar, vr. gezondheid GGD R'dam Rotterdam	Mar aselect uit bevolkingsregister R'dam	Mond. enquête eigen taal Verg. groep Ned Omnibusenquête 1991, gematcht op lft, gesl, werksit	Najaar 1991	16–74 jr 104 Mar 104 Ned	Gezondheidsoordeel contact huisarts 2 mnd contact specialist 1 jr medicijngebruik 3 mnd	Toetsend; χ^2 -toets
Leeflang 1994 ¹⁴	Onderzoek hulpzoek-gedrag LIDESCO Rotterdam	Turk/Ned gezinnen uit 9 huisarts-praktijken in achterstandswijken R'dam, laag SES, zonder ernstige acute of chronische ziekte, gematcht op lft man	Mond. enquête eigen taal	nov 1991/ mrt 1993	25–50 jr 196 Turk 160 Ned	Gezondheidsoordeel gezondheidsklachten (lichamelijk + malaise) contact huisarts 3 mnd medicijngebruik 14 dg	Toetsend; T-toets, soms covariantie-analyse: covariaten (afhankelijk van uitkomstmaat) beroepsniveau, hebben betaalde baan, ervaren gezondheid
Kocken e.a. 1994 ¹⁵	Omnibus-enquête, vr. gezondheid GGD R'dam Rotterdam	Aselect uit bevolking R'dam met Ned nationaliteit; selectie Sur op geboorteland/geboorteland ouders	Jaarlijkse schrift. post-enquête Verg. groep Ned aselecte steekproef Omnibusenquêtes	1987 t/m 1991	16–75 jr 471 Sur 2826 Ned	Gezondheidsoordeel subschaal ABS* 'onprettige gevoelens' 4 items contact huisarts 2 mnd	Toetsend; logistische regressie-analyse: covariaten lft, gesl, burg.staat, opl

* VOEG: Vragenlijst voor Onderzoek naar de Ervaren Gezondheid; GHQ: General Health Questionnaire; ABS: Affect Balance Scale

Schema a) Overzicht enquête-onderzoek

Onderzoek	Bron/bereik	Steekproef	Opzet	Periode	Onderzoeks- groep	Maten	Analyse
Onderzoek huisartspraktijk							
Belleman 1986 ¹⁶	Peilstation Projekt GGD A'dam	30 huisarts- praktijken	Contacten 1 jr, registratie 1 w per 4 w	1983	Alle leeftijden n=15.723 83% Ned 3% Turk 4% Mar 5% Sur/Ant	Contactfrequentie	Descriptief; resultaten uitgesplitst naar lft + gesl
	Amsterdam		Samenstellen populatie 'at risk'				
Van Wieringen e.a. 1986 ¹⁷	Aangehaakt bij Peilstation Projekt GGD A'dam	12 huisarts- praktijken >20% migranten 15 huisartsen	Registratie 1w per 4 w	juli 1984/ juli 1985	Alle leeftijden 1480 Turk 2401 Mar 2192 Sur/Ant 18773 Ned	Gezondheidsklachten (ICPC) diagnose (ICPC) contactfrequentie voorschrijfgedrag verwijsgedrag	Descriptief, toetsend; resultaten uitgesplitst naar lft + gesl; χ^2 -toets
	Amsterdam						
NRV 1995 ¹⁸	Nationale Studie NIVEL	Aselect gestratificeerd 103 huisarts- praktijken 161 huisartsen	Registratie 4 groepen huisartsen 3 mnd	april 1987/ april 1988	Alle leeftijden 2071 Turk 1715 Mar 2289 Sur 236053 Ned	Diagnose (ICPC) ziekte-episoden	Toetsend; regressie- analyse: covariaten lft, gesl, opl, hebben betaalde baan, verzekeringvorm
	Landelijk						

Schema b) Overzicht onderzoek huisartspraktijk

len dan Nederlanders. In de CBS-gezondheidsenquête¹⁰ noemde 26% van de Turkse respondenten hun gezondheid minder goed (gaat wel, soms goed/soms slecht, slecht) tegenover 11% van de Nederlanders. Dit verschil in gezondheidsoordeel bleef bestaan wanneer Turken en Nederlanders met hetzelfde opleidingsniveau werden vergeleken. Uniken Venema⁸ rapporteerde dat 45% van de door haar ondervraagde Turkse Rotterdammers hun gezondheid als matig of slecht beoordeelde, tegenover 23% van de Nederlandse vergelijkingsgroep, hetgeen overeenkomt met de resultaten uit de Omnibusenquête¹² (48% versus 20%). Leeflang¹⁴ stelde vast dat 51% van de Turkse respondenten hun gezondheid 'gewoon' noemde en 18% 'slecht' of 'zeer slecht', terwijl deze percentages bij de Nederlanders respectievelijk 34% en 4% waren.

Ook hebben Turken in het algemeen meer gezondheidsklachten dan Nederlanders. In de meeste onderzoeken zijn deze klachten gemeten met - een verkorte versie van - de Vragenlijst voor Onderzoek naar de Ervaren Gezondheid (VOEG).⁷⁻¹¹ In de gezondheidspeiling Utrecht¹¹ is daarnaast tevens gebruik gemaakt van de General Health Questionnaire (GHQ). Het CBS stelde vast dat Turken gemiddeld een hogere VOEG-score - meer klachten - hebben dan Nederlanders, ook na correctie voor verschillen in opleidingsniveau.¹⁰ Deze bevinding wordt ondersteund door de onderzoeken van Uniken Venema⁸ en Leeflang¹⁴, die bij Turken eveneens een hogere VOEG-score, respectievelijk meer gezondheidsklachten vaststelden dan bij hun Nederlandse matches. Bij In't Veld en Van Steenbergen verdwenen de aanvankelijk verhoogde VOEG- en GHQ-score bij Turken na correctie voor verschillen in opleidingsniveau.¹¹

In de CBS-gezondheidsenquête rapporteerden meer Turken dan Nederlanders het afgelopen jaar last te hebben gehad van een chronische aandoening.¹⁰ Uniken Venema⁸ stelde echter bij evenveel Turken als Nederlanders chronische gezondheidsproblemen vast. Wel vond ook Uniken Venema dat Turken gemiddeld wat meer chronische klachten noemden dan Nederlanders. Zowel bij

Nederlanders als Turken behoorden rugaandoeningen, astma/chronische bronchitis en migraine tot de meest genoemde klachten. Turken hadden hier echter verhoudingsgewijs vaker last van.¹⁰

■ Gebruik van de huisartsenzorg

Het CBS stelde vast dat in vergelijking met Nederlanders, een hoger percentage Turken zowel in de afgelopen twee maanden, als in het afgelopen jaar de huisarts had bezocht (respectievelijk 38% versus 28% en 78% versus 71%).¹⁰ Eenzelfde beeld kwam uit de Omnibusenquête¹² naar voren. In twee maanden had 54% van de Turkse Rotterdammers de huisarts bezocht tegenover 37% van hun Nederlandse matches. Uniken Venema⁸ stelde over een periode van drie maanden bij 62% Turken versus 47% Nederlanders huisartsbezoek vast. Leeflang¹⁴ rapporteerde over dezelfde periode dat ruim tweemaal zoveel Turken als Nederlanders de huisarts hadden bezocht (75% versus 36%). Na correctie voor verschillen in beroepsniveau en het hebben van een betaalde baan, werd dit verschil weliswaar wat kleiner, maar het bleef aanzienlijk. In deze onderzoeken werd bij Turken tevens een hogere contactfrequentie vastgesteld.^{8,10,12,14} In't Veld en Van Steenbergen constateerden echter dat na correctie voor verschillen in opleidingsniveau Turken niet in huisartsbezoek verschilden van Nederlanders.¹¹ Ook het CBS stelde vast dat wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in ervaren gezondheid, Turken niet van Nederlanders verschilden in contactfrequentie.¹⁰ Leeflang concludeerde daarentegen dat verschillen in gezondheidsklachten de door hem geconstateerde verschillen in contactfrequentie tussen Turken en Nederlanders niet volledig konden verklaren.¹⁴

De onderzoeken in de huisartspraktijk ondersteunen dit beeld. Zowel Belleman als Van Wieringen stelden vast dat van alle etnische groepen Turken de hoogste contactfrequentie hadden.^{16,17} Wanneer niet naar contacten maar naar ziekte-episoden gekeken wordt, waarbij een ziekte-episode uit meer contacten kan bestaan die hetzelfde ziekteprobleem betreffen, presenteerden Turken echter

minder problemen aan de huisarts dan Nederlanders.¹⁸ Dit past bij de bevinding van Van Wieringen e.a. dat Turken vaker met oude klachten terugkomen.¹⁷

Het CBS¹⁰ inventariseerde tevens de klachten waarmee Turken en Nederlanders naar de huisarts gingen. Beide groepen bezochten de huisarts het vaakst in verband met griep/verkoudheid, maar Turken deden dit verhoudingsgewijs vaker. Daarnaast noemden Turken veel vaker dan Nederlanders maagklachten/misselijkheid en hoofdpijn/migraine en minder vaak oorklachten. Van Wieringen e.a.¹⁷ stelden vast dat Turken met meer klachten over de luchtwegen en spijsverteringsorganen bij de huisarts kwamen dan Nederlanders, maar met minder klachten over hart- en bloedvaten. Ook psychische klachten kwamen bij Turken minder voor. In dit onderzoek is behalve naar de klachten zoals ze door de patiënt verwoord zijn, ook gekeken naar de diagnose die de arts stelde. Hierin werden dezelfde verschillen gevonden tussen Turken en Nederlanders, alleen waren deze wat kleiner. Deze bevindingen worden ondersteund door de resultaten van secundaire analyses op de gegevens van de Nationale Studie.¹⁸ Diagnoses die het spijsverteringsstelsel, de luchtwegen en het bewegingsapparaat betreffen werden vaker gesteld bij Turken dan bij Nederlanders, de diagnose hart- en bloedvaten minder vaak. Ook tekenden huisartsen bij Turken minder vaak psychische problemen aan.

■ Behandeling door de huisarts

Uit het onderzoek van Van Wieringen e.a.¹⁷ kwam naar voren dat Turken vaker een recept meekregen dan Nederlanders (in bijna 70% versus ruim de helft van de contacten). In dit onderzoek is ook de behandeling van migranten en Nederlanders bij de diagnose 'verkoudheid' onderzocht. Hieruit bleek dat de huisarts Turken ook bij dezelfde diagnose vaker een recept meegaf.

Zowel het CBS¹⁰ als Leeftang¹⁴ stelden vast dat meer Turken de 14 dagen voor het interview medicijnen op recept gebruikten dan Nederlanders. Ditzelfde werd aanvankelijk in het onderzoek van In't Veld en Van Steenberg gevonden voor het medicijngebruik in drie maanden, maar dit verschil verdween na correctie voor opleidingsniveau.¹¹ Zowel het CBS¹⁰ als Leeftang¹⁴ stelden vast dat Turken en Nederlanders niet verschilden in het gebruik van medicijnen op recept wanneer rekening gehouden werd met verschillen in ervaren gezondheid.

Wat betreft het gebruik van niet-voorgeschreven medicijnen zijn de resultaten niet eenduidig. Leeftang¹⁴ constateerde dat een lager percentage Turken dan Nederlanders dergelijke medicijnen gebruikten, waardoor het totale medicijngebruik bij Turken en Nederlanders gelijk was. In't Veld en Van Steenberg stelden vast dat Turken niet van Nederlanders verschilden in het gebruik van niet-voorgeschreven middelen.¹¹

Het CBS constateerde dat Turken significant vaker dan Nederlanders door de arts voorgeschreven pijn- en koortswerende middelen, medicijnen voor maag- en darmklachten en medicijnen tegen reuma gebruikten en minder vaak medicijnen voor hart- en vaatandoeningen (waaronder hoge bloeddruk), antibiotica, medicijnen voor de huid, medicijnen tegen allergie, en hormonen.¹⁰ Het gebruik van meer pijnstillers op recept en medicijnen tegen maag- en darmklachten werd ook door In't Veld en Van Steen-

bergen gevonden.¹¹ In het onderzoek van Uniken Venema en de Omnibusenquête werd eveneens vastgesteld dat meer Turken dan Nederlanders pijn- en koortswerende middelen⁸, respectievelijk medicijnen tegen maag- en darmklachten¹² gebruikten. In deze onderzoeken was echter geen onderscheid gemaakt tussen voorgeschreven en niet-voorgeschreven medicijnen.

Van Wieringen e.a. vonden bij huisartsen geen verschil in het percentage verwijzingen van Turken en Nederlanders.¹⁷ Ook uit de gezondheidsenquête¹⁰ kwam naar voren dat ongeveer evenveel huisartscontacten van Turken en Nederlanders resulteerden in een verwijzing (17% versus 16%). Het percentage Turken en Nederlanders dat aangaf contact te hebben gehad met de specialist in de twee maanden, dan wel het jaar voor het onderzoek verschilde niet significant (14% versus 13%, respectievelijk 36% versus 35%).¹⁰ De bevindingen uit de Omnibusenquête kwamen hiermee overeen: in een jaar bezocht 39% van de Turken de specialist tegenover 34% van de Nederlanders.¹² Bij Uniken Venema waren deze percentages respectievelijk 46% en 41%.⁸ In't Veld en Van Steenberg constateerden aanvankelijk wel een verschil, maar dit was niet langer significant na correctie voor opleidingsniveau.¹¹ Wanneer rekening gehouden werd met de slechtere gezondheid van Turken was het percentage Turken dat contact had met de specialist aan de lage kant.¹⁰

Wel, zo bleek uit de CBS-gezondheidsenquête¹⁰, verschilde de aard van de verwijzing. Vergeleken met Nederlanders hadden Turken veel meer contact met de internist, neuroloog en - in wat mindere mate - met de orthopeed. Dat hangt sterk samen met de reden voor dit contact. Dit waren vooral rugklachten, vermoeidheid/slapeloosheid/nervositeit en maagklachten/misselijkheid. Ook was hoofdpijn bij Turken veel vaker een contactreden dan bij Nederlanders.

Marokkanen

■ Ervaren gezondheid

Slechts in één van de drie hier besproken enquête-onderzoeken is Marokkanen gevraagd naar hun ervaren gezondheid. Hieruit kwam naar voren dat een significant hoger percentage Marokkanen dan Nederlanders deze matig of slecht noemde (38% versus 26%).¹³

Verder werd in het leefsituatie-onderzoek van het CBS⁷ vastgesteld dat Marokkanen een hogere VOEG-score hadden dan Nederlanders. In't Veld en Van Steenberg vonden bij Marokkanen eveneens vaker een verhoogde VOEG-score en GHQ-score, ook na correctie voor opleidingsniveau.¹¹

Uitspraken over verschillen tussen Marokkanen en Nederlanders in chronische aandoeningen, kunnen op basis van deze drie onderzoeken niet gedaan worden.

■ Gebruik van de huisartsenzorg

Het CBS constateerde dat meer Marokkaanse dan Nederlandse hoofden van huishoudens in de afgelopen drie maanden de huisarts bezochten en dat ze gemiddeld vaker waren gegaan.⁷ Ditzelfde kwam uit de Omnibusenquête naar voren.¹³ In't Veld en Van Steenberg stelden na correctie voor verschillen in opleidingsniveau echter geen verschil in contactfrequentie vast.¹¹ Het onderzoek van

Van Wieringen¹⁷ toonde bij Marokkanen een hogere contactfrequentie aan dan bij Nederlanders, maar Belleman¹⁶ vond geen verschil. Marokkanen verschilden niet van Nederlanders in het aantal problemen (ziekte-episoden) waarmee ze bij de arts kwamen.¹⁸

Wel verschilde ook bij deze groep de aard van de klachten. Marokkanen hadden, evenals Turken, meer spijsverteringsklachten en minder klachten over hart- en vaatziekten. Ook werden bij hen minder psychische klachten vastgesteld.^{17,18}

■ Behandeling door de huisarts

Evenals Turken kregen Marokkanen in het onderzoek van Van Wieringen e.a.¹⁷ vaker een recept mee dan Nederlanders, ook bij dezelfde diagnose 'verkoudheid'. Het CBS constateerde dat meer Marokkaanse dan Nederlandse hoofden van huishoudens medicijnen op recept gebruikten.⁷ In't Veld en Van Steenberghe vonden echter geen verschil na correctie voor opleidingsniveau.¹¹ Wel werd in beide onderzoeken bij Marokkanen een lager gebruik van niet-voorgeschreven medicijnen vastgesteld.^{7,11} Zo gebruikten ze meer pijnstillers op recept, maar minder niet-voorgeschreven pijnstillers dan Nederlanders. Ook gebruikten ze meer medicijnen tegen maag- en darmklachten.¹¹ Uit de Omnibusenquête kwam eveneens naar voren dat meer Marokkaanse dan Nederlandse Rotterdamers medicijnen tegen maag- en darmklachten gebruikten, hetgeen ook gold voor pijn- en koortswerende middelen en medicijnen tegen hoest, verkoudheid, griep en keelpijn.¹³

Huisartsen verschilden niet in de mate waarin ze Marokkanen en Nederlanders verwezen.¹⁷ Het CBS stelde vast dat meer Marokkaanse dan Nederlandse hoofden van huishoudens een specialist raadpleegden⁷, maar in de overige twee onderzoeken werd geen verschil in specialistenbezoek geconstateerd.^{11,13}

Surinamers

■ Ervaren gezondheid

Uit het onderzoek van Kocken e.a.¹⁵ kwam naar voren dat meer Surinamers dan Nederlanders aangaven een matige of slechte gezondheid te hebben, ook na correctie voor verschillen in burgerlijke staat en opleidingsniveau (Odds Ratio =1,6).

Surinamers hadden volgens de gegevens uit het leefsituatie-onderzoek bovendien een hogere VOEG-score dan Nederlanders, maar hoogopgeleide Surinamers (HBO/universiteit) verschilden nauwelijks van hoogopgeleide Nederlanders.⁹ Dit laatste komt overeen met bevindingen van Kocken e.a.¹⁵ Het verschil in psycho-sociale problemen dat zij aanvankelijk tussen Surinamers en Nederlanders vaststelden, verdween na correctie voor burgerlijke staat en opleidingsniveau vrijwel volledig.

Gegevens over chronische gezondheidsproblemen bij Surinamers ontbraken in deze onderzoeken.

■ Gebruik van de huisartsenzorg

In het leefsituatie-onderzoek is vastgesteld dat meer Surinamers dan Nederlanders de huisarts bezochten en dat ze dit ook frequenter deden, maar ook op dit aspect verschilden hoogopgeleide Surinamers en Nederlanders niet.⁹ Kocken e.a. stelden eveneens verschillen vast, maar deze bleven wel bestaan na correctie voor burgerlijke staat en

opleidingsniveau.¹⁵ Ook in de onderzoeken in de huisartspraktijk werd bij Surinamers een hogere contactfrequentie vastgesteld.^{16,17} Bovendien kwamen ze met meer problemen (ziekte-episoden) bij de huisarts dan Nederlanders.¹⁸

Van Wieringen e.a. constateerden dat de aard van hun klachten nauwelijks afweek van die van Nederlanders.¹⁷ Uit de analyse van de gegevens uit de Nationale Studie kwam echter naar voren dat de arts bij Surinamers meer spijsverteringsklachten, luchtwegklachten en klachten van het bewegingsapparaat vaststelde dan bij Nederlanders.¹⁸

■ Behandeling door de huisarts

Volgens de bevindingen uit het onderzoek van Van Wieringen e.a. kregen Surinamers even vaak medicijnen voorgeschreven als Nederlanders¹⁷ en ook in het leefsituatie-onderzoek werd geen verschil gevonden in medicijngebruik.⁹

Surinamers verschilden niet van Nederlanders in de mate waarin ze verwezen werden¹⁷ en hun contact met de specialist.⁹

DISCUSSIE

Op basis van de besproken onderzoeken kan een aantal conclusies getrokken worden over de gezondheid van migranten. Migranten beoordelen hun gezondheid vaker als minder goed en melden meer gezondheidsklachten. Ook rapporteren meer Turken dan Nederlanders last te hebben van chronische aandoeningen. We kunnen dus stellen dat migranten door de bank genomen meer problemen hebben met hun gezondheid dan Nederlanders. Dat geldt in het algemeen ook wanneer ze vergeleken worden met Nederlanders die wat opleidingsniveau of woonsituatie betreft met hen 'vergelijkbaar' zijn. Op basis hiervan zou verwacht mogen worden dat ze verhoudingsgewijs meer contact hebben met de huisarts. Hiervoor wordt in de onderzoeken ondersteuning gevonden. Ook gebruiken ze meer medicijnen op recept. Wanneer echter rekening gehouden wordt met verschillen in ervaren gezondheid verdwijnen deze verschillen in medische consumptie grotendeels.

Een opvallende bevinding uit de huisartspraktijk is dat Turken enerzijds het meest frequent contact met de huisarts hebben, anderzijds de minste - verschillende - problemen presenteren. Zij komen kennelijk vaak met dezelfde klachten bij de huisarts terug. Dat sluit aan bij het gegeven dat ze meer chronische gezondheidsproblemen hebben. Zo komen ze verhoudingsgewijs vaak met luchtwegklachten en maag- en darmklachten bij de huisarts. Deze laatste klachten worden ook bij Marokkanen en Surinamers relatief vaak vastgesteld. Turken rapporteren naast maagklachten, verhoudingsgewijs vaak rugklachten en hoofdpijn/migraine. Dit type klachten wordt ook gemeen met de VOEG, dat in de meeste onderzoeken is gebruikt om -psychosomatische- gezondheidsklachten te meten, hetgeen ten dele een verklaring biedt voor de relatief hoge VOEG-scores van deze groep. De VOEG wordt wel geacht een indicator te zijn voor spanningen en de neiging deze te somatiseren²⁰, maar deze interpretatie van de VOEG-score wordt niet door iedereen onder-

steund. Bovendien is de VEOG niet gevalideerd voor migranten, zodat we niet weten of deze bij migranten en Nederlanders wel op dezelfde wijze geïnterpreteerd mag worden. Wel komt uit het onderzoek in de huisartspraktijk naar voren dat Turken en Marokkanen minder psychische klachten aan de arts presenteren dan Nederlanders, hetgeen er op kan duiden dat Turken en Marokkanen zelf psychische klachten minder snel benoemen. In de literatuur wordt somatiseren vaak gekoppeld aan de 'cultuur' van migranten²¹, maar Van Dijk²² stelt dat het hier een wisselwerking tussen patiënt en arts betreft die somatiseren in de hand werkt. De migrant ziet de arts als heler van het lichaam en presenteert zijn klachten dienovereenkomstig. Het optreden van de arts versterkt dit beeld vaak nog. Migrant presenteren hun klachten anders dan Nederlanders en er is geen gezamenlijk referentiekader voor een gesprek. De arts zal hierdoor eerder geneigd zijn de patiënt lichamelijk te onderzoeken. Dit versterkt bij de patiënt het idee dat er iets lichamelijks aan de hand is. Wanneer de arts vervolgens geen lichamelijk oorzaak kan vinden kan dit leiden tot spanningen. De arts vindt de klacht 'vaag' of 'overdreven', de migrant voelt zich onbegrepen en niet serieus genomen. Taalproblemen vormen een extra belemmering. Zo'n 40% van de Turken die ondervraagd zijn in de CBS-gezondheidsenquête geeft aan onvoldoende Nederlands te spreken om met de huisarts te kunnen praten en 17% meent dat er sprake is van onbegrip.¹⁰ Ook Leeftang stelde in zijn onderzoek vast dat Turken meer knelpunten in het contact met de huisarts ervaren dan Nederlanders en diens communicatieve eigenschappen minder positief beoordelen.¹⁴

Toch betekent dat niet dat Turken om die reden minder naar de huisarts gaan. Leeftang¹⁴ concludeert op basis van zijn onderzoek dat Turken een andere basishouding tegenover de huisarts hebben dan Nederlanders. Nederlanders hebben sterk de neiging de zaak eerst even aan te kijken en zelf te dokteren. Turken zijn daarentegen van mening dat het verstandig is bij een klacht zo snel mogelijk de huisarts te raadplegen. Zij beoordelen een klacht vaak ook als ernstiger dan Nederlanders. Zo beschouwen Turken hoofdpijn bijvoorbeeld als een mogelijk symptoom van hoge bloeddruk, suikerziekte of een hersenaandoening en gaan hiermee om die reden sneller naar de arts. Datzelfde geldt voor verkoudheid of griep.¹⁴

Dit verklaart tevens het hogere gebruik bij migranten van medicijnen op recept. Wanneer zij bij een klacht als griep, verkoudheid of hoofdpijn eerder dan Nederlanders naar de huisarts gaan, ligt het voor de hand dat de pijnstillers en medicijnen die migranten gebruiken vaker 'voorgeschreven' zullen zijn. Het feit dat ze minder niet-voorgeschreven medicijnen gebruiken dan Nederlanders bevestigt dit. Bovendien zijn er in het onderzoek van Van Wieringen aanwijzingen gevonden dat artsen bij Turken en Marokkanen sneller een recept uitschrijven dan bij Nederlanders met dezelfde klacht.¹¹ Dat migranten bij dezelfde klachten vaker een recept meekrijgen dan Nederlanders is ook in ander onderzoek vastgesteld.²³ Het is mogelijk dat (gevoelens van) onvermogen van de huisarts dit voorschrijfgedrag in de hand werkt.²⁴

Kijken we naar de - beperkte - gegevens over verwijzing, dan blijkt de huisarts migranten doorgaans evenveel

te verwijzen als Nederlanders. In vergelijking met de hoeveelheid klachten die ze hebben bezocht migranten de specialist zelfs weinig. Dit hangt mogelijk samen met de aard van de klachten. Turken worden veel vaker dan Nederlanders naar de internist, neuroloog en orthopeed verwezen, hetgeen past bij de verschillen in klachtenpatroon. Uit de onderzoeken is echter niet op te maken of artsen migranten met een bepaalde klacht evenveel verwijzen als Nederlanders met dezelfde klacht.

Op dit moment is het meest bekend over de gezondheid en medische consumptie van Turken. Met name de gezondheidsenquête onder Turken heeft een grote hoeveelheid relevante informatie opgeleverd. Vergeleken hiermee is de informatie over Marokkanen en Surinamers mager. Het is opvallend dat er de afgelopen tien jaar vooral veel informatie verkregen is op basis van enquête-onderzoek. De gegevens die op deze wijze zijn verkregen weerspiegelen de ervaren gezondheid, dat wil zeggen de subjectieve beleving van de patiënt. Hierbij kan een zekere culturele 'bias' optreden, doordat migranten een andere 'code' hanteren bij het spreken over ziekte en gezondheid dan Nederlanders. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat Turken minder geneigd zijn in positieve termen over hun gezondheid te praten dan Nederlanders.¹⁴ Ook zullen ze een klacht, zoals hoofdpijn, misschien eerder dan Nederlanders expliciet benoemen, omdat zij hier meer betekenis aan hechten. Bij de vragen naar medische consumptie speelt dit probleem minder een rol.

Hoewel voor de bespreking in dit artikel onderzoeken zijn geselecteerd waarbij rekening gehouden is met de invloed van relevante achtergrondkenmerken, zijn wat dit aangaat bij enkele onderzoeken kanttekeningen te plaatsen. Zo ontbreken in het leefsituatie-onderzoek onder Turken en Marokkanen de vrouwen; bovendien is in dit onderzoek opleidingsniveau niet meegenomen. Verder zijn de Turkse/Marokkaanse en Nederlandse gematchte groepen in de Omnibusenquête^{12,13} en de onderzoeken van Uniken Venema⁸ en Leeftang¹⁴ niet goed vergelijkbaar wat betreft sociaal-economische status. Het is weliswaar de vraag in hoeverre homogeniseren op SES-kenmerken groepen oplevert die daadwerkelijk gelijk zijn in sociale status¹⁴, maar desondanks lijkt vooral vergelijkbaarheid in opleidingsniveau wenselijk. Zo was in het onderzoek van In't Veld en Van Steenberghe een groot aantal van de aanvankelijk gevonden verschillen na correctie voor verschillen in opleidingsniveau niet langer significant. Wel moet hierbij opgemerkt worden dat het in dit onderzoek om relatief kleine aantallen Turken en Marokkanen gaat. Duidelijk is dat de Nederlandse vergelijkingsgroep per onderzoek sterk verschilt en dat niet elke opzet of gebruikte analysetechniek even succesvol is in het 'vergelijkbaar' maken van deze groep met de betreffende migrantengroep.

Verder is het jammer dat het grootschalige enquête-onderzoek dat tot nu toe is uitgevoerd veelal een regionaal karakter heeft, hetgeen het trekken van algemene conclusies bemoeilijkt. De gezondheidsenquête onder Turken is hierop een belangrijke uitzondering. Binnenkort zal naar verwachting een relatief grootschalig enquête-onderzoek op dit terrein onder Marokkanen worden afgerond. Een dergelijk landelijk onderzoek onder Surinamers zou even-

eens wenselijk zijn, om een beter inzicht te krijgen in de aard van hun gezondheidsproblemen.

Omdat enquête-onderzoek, zoals gezegd, altijd een zekere 'subjectieve' vertekening met zich meebrengt, is het essentieel dat de bevindingen uit dit type onderzoek getoetst kunnen worden aan meer 'objectieve' bevindingen uit onderzoek in de huisartspraktijk. Grootschalig onderzoek in de huisartspraktijk waarin gerapporteerd wordt over klachten en behandeling van migranten is echter schaars. Het onderzoek van Van Wieringen e.a.¹⁷ is het enige waarin de behandeling van migranten aan bod komt en dat onderzoek beperkt zich tot Amsterdam en bovendien tot praktijken met relatief veel migranten. Artsen in grote steden kunnen echter verschillen van artsen op het platteland en de bevindingen uit dit onderzoek dienen dan ook met enige reserve te worden geïnterpreteerd. Het verdient zeker aanbeveling deze te toetsen aan een studie met een landelijk bereik. In een dergelijk onderzoek zouden naast prescriptie en verwijzing ook andere aspecten van de behandeling aandacht dienen te krijgen.

Ten slotte is een nadeel van de hier besproken studies in de huisartspraktijk dat slechts gekeken is naar algemene morbiditeitscategorieën. Onder deze categorieën vallen echter zeer diverse gezondheidsproblemen. Het lijkt dan ook zinvol om in latere studies een nader onderscheid te maken tussen acute en chronische gezondheidsklachten, zodat ook een betere vergelijking op dit punt met de resultaten uit enquête-onderzoek mogelijk wordt.

ONDERSTEUNING

Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door een subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

ABSTRACT

Ethnic minorities and the general practitioner: findings of twelve Dutch studies considered

Findings of twelve Dutch studies on health problems of ethnic minorities and their contacts with the general practitioner are considered. In nine studies data about health and medical consumption are retrieved from ethnic minorities, in the other three information is gathered in general practice. The studies show that ethnic minorities generally judge themselves as less healthy than Dutch patients and have more - chronic - health problems. Ethnic minorities, Turkish patients in particular, see the general practitioner more than Dutch patients. Not only are they less healthy than Dutch patients, but they also consult their general practitioner sooner with complaints like influenza, a cold or a headache. They use more prescribed medication than Dutch patients, but less non-prescribed medication. The same holds true for the Moroccan group. The general practitioner is more inclined to prescribe medications for these groups than for Dutch and Surinamese patients. There are no indications that ethnic minorities are being referred more than Dutch patients. The findings concerning the Turkish group are the most reliable. This group is by far the most studied one. Especially the CBS health study among Turks has yielded much vital information. The information obtained from Moroccans and Surinamese about their health and medical consumption

is limited. Large scale studies in general practice concerning ethnic minorities are lacking.

Key words: ethnic minorities, health, medical consumption, general practice

LITERATUUR

- 1 Beer J de. Hoeveel allochtonen zijn er in Nederland? Maandstatistiek Bevolking (CBS) 1995;(7):9-12.
- 2 NCB. Minderheden in tel, 3: overzicht van belangrijke (kern)cijfers betreffende minderheden in Nederland. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders, 1995
- 3 Luijten MCG, Tjadens FLJ. Huisartsen in achterstandswijken: de werklust in achterstandswijken in grote steden onderzocht. Leiden: Research voor Beleid, 1995.
- 4 Gründemann RWM. Migranten, gezondheid en contacten met de Nederlandse gezondheidszorg. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg, 1985.
- 5 Haan M de, Hofstee HH. Bestaat er een bijzondere huisartsgeneeskundige zorg voor buitenlanders? Huisarts Wet 1988;31:60-3.
- 6 König-Zahn C, Tax B, Nuy MHR, Hodiament PPG, Heydendael PHJM. Gezondheid en bestaansonzekerheid in Nederland: literatuurstudie naar de gezondheidssituatie van allochtonen, langdurig werklozen, langdurig arbeidsongeschikten en thuislozen. Zoetermeer: Ministerie WVC, 1993.
- 7 CBS. De leefsituatie van Turken en Marokkanen in Nederland 1984, deel 2: kerncijfers. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij/CBS-publikaties, 1986.
- 8 Uniken Venema P. De gezondheid en het ziektegedrag van Turkse en Nederlandse Rotterdamers. Rotterdam: GGD Rotterdam, afdeling Epidemiologie, 1987.
- 9 CBS. De leefsituatie van Surinamers en Antillianen in Nederland 1985, deel 2: kerncijfers. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij/CBS-publikaties, 1988.
- 10 CBS. De gezondheidsenquête Turkse ingezetenen in Nederland 1989/1990. 's-Gravenhage: SDU/CBS-publikaties, 1991.
- 11 In't Veld R, Steenbergen JE van. Kleurrijk Utrecht nader bekeken: nadere analyse van de gezondheidssituatie van allochtonen in de stad Utrecht, op basis van de gezondheidspeiling 1986/87. Utrecht: GGD Utrecht, 1992.
- 12 Lamers LM, red. De gezondheid van migranten in Rotterdam. Rotterdam: GGD Rotterdam, afdeling Epidemiologie, 1992.
- 13 Lamers LM, Reelick NF. De omnibusenquête 1991 onder Marokkanen. Rotterdam: GGD Rotterdam, afdeling Epidemiologie, 1992.
- 14 Leeflang RLI. Zoeken naar gezondheid: hulpzoekgedrag van personen van Nederlandse en Turkse herkomst. Leiden: Leiden Institute of Development Studies and Consultancy Services, 1994.
- 15 Kocken PL, Mackenbach JP, Oers JAM van, Uniken Venema HP. Sterfte, ervaren gezondheid en gerapporteerd voorzieningengebruik van Rotterdamse Surinamers. T Soc Gezondheidsz 1994;72:231-5.
- 16 Belleman SJM. De contactfrequentie van allochtone patiënten. Huisarts Wet 1986;29:48-50.
- 17 Wieringen JCM van, Leentvaart-Kuijpers A, Brouwer HJ, Slegt AC, Kessel HA van. Morbiditeitspatroon en huisartsgeneeskundig handelen bij etnische groeperingen: een

onderzoek in 12 Amsterdamse huisartspraktijken. Amsterdam: GG&GD Amsterdam/Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1986.

18 Gezondheidsbeleid voor migranten: advies over de gezondheidszorg in multicultureel perspectief. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1995.

19 Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, basisrapport: verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992.

20 Visser APH. De betekenis van de VOEG: enkele gegevens over de begripsvaliditeit. *Gezondheid en Samenleving* 1983;4:177-88.

21 Psychische problemen bij migranten: een verzameling artikelen over somatiseren, ziektebeleving en de sociale context. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders, 1986.

22 Dijk R van. Gezondheid en gezondheidszorg. In: Entzinger HB, Stijnen PJJ, red. *Etnische minderheden in Nederland*. Heerlen: Open Universiteit, 1990.

23 Weide MG, Bakker DH de. De invloed van niet-medische factoren op het contact met de huisarts. In: Kooiker SE, Mootz M, red. *Patiënt en professe*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1996:129-68.

24 Dahhan N. De geneeskundige behandelingsovereenkomst en de allochtone patiënt: knelpunten en leidraad voor het zorgvuldig toepassen van de WGBO ten behoeve van de kwaliteitszorg voor de allochtone patiënt. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders, 1995.

CORRESPONDENTIE-ADRES

M.G. Weide, NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-2319946, fax 030-2319290

Voor publicatie aanvaard op 8 oktober 1996