

Gezondheidstoestand en zorggebruik

W.L.J.M. Devillé en J.B.J. Drewes*

De gezondheidstoestand van migranten verschilt gemiddeld van die van autochtone Nederlanders. Ook onderling en binnen de diverse groepen zelf zijn grote verschillen waar te nemen. Daarbij blijkt dat de gezondheidstoestand vaak in negatieve zin van die van autochtone Nederlanders afwijkt, maar soms ook in positieve zin.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de uitkomsten van relevante enquêtes, studies, registraties en (epidemiologische) onderzoeken naar verschillen in gezondheidstoestand, gezondheidsbeleving en gezondheidsgedrag van migranten. Daarbij zal de nadruk liggen op de vier grote etnische minderheden (Marokkanen, Turken, Surinamers en Antillianen/Arubanen). De gezondheid van en gezondheidszorg voor asielzoekers, vluchtelingen en illegalen zijn minder onderzocht en blijven daardoor deels onderbelicht. In het laatste deel van het hoofdstuk wordt het gebruik van zorgvoorzieningen nader behandeld.

1 Gezondheidssituatie van migranten in Nederland

1.1 Verschillen in gezondheid

De aandacht die er de laatste jaren bestaat voor de gezondheid van in ons land wonende buitenlanders komt voort uit twee ontwikkelingen. In het algemeen is de belangstelling voor nog steeds bestaande verschillen in gezondheid in Nederland in de jaren tachtig gewekt na het verschijnen van dergelijke studies in Engeland (Black report), met name op het vlak van de sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) waar de laatste tien jaar uitgebreid onderzoek naar is verricht (Mackenbach en Stronks 2002, Stronks 1999-2001).

* Dr. W.L.J.M. Devillé is arts-epidemioloog en werkzaam als programmaleider Migranten bij het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg). J.B.J. Drewes is arts maatschappij en gezondheid en adviseur bij de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Dit hoofdstuk is een actuele bewerking (januari 2003) op basis van de vorige versie van J.B.J. Drewes.

Daarnaast is door de veranderende samenstelling van de bevolking (Alders 2001) en de toename van de allochtone bevolking in Nederland (De Jong en Hoefnagel 2001) meer aandacht gekomen voor en inzicht ontstaan in gezondheidsverschillen naar leeftijd, geslacht en land van herkomst. Deze ontwikkeling is onder andere te lezen in de nota *Gezondheid met beleid* (Ministerie van WVC 1992), waarin zowel aandacht wordt besteed aan de gezondheidsverschillen die verband houden met sociaal-economische omstandigheden als aan de gezondheid van migranten. In 1995 bracht de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) haar advies uit over de Nederlandse gezondheidszorg in multicultureel perspectief: *Gezondheidsbeleid voor migranten*. In 2000 formuleerde de toenmalige Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de reactie van het kabinet op het advies *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*, uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2000). Daarin onderscheidde de Minister de volgende prioriteiten: 1) het ontwikkelen van een infrastructuur om de expertise inzake interculturele zorgverlening toegankelijk te maken, 2) de inschakeling van allochtone zorgconsulenten, 3) onderzoek naar en monitoring van de gezondheidstoestand en zorgconsumptie van allochtone zorgvragers, 4) interculturalisatie van de opleidingen en 5) versterking van het intercultureel management en personeelsbeleid.

Ook voor migranten is de sociaal-economische status (SES) – bepaald door factoren als inkomen, beroep, werk hebben of werkloos zijn, en de genoten opleiding – een belangrijke factor die de gezondheid beïnvloedt (gezondheidsdeterminant) (Reijneveld 1998, Dijkshoorn e.a. 2000). Daarnaast wordt de gezondheidstoestand van migranten die in Nederland verblijven eveneens bepaald door:

- de gezondheid die zij in het land van herkomst genoten (waarbij bestaande achterstanden voor een deel bij migratie worden meegenomen);
- het onderhevig geweest zijn aan een ander ziektepatroon (waarin ook een oorzaak van gezondheidsverschillen gelegen kan zijn);
- etnische en culturele herkomst (gebaseerd op genetische verschillen zoals bij sikkelcelanemie, of gewoonten zoals neef-nichthuwelijken);
- het gebruik dat migranten hier van gezondheidsvoorzieningen maken;
- de status van migrant (waardoor de gezondheid, en met name de geestelijke gezondheid, ook op langere termijn in hoge mate bepaald wordt).

In paragraaf 2 van dit hoofdstuk zal uitgebreider worden ingegaan op deze factoren die de gezondheid bepalen (determinanten), en op de verschillen in gezondheid die daaruit voortvloeien. Eerst zal een beknopt overzicht worden gegeven over wat er bekend is over de gezondheidssituatie van migranten in Nederland en over het voorkomen van import- en infectieziekten. De afgelopen jaren is er een flink aantal overzichtspublicaties op dit terrein verschenen (König-Zalm e.a. 1993, Roode 1995, Uniken Venema en Schulpfen 1995, Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke dienstverlening in de provincie Utrecht 1995, Tesser e.a. 1998, Reijneveld 1998, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2000, Jansen e.a. 2002).

De uitkomsten van relevante enquêtes, studies, registraties en (epidemiologische) onderzoeken naar verschillen in gezondheidstoestand, gezondheidsbeleving en gezondheidsgedrag leiden tot een aantal constatering. Daarbij moet allereerst benadrukt worden dat de te onderscheiden migrantengroepen voor wat hun gezondheid betreft niet alleen van autochtone Nederlanders verschillen, maar ook onderling en binnen de verschillende groepen zelf sterke verschillen kunnen vertonen. Daarom zal bij elke constatering zo scherp mogelijk worden aangegeven voor welke groep onder de migranten deze geldt, eventueel uitgesplitst naar leeftijd en geslacht. Daarbij zal ook blijken dat de gezondheidstoestand niet altijd in negatieve zin van die van autochtone Nederlanders afwijkt, maar soms ook in positieve zin. Alhoewel er de laatste tien jaar heel wat onderzoek op dit gebied is verricht, blijven er nog steeds lacunes bestaan zowel op het gebied van verklarend en prospectief kwantitatief onderzoek als op het vlak van kwalitatief diepteonderzoek. Het meeste onderzoek is daarbij nog steeds gericht op de vier grote etnische minderheden (Marokkanen, Turken, Surinamers en Antillianen/Arubanen). De gezondheid van en gezondheidszorg voor asielzoekers, vluchtelingen – de nieuwe groepen immigranten – en illegalen blijven deels onderbelicht.

1.2 Lichamelijke gezondheidstoestand

Methoden van gegevens verzamelen

Gegevens over de gezondheid en gezondheidsverschillen kunnen op verschillende manieren worden verzameld en onderzocht. Allereerst kunnen mensen zelf worden ondervraagd over hun gezondheid. De antwoorden zullen dan een mengeling zijn van de ervaren gezondheidstoestand en

reeds in de gezondheidszorg gediagnosticeerde en behandelde aandoeningen, zoals die bij mensen zelf bekend zijn.

Een andere manier is bevolkingsonderzoek bij een omschreven (deel)populatie. Deze wordt bijna uitsluitend gericht op het voorkomen van één bepaalde aandoening.

Ten slotte kan de gezondheidssituatie van een bepaalde bevolkingsgroep worden afgeleid uit de diagnoseregistraties van instellingen voor gezondheidszorg. Daarbij gaat het echter alleen om dat deel van de bevolking dat zich voor bepaalde klachten tot de gezondheidszorg of de betreffende instelling heeft gewend.

Al deze drie benaderingen geven dus een deelaspect van de gezondheidssituatie weer. Voor migranten geldt daarbij de beperking dat in onderzoek of in registraties lang niet altijd een uitsplitsing wordt gemaakt of kan worden gemaakt naar etnische achtergrond; tenzij het onderzoek daar specifiek op is gericht. Dit type onderzoek is nog relatief schaars in Nederland, maar er valt de laatste jaren wel een flinke toename te constateren.

Landelijke gezondheidsenquête

In 1998 werd het onderwerp 'gezondheid' voor het eerst toegevoegd aan de survey Sociale Positie en Voorzieningengebruik van Allochtonen (SPVA), uitgevoerd door het Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek (ISEO) in samenwerking met het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) (Martens 1999). Dit onderzoek wordt uitgevoerd onder een landelijk representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking, waarbij de gegevens worden opgesplitst naar de vier voornaamste etnische groepen in vergelijking met de autochtone bevolking. Uit deze gegevens blijkt ten eerste dat meer dan 20 procent van de Turkse en Marokkaanse hoofden van huishoudens een (zeer) negatief oordeel over hun gezondheid geeft. Wanneer deze gegevens echter opgesplitst worden naar leeftijdscategorieën, blijkt niet alleen dat dit negatieve oordeel – zoals men kon verwachten – toeneemt met de leeftijd, maar dat deze verschillen ten opzichte van de autochtonen eveneens toenemen met deze leeftijd, en dat onder elke etnische groep, ook onder de Antillianen, die gemiddeld echter niet verschillen van de autochtonen (tabel 1).

Tabel 1 Percentage hoofden van huishoudens dat aangeeft een (zeer) slechte gezondheid te hebben, naar etnische groep en leeftijd

	<i>Turken</i> (n = 1.599)	<i>Marokkanen</i> (n = 1.434)	<i>Surinamers</i> (n = 1.835)	<i>Antillianen</i> (n = 1.073)	<i>Autochtonen</i> (n = 1.473)
<i>Totaal</i>	21	23	13	8	8
17-24 jaar	5	5	3	1	3
25-34 jaar	8	8	5	5	3
35-44 jaar	21	22	11	10	7
45-54 jaar	45	35	21	13	8
55-64 jaar	45	42	24	19	12
≥ 65 jaar	39	57	33	16	14

Bron: SPVA-98, ISEO & SCP.

Daarnaast laten de gegevens zien dat naarmate het opleidingsniveau (indicator voor sociaal-economische positie) lager is, ook een slechtere gezondheid wordt gerapporteerd; behalve de Antillianen rapporteren etnische minderheden een slechtere gezondheid dan de autochtonen (tabel 2).

Tabel 2 Percentage hoofden van huishoudens dat aangeeft een (zeer) slechte gezondheid te hebben, naar etnische groep en opleidingsniveau

	<i>Turken</i> (n = 1.582)	<i>Marokkanen</i> (n = 1.415)	<i>Surinamers</i> (n = 1.759)	<i>Antillianen</i> (n = 1.045)	<i>Autochtonen</i> (n = 1.435)
<i>Totaal</i>	21	23	13	8	8
Max. bao	27	29	24	15	18
Vbo/mavo	17	12	12	9	7
Mbo/havo/ vwo	8	9	6	4	5
Hbo/wo	8	5	4	4	4

Bron: SPVA-98, ISEO & SCP.

Zwangerschap, geboorte en abortus

In de jaren negentig is het gemiddelde kindertal onder de etnische minderheden dat van de autochtonen genaderd. Onder Surinamers en Antillianen komen de cijfers overeen met die van de Nederlanders, bij Turken is het kindertal gedaald van 3,2 in 1990 naar 2,5 in 1999, en bij Marokkanen zijn de cijfers respectievelijk 4,9 en 3,3 (Schapendonck-Maas en Sprangers 2000). Wel krijgen allochtone vrouwen hun eerste kind gemiddeld vier tot vijf jaar eerder dan Nederlandse vrouwen (Nederlandse vrouwen: 29,5 jaar). De toename van het aantal tienerzwangerschappen sinds 1996 vindt men vooral terug onder Creools-Surinaamse, Antilliaanse en zwart Afrikaanse meisjes. In deze groepen is één op zeven vrouwen die hun eerste kind krijgen jonger dan twintig jaar (onder Nederlandse vrouwen is dat één op 45) (Van Enk 2000). In 1999 was 60 procent van de tienerzwangerschappen van allochtone oorsprong, en 40 procent hiervan kwam uit de eerste generatie (Garssen en Sprangers 2001). Onder vrouwen uit de tweede generatie daalden tienerzwangerschappen in alle groepen, behalve onder de Surinamers (Schapendonck-Maas en Sprangers 2000). 21 procent van de abortussen heeft plaats onder Antilliaanse en Creools-Surinaamse vrouwen. Vooral onder Antilliaanse vrouwen worden veel zwangerschappen afgebroken (abortuscijfer: 86,8 per 1.000 vrouwen) (Rademakers 2002). Zie ook hoofdstuk III.4.3 van dit handboek: 'Ongewenste zwangerschap en abortus'.

Gezondheidsenquête onder Turken

Eind jaren tachtig vond een landelijke gezondheidsenquête onder Turkse inwoners van Nederland plaats (CBS 1991). Daaruit bleek het volgende:

- In de leeftijdsgroepen vanaf 24 jaar antwoorden de ruim 5.000 Turkse respondenten gemiddeld ongunstiger op de meeste vragen over gezondheid: Met het toenemen van de leeftijd nemen bovendien verschillen in gerapporteerde gezondheid tussen Turken en Nederlanders toe.
- De meeste chronische aandoeningen komen bij Turken vaker voor dan bij Nederlanders. Dit geldt vooral voor maagzweren en rugaandoeningen.
- Turkse ouders beoordelen de gezondheid van hun 0- tot 14-jarige kinderen ongeveer hetzelfde als Nederlandse ouders. Ook de door ouders opgegeven geboortegewichten komen vrijwel overeen.

Gezondheidsenquête onder Marokkanen

Tussen 1995 en 1997 is onder Marokkanen uit vijf steden in de Randstad (250 per stad) een gezondheidsenquête gehouden in navolging van de enquête onder Turken (GGD Rotterdam 1998, Fiolet en Middelkoop

2001). Zoals de Turken, ervaren de Marokkanen hun gezondheid als slechter in vergelijking met de Nederlanders. Mannen noemen vooral rugaandoeningen en huidziekten, vrouwen noemen duizeligheid en darmstoornissen. Binnen de Marokkaanse populatie zijn er subgroepen die hun gezondheid als slechter ervaren:

- vrouwen zonder of met lage opleiding;
- ouderen;
- Marokkanen met weinig sociaal contact met financiële en huisvestingsproblemen.

De eerste generatie Marokkanen en Marokkaanse vrouwen brengen minder vaak een bezoek aan de tandarts. Eenzaamheid komt vaak voor bij ouderen, mensen met financiële problemen en met zwaar overgewicht, met name onder de eerste generatie.

In vergelijking met de Turken is de ervaren gezondheid minder goed en worden er meer chronische ziekten en aandoeningen gerapporteerd.

Kinderen en jongeren

Uit de Rotterdamse Jeugdmonitor komen recente gegevens over schoolgaande kinderen. Bij jongens komen voor ervaren gezondheid significante verschillen voor naar etniciteit: bij 14- tot 15-jarigen ervaren Marokkaanse jongeren hun gezondheid het meest als goed of heel goed, Turkse jongens het minst. De overige groepen verschillen niet met de autochtone jongeren. Het emotioneel welbevinden is het minst gunstig onder Turkse jongeren, zowel bij meisjes als bij jongens. Suïcidegedachten worden het vaakst gerapporteerd door Antilliaanse/Arubaanse en Surinaamse meisjes en bij jongens van Antilliaanse/Arubaanse en Turkse herkomst. Suïcidepogingen werden het meest ondernomen door Surinaamse en Turkse meisjes (16 procent) (Van den Berg e.a. 2000).

In de notitie 'Commentaar op het advies van de projectgroep Toegang' staat dat er nog steeds specifieke aandacht nodig is voor de toegankelijkheid van de jeugdzorg voor de allochtone doelgroep, waarbij vraag en aanbod beter op elkaar moeten worden afgestemd, en waarbij jeugdhulpverlening en jeugdbescherming het best gescheiden zouden blijven (Bellaart 1997).

Ouderen

In de meeste onderzoeken werden voorheen te weinig ouderen opgenomen om over deze groep apart uitspraken te kunnen doen. Omdat echter deze groep stilaan in aantal toeneemt en ook de noodzaak aan specifieke voor-

zienen toeneemt, wordt er de laatste jaren meer onderzoek verricht. Meestal zijn het lokale studies over ouderen in het algemeen waarin ouderen uit minderheden als specifieke groep belicht worden. Wel is bekend dat oudere Turken beduidend meer gezondheidsklachten hebben dan hun Nederlandse leeftijdsgenoten, maar deze verschillen worden kleiner. Minder Marokkaanse ouderen beoordelen hun gezondheid als 'minder goed' dan Turken. Oudere Surinamers komen in de buurt van hun Turkse leeftijdsgenoten. De chronische klachten die zowel Turkse als Marokkaanse ouderen noemen, zijn vooral rugaandoeningen, maagzweer, astma/bronchitis, hoge bloeddruk en artrose. Vooral de eerste drie klachten komen veel vaker voor in deze groepen dan bij autochtone Nederlanders (CBS 1991, Tesser e.a. 1998, GGD Rotterdam 1998, Fiolet en Middelkoop 2001). Onder Surinamers was de voornaamste klacht hoge bloeddruk en bij hen komt suikerziekte ook in belangrijke mate voor: 40 procent van de 60-plussers onder Hindostaanse Surinamers zou aan deze ziekte lijden (Middelkoop 1996, Middelkoop e.a. 1999).

Specifieke studies

Behalve deze gezondheidsenquêtes, die een breed spectrum aan gezondheidsindicatoren meten, zijn er ook enkele studies geweest die specifiek gericht waren op het voorkomen van een bepaalde (groep van) aandoening(en). Uit deze deels gedateerde onderzoeken zijn de volgende feiten naar voren gekomen:

- Infectieziekten komen relatief veel voor bij Turken en Marokkanen (Avezaat en Lutjenhuis 1986).
- Turkse en Marokkaanse mannen lijden vaker aan een maagzweer (Avezaat en Lutjenhuis 1986).
- Het jaarlijkse aantal nieuwe gevallen van type I-diabetes (insulineafhankelijk) onder kinderen van wie beide ouders uit Marokko komen, is ruim vier keer zo hoog als bij Turkse kinderen en 1,6 keer zo hoog als bij Nederlandse kinderen (Hirasing e.a. 1992).
- Klachten aan de luchtwegen komen bij Surinaamse, Noord-Afrikaanse en Turkse kinderen minder voor dan bij Nederlandse kinderen (Van der Wal en Rijcken 1995).
- Ook heupproblematiek wordt bij niet-Nederlandse kinderen beduidend minder vaak aangetroffen.
- Bedplassen bij kinderen boven vijf jaar komt bij migrantenkinderen meer voor, evenals spraak- en/of taalachterstand.
- Ook komt lactose-intolerantie vaker voor.

- De mondgezondheid is bij migrantenkinderen over het algemeen slechter (GG&GD Amsterdam 1994).
- Suikerziekte komt onder Hindostaanse Surinamers beduidend meer voor (Middelkoop 1996, Middelkoop e.a. 1999).
- Onderzoek in Utrecht gaf een percentage van 26 procent bloedarmoede bij Turkse volwassen vrouwen en 11,5 procent bij Marokkaanse vrouwen. Bij Nederlandse vrouwen was dit 4,7 procent. Deficiënte voeding is hiervan waarschijnlijk de oorzaak (Gorissen 1988).
- De indruk bestaat dat nieraandoeningen relatief meer voorkomen bij Kaapverdiërs (Sibarani 1995).
- Tijdens een onderzoek naar sikkelcelziekte onder zwangeren aan het AMC in Amsterdam hadden 55 vrouwen een positieve test: 31 Surinaamse zwangeren (12 procent), 20 Afrikaanse (16 procent), 3 Midden/Zuid-Amerikaanse (8 procent) en 1 Antilliaanse/Arubaanse (4 procent) (Heijboer e.a. 2001).
- Bij een onderzoek naar vitamine D onder allochtone vrouwen in de Schilderswijk in Den Haag bleek dat 82 procent een vitamine D-tekort had en 48 procent zelfs een ernstig tekort (Wuister e.a. 2002). Naar aanleiding van deze eerste gegevens wordt nu verder onderzoek uitgezet.

Import- en infectieziekten

Bij migranten kunnen ziekten voorkomen die zich bij autochtone Nederlanders niet meer of zelden voordoen en waarmee de reguliere gezondheidszorg weinig ervaring meer heeft (Obihara e.a. 1999), tegenwoordig vaak aangeduid als import- en infectieziekten. Het kan daarbij gaan om afwijkingen die zich bijna uitsluitend bij bewoners van de (sub)tropen kunnen voordoen, zoals de (erfelijk bepaalde) bloedziekten 'sikkelcelanemie' en 'thalassemie', en een aantal bijzondere stofwisselingsstoornissen.

Daarnaast gaat het vooral om infectieziekten die men uitsluitend nog in de (sub)tropen kan oplopen, omdat de verwekker (mijnworm) of de tussen-gastheer (malariamug, zoetwaterlongslak) zich alleen in die streken kan handhaven. Bij deze ziekten bestaat daarom nauwelijks gevaar voor de volksgezondheid. Voorbeelden hiervan zijn malaria, schistosomiasis (bilharzia), filariasis en ankylostomiasis (mijnworminfectie). Voor het individu kan de ziekte echter, wanneer deze niet (tijdig) wordt herkend, ernstige en soms fatale gevolgen hebben, zoals bij malaria tropica.

Naast deze groep importziekten in engere zin gaat het bij migranten ook om infectie- en andere ziekten die door een betere sociaal-economische situatie, door voorlichting en hygiënische maatregelen in Nederland niet of

minder vaak voorkomen dan in landen als Marokko, Turkije en Suriname. Voorbeelden daarvan zijn: tuberculose, febris typhoidea en paratyfus, bacillaire dysenterie en hepatitis A en B. Bij deze ziekten bestaat er niet alleen gevaar voor het individu maar potentieel ook voor de volksgezondheid, en er dienen tijdig maatregelen genomen te worden om verspreiding tegen te gaan.

Voor de Nederlandse situatie is dat in ieder geval voor tuberculose onderkend. Gezien de besmettingsroute is het met name bij tuberculose van belang patiënten tijdig te identificeren en te behandelen. Dit is van belang omdat het verloop van tuberculose een bijzonder patroon kent. De ziekte kan lang geleden in het land van herkomst zijn opgedaan en pas in de Nederlandse situatie onder bepaalde omstandigheden weer naar voren komen. Tevens kunnen (multi)resistente vormen van tuberculose in Nederland worden geïntroduceerd. Het aantal tuberculosegevallen bij migranten is in Nederland thans al groter dan onder Nederlanders. In 1993 waren er 1.589 geregistreerde tuberculosegevallen in Nederland, waarvan 709 bij autochtone Nederlanders en 880 bij migranten. Daarvan waren 278 asielzoekers en vluchtelingen. Bij het eerste onderzoek bij binnenkomst van asielzoekers en vluchtelingen werd 118 maal tuberculose geconstateerd. Daarvan hadden 53 geen klachten. In 1994 waren al deze cijfers toegenomen, zij het dat er in het aantal gevallen onder migranten die niet behoren tot de groep van de asielzoekers sprake was van een lichte afname. In 1995 was er over de hele linie een daling te constateren, mede vanwege het veel geringere aantal migranten dat in dat jaar asiel zocht in Nederland.

Parasitaire aandoeningen zoals giardiasis, ascariasis (spoelworm) en echinococcose (blaasworm) zijn in Nederland minder frequent geworden, maar kunnen zich nog wel bij migranten voordoen.

Door de hoge vaccinatiegraad van de bevolking in Nederland komen infectieziekten zoals mazelen, bof en rode hond vrijwel niet meer voor. Migrantengroepen die niet of onvoldoende zijn gevaccineerd, kunnen deze ziekten wel oplopen, meestal in het land van herkomst. Mogelijk bestaat er voor de migrantengroep zelf en voor groepen in de samenleving die zich om principiële (religieuze) redenen niet hebben laten inenten, wanneer zij in min of meer gesloten leefgemeenschappen samenleven, een reëel gevaar voor het optreden van kleine epidemieën, maar doorgaans bestaat er geen algemeen gevaar voor de volksgezondheid (NRV 1993).

De import van HIV via migratie heeft voor Nederland in de huidige situatie geen betekenis. Dat wil niet zeggen dat HIV-besmetting ook voor migranten in de toekomst in Nederland niet een probleem kan gaan vor-

men, maar dan zal het over het algemeen gaan om besmettingen die hier zijn opgedaan – tenzij het immigratiepatroon zich sterk zou wijzigen.

Meer gegevens over de lichamelijke gezondheidstoestand zijn bekend uit registratie en onderzoek van gebruiksgegevens. Deze weerspiegelen immers in enige mate het voorkomen van gezondheidsproblemen, voorzover zij leiden tot contact met de gezondheidszorg. Deze worden besproken in paragraaf 3.

1.3 Geestelijke gezondheidstoestand

De vraag of bij migranten in vergelijking met niet-migranten in Nederland vaker of minder vaak psychiatrische ziektebeelden worden gevonden, is niet eenvoudig te beantwoorden. De internationale literatuur is hierover tegenstrijdig. Wel lijkt de strijd tussen de selectie- (juist de psychisch zwakkeren migreren) en de stresshypothese (postmigratiefactoren zijn ziekmakend) voorlopig beslist in het voordeel van de laatste, maar daarmee zijn alle geschilpunten zeker niet opgelost (Rohlf 1995). Zo zou voor sommige situaties ook de stelling kunnen worden verdedigd dat het juist de psychisch sterkeren zijn die migreren.

Algemene vragen die zich in de discussie ten aanzien van de geestelijke gezondheid van migranten voordoen zijn:

- Onder welke condities worden bij welke migrantengroep meer of minder stoornissen gevonden dan bij niet-migranten?
- Bestaan er specifieke migratieziekten, alsmede specifieke *highrisk* episoden gedurende de verblijfsperiode?

Als belangrijke factoren die specifiek voor migranten de geestelijke gezondheidstoestand bepalen, worden vaak genoemd:

- het onzekere toekomstperspectief;
- het zich steeds moeten aanpassen aan nieuwe situaties;
- het gebrek aan greep op deze situaties.

In subparagraaf 2.2 wordt hier nader op ingegaan.

Wat betreft het voorkomen van *highrisk* perioden, wordt in de internationale literatuur geconstateerd dat psychotische stoornissen zich vooral kort na aankomst (eerste drie maanden) manifesteren, terwijl neurotische decompensatievormen zich na gemiddeld zeven jaar voordoen (Limburg-Okken 1989).

Hoewel verwacht mag worden dat het dagelijks leven van migranten meer potentiële stressfactoren kent dan dat van autochtone Nederlanders en dat migranten daardoor een risicogroep zijn voor psychosociale problematiek, ontbreken daarover representatieve epidemiologische gegevens. De vaak gehanteerde *General Health Questionnaire* (GHQ) – hoewel deze niet gevalideerd is voor alloctonen – geeft hiervoor aanwijzingen. Maar er is duidelijk behoefte aan nader onderzoek met behulp van meer gevalideerde methoden op dit terrein, aangezien er thans weinig harde onderzoeksgegevens over het voorkomen van psychische problematiek bij migranten voorhanden zijn. Ook voor de gegevens over het voorkomen van bepaalde psychische aandoeningen – zoals die afkomstig zijn uit de diagnoseregistraties van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg – geldt dat zij met de nodige voorzichtigheid gehanteerd en geïnterpreteerd moeten worden. Het is onzeker of de in Nederland gehanteerde diagnostische classificaties onverkort op psychische aandoeningen bij migranten van toepassing zijn (Hellinga 1994). Tevens is het onzeker in hoeverre er sprake is van ‘verlegenheidsdiagnostiek’ bij gebrek aan adequate interculturele communicatie.

Met de voorgaande relativeringen kunnen de volgende bevindingen worden vermeld:

- In vergelijking tot de gehele Nederlandse bevolking komen bij Surinamers en Antillianen relatief veel, en bij Turkse en Marokkaanse vrouwen relatief weinig opnamen in psychiatrische ziekenhuizen voor (Uniken Venema 1993, Henselmans 1995). Het betreft hier gegevens uit het midden van de jaren tachtig, die mogelijk enigszins gedateerd kunnen zijn.
- Opvallend is verder het grote aandeel opnamen waarbij de diagnose ‘schizofrenie’ is gesteld bij Surinamers, Antillianen en Marokkanen (Selten en Sijben 1994). Dit gegeven is ook uit internationale literatuur bekend, waarin verder naar voren komt dat depressies frequent over het hoofd worden gezien (Rack 1982). Het is niet duidelijk of deze verschillen in opnamen en diagnoses te maken hebben met het vaker voorkomen van psychische en psychiatrische problematiek, met factoren die verband houden met de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg, met etnisch-culturele verschillen, met definitie- en classificatieproblematiek, of met een combinatie van deze mogelijkheden.
- Over het voorkomen van verslaving onder migrantengroepen zijn geen exacte cijfers bekend, maar het is waarschijnlijk dat verslavingsgedrag onder bepaalde migrantengroepen (Surinamers/Antillianen, Turken en

- Marokkanen, en (andere) Zuid-Europeanen) meer voorkomt (Projectgroep operationalisering allochtonenbeleid 1994).
- Onderzoek in twee psychiatrische poliklinieken in Amsterdam onder Surinaamse cliënten wees op meer gezondheidsklachten (vooral psychosomatische, en angst en slapeloosheid) vergeleken bij de Nederlandse cliënten. Deze verschillen zijn helemaal terug te brengen tot de Hindostaanse cliënten. Verschillen tussen Creolen en autochtonen waren er niet (Knipscheer 1999).

1.4 Sterfte

Doodgeboorte komt bij allochtone kinderen twee tot drie maal zo vaak voor als bij Nederlandse kinderen. Dit werkt door in de sterfte rond de geboorte (doodgeboorte en eerste-weeksterfte), die bij onderzoek in de jaren tachtig onder allochtone kinderen in Amsterdam en Den Haag hoger was dan bij autochtone kinderen. In Amsterdam ging het daarbij om kinderen van Turkse, Marokkaanse en overige afkomst, in Den Haag om kinderen met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond. Een vergelijkbaar patroon deed zich ook voor bij de sterfte in het eerste levensjaar (zuigelingensterfte) (Nijhuis e.a. 1985). Meer recent landelijk onderzoek, gebaseerd op de Landelijke Verloskundige Registratie (LVR), geeft aan dat deze verschillen voor sterfte rond de geboorte nog steeds bestaan onder alle allochtone groepen. Ze zijn echter het grootst onder zwarte (Creoolse) pasgeborenen, waar de sterfte in het eerste levensjaar tweemaal zo hoog is als onder Nederlandse pasgeborenen. Bij de Hindostaanse, Turkse en Marokkaanse groepen ligt het risico op sterfte 1,2 tot 1,5 keer zo hoog (Van Enk e.a. 1998, Schulpen e.a. 2001). De zuigelingensterfte onder niet-westerse allochtonen ligt met 6,4 per 1.000 levendgeborenen per jaar 30 procent hoger dan onder westerse zuigelingen. Een derde van de zuigelingensterfte onder niet-westerse allochtonen kan worden toegeschreven aan hun gemiddeld lagere sociaal-economische status (Van Duin 2002).

Wiegendood onder Turkse zuigelingen is tweemaal zo hoog als onder Nederlandse kinderen. In de leeftijdsgroep van 1 tot 15 jaar is de sterfte bij Turkse en Marokkaanse jongens en meisjes twee tot drie keer hoger dan bij Nederlandse kinderen van dezelfde leeftijd. Infectieziekten, aangeboren afwijkingen, ongevallen (verkeersongevallen en verdrinking), ziekten van de ademhalingswegen en geboortetraumata zijn de meest voorkomende doodsoorzaken. Een kwart van de kinderen blijkt in het buitenland te overlijden (Schulpen e.a. 2001).

De sterfte bij Turken en Marokkanen van 15 tot ongeveer 35 jaar is in mindere mate verhoogd ten opzichte van die van Nederlanders. Vooral de sterfte aan 'door anderen toegebracht letsel' is bij Turkse en Marokkaanse 15- tot 25-jarigen hoog in vergelijking tot Nederlandse jongeren.

Boven de 40 jaar valt de sterfte onder Turken en Marokkanen iets lager uit dan bij Nederlanders. Hierbij moet wel bedacht worden dat het absolute aantal sterftegevallen waarop deze cijfers betrekking hebben klein is, vooral bij de volwassen Turkse en Marokkaanse vrouwen, waarvan een aantal ook weer remigreert. Turken en Marokkanen lijken relatief vaak te overlijden aan infectieziekten en aan uitwendige oorzaken. Sterfte aan kanker komt bij deze groepen relatief weinig voor (Hoogenboezem en Israëls 1990). Een overzicht van de leeftijdsspecifieke sterftcijfers van Turken en Marokkanen ten opzichte van die van Nederlanders staat in tabel 3.

Tabel 3 Sterftcijfers 1979-1988 naar leeftijd en geslacht per land van nationaliteit in verhouding tot de Nederlandse sterftcijfers

	<i>Turkije</i>			<i>Marokko</i>		
	<i>Totaal</i>	<i>Man</i>	<i>Vrouw</i>	<i>Totaal</i>	<i>Man</i>	<i>Vrouw</i>
1 week - 1 jaar	1,8	2,3	2,0	1,5	2,1	1,8
1 - 4 jaar	2,6	2,8	2,7	2,4	3,2	2,7
5 - 9 jaar	2,9	2,5	2,8	2,2	2,5	2,3
10 - 14 jaar	2,5	1,2	2,0	1,9	2,7	2,2
15 - 19 jaar	1,4	1,7	1,5	1,2	1,6	1,3
20 - 24 jaar	1,6	1,5	1,6	1,5	1,5	1,6
25 - 29 jaar	1,6	1,1	1,5	1,7	1,1	1,5
30 - 34 jaar	1,4	1,4	1,4	1,0	1,3	1,2
35 - 39 jaar	1,2	1,3	1,2	0,9	1,0	1,0
40 - 44 jaar	1,2	0,9	1,2	0,6	0,8	0,7
45 - 49 jaar	1,0	0,9	1,1	0,5	0,8	0,6
50 - 54 jaar	0,7	0,4	0,7	0,4	0,7	0,5
55 - 59 jaar	0,8	0,8	0,9	0,4	1,1	0,6
60 - 64 jaar	1,0	0,8	1,0	0,3	0,4	0,4
65 - 69 jaar	0,9	0,8	0,8	0,4	1,6	0,7
70 - 74 jaar	0,6	1,0	0,7	0,3	0,8	0,5
> 75 jaar	0,5	0,7	0,6	0,1	1,9	0,9

Bron: Hoogenboezem en Israëls 1990.

Over de sterfte onder Surinamers en Antillianen is veel minder bekend. Berekend is dat de totale voor leeftijd gestandaardiseerde sterfte 20 procent hoger is dan bij de Nederlandse bevolking (Tas 1992). De levensverwachting van Surinamers in Den Haag is lager in vergelijking met die van autochtonen, zowel voor mannen als voor vrouwen. Surinamers hebben daar tot de leeftijd van 60 jaar een hogere sterfte dan autochtonen. In Amsterdam is de levensverwachting van Antillianen voor beide geslachten hoger dan die van autochtone Nederlanders. Vanaf de leeftijd van 40 jaar is de sterfte onder Antillianen, Turken en Marokkanen lager dan onder autochtonen. In beide steden is de levensverwachting van Marokkanen, Turken en Zuid-Europeanen hoger dan die van autochtonen (Middelkoop en Van Koolwijk 2002). In Rotterdam is een verhoogde sterfte gevonden onder Surinaamse mannen tussen 15 en 34 jaar en onder vrouwen tussen 55 en 74 jaar (Kocken e.a. 1994). Over andere groepen migranten zijn geen specifieke sterftecijfers bekend.

2 Determinanten van gezondheid en gezondheidsverschillen

Een groot aantal factoren is potentieel van invloed op de gezondheidstoestand. Deze worden aangeduid als *determinanten* van gezondheid en kunnen ook gezien worden als oorzaak van het optreden van gezondheidsverschillen. Zij zijn tevens aangrijpingspunten voor het gezondheidsbeleid voor de overheid en partijen in de gezondheidszorg. Allereerst zal worden ingegaan op factoren in de maatschappelijke omgeving. Het gaat daarbij in de onderhavige problematiek zowel om sociaal-economische invloeden als om andere maatschappelijke en culturele determinanten van gezondheid en gezondheidsverschillen. Ook de invloed van de gezondheidszorg wordt als een belangrijke determinant van gezondheid beschouwd. Deze zal afzonderlijk worden besproken in paragraaf 3. Verder zijn er nog drie clusters van determinanten van gezondheid te onderscheiden, te weten: leefwijzen, biologische factoren en de fysieke omgeving. Hierbij gaat het niet alleen om leefwijzen die erkend rechtstreeks de gezondheid beïnvloeden, maar ook om cultureel en religieus bepaalde gebruiken, waaraan in een of andere vorm gezondheidsaspecten zijn verbonden.

2.1 Sociaal-economische determinanten

Sociaal-economische determinanten van gezondheid spelen een belangrijke rol bij de verklaring van gezondheidsverschillen tussen Nederlanders en migranten, in ieder geval bij Turken en Marokkanen. Factoren als een laag

inkomen, werkloos zijn en een lage opleiding hebben, zoals bekend, een sterk negatief effect op de gezondheid. De verschillen in gezondheid tussen Turken en Nederlanders blijken gedeeltelijk te maken te hebben met de verschillen in sociaal-economische status tussen Turken en Nederlanders. Immers, ook Nederlanders met een ongunstige sociaal-economische positie hebben gemiddeld een slechtere gezondheidssituatie. Echter, ook wanneer Turken en Nederlanders met dezelfde sociaal-economische positie worden vergeleken, blijkt de gezondheid van de Turken slechter te zijn dan die van de Nederlanders (Dijkshoorn e.a. 2000).

De belangrijkste kenmerken van de sociaal-economische determinanten van gezondheid voor migranten zijn de volgende:

- 1 70 tot 80 procent van de Turken en Marokkanen werkt op de twee laagste functieniveaus met de laagste salarissen; het gemiddelde functieniveau – en dus ook het salarisniveau – ligt lager dan dat van Surinamers en Antillianen. Migranten zijn oververtegenwoordigd in de groepen met een WW- of WAO/AAW-uitkering, en daarbinnen weer in de groep met de laagste uitkeringen (Snel e.a. 2002).
- 2 Migrantenhuishoudens zijn gemiddeld groter dan Nederlandse huishoudens. Vaak wonen er kinderen en ouders voor wie men financieel moet zorgen, in het land van herkomst. Het aandeel migranten in de beroepsbevolking, met name dat van vrouwelijke migranten, is kleiner dan bij autochtonen.
- 3 60 tot 70 procent van de Turkse en Marokkaanse werkende mannen heeft alleen basisonderwijs gevolgd. Marokkanen hebben gemiddeld de laagste opleiding, Turken zijn duidelijk hoger opgeleid, Surinamers en Antillianen benaderen het dichtst het opleidingsniveau van hun Nederlandse leeftijdsgenoten. Het opleidingsniveau van vrouwen is voor alle minderheden lager dan dat van hun mannelijke leeftijdsgenoten. 46 procent van de Turkse en 29 procent van de Marokkaanse jongeren van 15 tot 25 jaar die geen onderwijs meer volgen, heeft de school verlaten zonder een diploma. Bij Surinamers is dit 20 procent, bij Antillianen 30 procent en bij Nederlanders 7 procent (Martens 1999).

De Utrechtse gezondheidspeiling 1986/1987 is nader geanalyseerd naar de gezondheidssituatie van allochtonen. Daarbij werd ook de sociaal-economische status als verklarende variabele in de analyse betrokken. De achterstandspositie van allochtonen voor wat betreft hun gezondheid werd daarin voor ongeveer de helft verklaard door de sociaal-economische achterstand. Ook de NIVEL-studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk maakt een dergelijke analyse mogelijk (NIVEL 1991). Daarbij werd de

sociaal-economische status van veel grotere invloed op de gevonden verschillen bevonden dan de etnische achtergrond (zie verder subparagraaf 3.1). Voor het overige zal de verklaring van gezondheidsverschillen dus in andere determinanten gevonden moeten worden (König-Zalm e.a. 1993). De indruk bestaat dat de invloed van andere determinanten groter is naarmate er sprake is van een lagere SES.

2.2 *Andere maatschappelijke en culturele determinanten*

Naast sociaal-economische, biologische en fysische determinanten (zie verder onder subparagraaf 2.3) kan er ook een aantal andere gezondheidsbeïnvloedende factoren van maatschappelijke en culturele aard onderscheiden worden. Die factoren kunnen mede verklaren waarom er zich gezondheidsverschillen kunnen voordoen tussen migranten en Nederlanders die in sociaal-economisch opzicht in vergelijkbare omstandigheden verkeren. Ook deze factoren dienen nadere aandacht te krijgen in het gezondheidsbeleid en in de gezondheidszorg. Deze andere maatschappelijke en culturele factoren worden in dit kader vaak aangeduid als *etnisch-culturele* factoren. Deze aanduiding legt de gezondheidsbeïnvloeding echter eenzijdig bij factoren die met het land van herkomst van de betreffende migrantengroep te maken hebben. Een juiste weging van de invloed van deze factoren valt bij gebrek aan nadere gegevens nog niet altijd te maken. Onderstaande factoren zijn grotendeels ontleend aan Schulpen (1991). Het gaat daarbij om factoren die:

- 1 gebonden zijn aan de Nederlandse samenleving;
- 2 verbonden zijn met het migrant zijn;
- 3 te maken hebben met de interactie tussen 1 en 2.

Ad 1 Gastlandgebonden factoren:

- onduidelijke juridische verblijfsstatus;
- onderhevig zijn aan discriminatie en het gevoel tweederangs burger te zijn.

Ad 2 Migratiegebonden factoren:

- het doorgemaakt hebben van stressveroorzakende gebeurtenissen;
- oriëntatie op het thuisland en het regelmatig teruggaan naar het eigen land;
- onderling wantrouwen tussen groepen afkomstig uit hetzelfde land van herkomst;

- onduidelijke toekomstverwachting (twijfel over blijven in het gastland of teruggaan).

Ad 3 Interactiegebonden factoren:

- communicatie- en taalproblemen, mate van ongeletterdheid en analfabetisme;
- religieuze en culturele opvattingen en leefwijzen die mede bepalend voor de gezondheid zijn;
- toenemende kloof tussen ouders en kinderen, andere opvatting ouderlijke macht;
- mate van sociaal isolement, maar ook mate van behoren bij een hecht sociaal netwerk.

2.3 Leefwijzen van migranten

In het algemeen steekt de leefwijze van allochtonen voor een aantal factoren (roken, groente- en fruitconsumptie, (verzadigd)vetinneming en alcoholgebruik) gunstig af bij die van de totale bevolking, en voor andere factoren (lichamelijke activiteit, onveilig rijden en ongevallen) weer ongunstig. De trends waarmee deze factoren zich ontwikkelen in de tijd zijn voor allochtonen meestal onbekend (Jansen e.a 2002). De leefwijze van migranten verschilt niet alleen van die van autochtonen, maar verschilt bovendien per etnische groepering. Er is een enigszins vergelijkbare leefwijze te constateren bij Turken en Marokkanen. Deze wijkt echter weer duidelijk af van die van Surinamers en Antillianen.

Kanker en hart- en vaatziekten komen relatief weinig voor bij Turken en Marokkanen. De leefwijze kan voor deze groepen migranten ten aanzien van deze ziekten als een positieve determinant van gezondheid worden gezien. Voorzichtigheid met het doen van dergelijke uitspraken is wel geboden. Er zijn namelijk aanwijzingen dat er voor Turken en Marokkanen een soort inhaalproces plaatsvindt, dat wordt veroorzaakt door het onder deze groepen toenemen van in dit opzicht ongezonde leefwijzen.

Er zijn aanwijzingen dat het voedingsgedrag van sommige migrantengroepen gezonder dan wel minder gezond zou zijn dan dat van vergelijkbare Nederlanders. In een onderzoek naar ongezonde leefgewoonten in Amsterdam (Dijkshoorn e.a. 2001) bleek dat slechts 19 procent van de Amsterdammers een gezond voedingspatroon heeft. Hierbij werden het dagelijks gebruik van ontbijt en warme maaltijd onderzocht plus de dagelijkse consumptie van groente en fruit. Op deze vier punten eten Turkse en Marokkaanse mannen ongezonder dan Nederlandse. Van de Amsterdamse

vrouwen eten Turkse het minst ongezond, gevolgd door Nederlandse vrouwen en daarna de Marokkaanse. Het merendeel van de Turkse Amsterdammers houdt vast aan de eetgewoonten van hun herkomstland, ook de jongeren, Marokkanen doen dat minder. Een gezond voedingspatroon hangt niet of nauwelijks samen met acculturatiekenmerken (Dijkshoorn 2002). Toch zijn de resultaten van verschillende onderzoeken niet eenduidig: anderen vinden meer fruit in de voeding bij Turken en Marokkanen, meer groenten bij Surinaamse mannen en minder verzadigde vetten eveneens onder Surinamers (Leest e.a. 2002). Wel zijn er andere gewoonten wat betreft de voeding, de vaste etenstijden en de vastentijd. Slank zijn wordt cultureel niet als een teken van gezondheid beschouwd. Het nut van het houden van een dieet wordt moeilijk ingezien, onder meer omdat de effecten pas op langere termijn zichtbaar worden. Melkproducten worden minder gebruikt dan bij Nederlanders het geval is. Borstvoeding geven is bij Turkse en Marokkaanse moeders minder en bij Surinaamse moeders meer gebruikelijk dan bij Nederlandse moeders (Van der Wal 1995).

Cariës komt onder migranten veel meer voor dan bij Nederlanders. Deels komt dit door snoepen en het gebruik van voeding die meer suiker bevat dan in het eigen land, deels door andere gebruiken ten aanzien van de gebitsverzorging en van het zorggebruik op dit terrein.

Overgewicht komt veel voor onder Turkse en Marokkaanse Amsterdammers: vooral bij 35-plussers varieert de prevalentie van overgewicht met een Quetelet Index ≥ 25 van respectievelijk 60 procent en 78 procent onder Marokkaanse en Turkse mannen (autochtonen: 51 procent) tot 80 procent en 85 procent bij Turkse en Marokkaanse vrouwen (autochtonen: 46 procent). Ook bij Surinamers en Antillianen komt overgewicht in grotere mate voor dan bij autochtone Nederlanders, vooral bij vrouwen (Leest e.a. 2002).

Turkse mannen roken beduidend meer (70 procent) dan mannen in alle andere groepen allochtonen en autochtonen, en het lijkt erop dat ook Turkse vrouwen meer gaan roken. Marokkanen roken minder dan autochtone mannen, terwijl Surinaamse en Antilliaanse mannen evenveel roken. Marokkaanse vrouwen roken praktisch niet (Dijkshoorn 2002, Leest e.a. 2002).

Het alcoholgebruik onder Turkse (23 procent) en Marokkaanse (6 procent) mannen is aanzienlijk lager dan onder autochtonen, vrouwen drinken nauwelijks. Van de drinkers drinkt een groot deel overmatig. Geheelonthouding heeft een duidelijk negatief verband met acculturatiefactoren (Dijkshoorn 2002).

Turkse en Marokkaanse mannen en Marokkaanse vrouwen van 35 jaar en ouder bewegen weinig. Het percentage dat voldoende beweegt is laag onder Turkse mannen en vrouwen van 35 en ouder onder de drie onderzochte etnische groepen in Amsterdam (Dijkshoorn 2002)

Wat de overige risicofactoren voor hart- en vaatziekten betreft, zou hypercholesterolemie minder vaak voorkomen bij allochtonen en zouden de gemiddelde totaalwaarden voor cholesterol ook lager liggen. Oudere Turkse en Marokkaanse mannen hebben vaker hypertensie, bij de Surinamers en Antillianen is dat bij de vrouwen in het algemeen. Bij alle oudere allochtonen komt diabetes mellitus vaker voor, bij Hindostaanse Surinamers speelt dit reeds op jongere leeftijd. Buiten dit laatste komen de bovenstaande gegevens slechts uit een beperkt aantal onderzoeken (Leest e.a. 2002).

Gebrek aan sociale steun uit de omgeving en eveneens gebrek aan voldoende informatie zouden volgens de betrokkenen belemmerende factoren zijn voor verandering op het gebied van deze levensgewoonten.

Naast deze leefwijzen met een erkend direct effect op de gezondheidstoestand, is er ook een aantal cultureel en religieus bepaalde leefwijzen te noemen waaraan – althans in de ogen van Nederlanders – gezondheidsaspecten verbonden zijn:

- Binnen de islam speelt de vastentijd een belangrijke rol. Traditionele gelovigen maken vaak geen gebruik van dispensatie, waardoor het vasten gezondheidsrisico's oplevert bij noodzakelijk medicijngebruik en dieetvoorschriften. Zie ook hoofdstuk III.4.5 van dit handboek: 'Farmacotherapie en ramadan'.
- De besnijdenis, indien onhygiënisch uitgevoerd, kan risico's oproepen. Zowel bij jongens als bij meisjes is de besnijdenis een traumatische ervaring. In de Nederlandse cultuur wordt mannenbesnijdenis wel en vrouwenbesnijdenis niet acceptabel geacht. Ook in islamitisch georiënteerde landen nemen de bezwaren tegen vrouwenbesnijdenis toe, zowel vanwege de gezondheidsrisico's als wegens de inbreuk op de integriteit van de persoon. Maar in de praktijk is het vaak moeilijk uit te bannen.

- De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst (KNMG) heeft het standpunt ingenomen dat artsen niet moeten meewerken aan vrouwenbesnijdenis. Dit standpunt is ook overgenomen door de World Health Organisation (WHO).
- De praktijk van de besnijdenis van jongens is inmiddels in Nederland beter geregeld, onder andere door het inschakelen van huisartsen. Zie ook hoofdstuk III4.4 in dit handboek: 'Besnijdenis- en maagdelijkheidsrituelen'.
- Spreken over seksualiteit en daarmee verwante onderwerpen kan met migranten vaak niet op dezelfde wijze als thans onder Nederlanders gebruikelijk is. Dat heeft gevolgen voor:
 - het bespreekbaar maken van seksuele problemen;
 - het ondergaan van gynaecologisch onderzoek;
 - het verzoeken om herstel van het maagdenvlies;
 - een geboorteregeling;
 - consanguïniteit;
 - problemen met betrekking tot kinderloosheid;
 - geslachtsziekten, zowel in de preventieve als in de curatieve sfeer.
- Voor de mogelijke gezondheidsrisico's van onhygiënische omstandigheden bij het ritueel slachten zijn inmiddels afdoende oplossingen gerealiseerd, maar blijft waakzaamheid geboden.

2.4 *Biologische gezondheidsdeterminanten en de fysieke omgeving*

Bij migranten doet zich een aantal erfelijke afwijkingen in grotere mate voor. Het gaat daarbij met name om sikkelcelanemie en thalassemie (Rengelink-Van der Lee e.a. 1995, Heijboer e.a. 2001). Over dit onderwerp zal de Gezondheidsraad nader advies uitbrengen, onder andere over de vraag of screening van bepaalde migrantengroepen op deze aandoeningen nuttig kan zijn (Schulpen e.a. 1998, De Ridder 1999). Belangrijk gegeven is hierbij dat bijvoorbeeld in Turkije, ondanks antipropaganda vanuit de gezondheidszorg, één op de vijf huwelijken gesloten wordt tussen bloedverwanten, waarvan 80 procent tussen een neef en nicht (Gecer 1995).

Ook zijn er bepaalde afwijkingen die zich bij migranten frequenter voordoen dan bij autochtonen, zoals in subparagraaf 1.3 is beschreven. Over verdere verschillen in biologische factoren tussen migranten en autochtonen en de gevolgen voor de gezondheidstoestand is op grond van onderzoek weinig bekend. Ook over de verschillen in fysieke omgeving tussen migranten en autochtonen is weinig bekend. Vast staat dat de vaak slechte arbeids- en woonomstandigheden – welke direct samenhangen met de

sociaal-economische status – negatieve gevolgen hebben voor de gezondheidstoestand van migranten. Een relatief groot deel van de migranten woont in de Randstad, in het bijzonder in de vier grote steden, vaak in als minder goed voor de gezondheid bekend staande woonwijken. Verder moet gewezen worden op de verandering van klimaat die velen bij migratie ondergaan, en die op de gezondheid van invloed kan zijn.

3 Gezondheidszorg en migranten

In deze paragraaf wordt vooral ingegaan op het gebruik dat migranten al of niet van de gezondheidszorg in Nederland maken en de wijze waarop de gezondheidszorg daarop inspeelt. Daarbij wordt de aandacht in de eerste plaats gericht op de mogelijkheden die de gezondheidszorg biedt om aan de geconstateerde gezondheidsverschillen en -problemen tegemoet te komen. Ten tweede wordt gekeken of een beperkte toegankelijkheid, een beperkt gebruik en problemen in de hulpverlening een verklaring kunnen vormen voor de geconstateerde verschillen en problemen en de besteding daarvan. Daarbij moet met nadruk worden gesteld dat er vanuit de gezondheidszorg al veel initiatieven en inspanningen zijn ondernomen om aan de beoogde aanpassing van de zorg- en hulpverlening te werken, vaak met succes maar soms ook te incidenteel en te weinig structureel ingebed. In dit verband kwam de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in 2000 met een aantal aanbevelingen, die door een projectgroep zijn opgepakt en waarvoor in 2001 een Plan van Aanpak verscheen (VWS 2001). Daarin worden maatregelen en activiteiten beschreven die horen bij de volgende adviezen: intercultureel personeelsbeleid als onderdeel van intercultureel management, het expliciteren van de zorg aan allochtonen in de kwaliteitswetgeving, het invoeren van een vak 'interculturele zorgverlening' in de diverse opleidingen, de inschakeling van allochtone zorgconsulenten, en de ontwikkeling van cultuurspecifieke en categoriale voorzieningen, vooral in de ouderen- en verpleeghuiszorg en in de geestelijke gezondheidszorg.

De verwachtingen die migranten hebben ten aanzien van de Nederlandse gezondheidszorg zijn uiteraard sterk gebaseerd op wat men in het land van herkomst en binnen de eigen cultuur op dat gebied gewend was. Vaak komen deze verwachtingen in algemene zin overeen met dat wat veel Nederlanders van de gezondheidszorg verwachten. Er valt wat dat betreft wél een spanning te constateren tussen datgene wat cliënten in de gezondheidszorg willen en datgene wat vanuit de hulpverlening en vanuit het

beleid als ideaal gezondheidsgedrag ten aanzien van het gebruik van gezondheidszorg wordt gezien. Dat geldt ook voor migranten, met eigen accenten.

Bij de toegang tot en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen zijn er duidelijk verschillen te constateren tussen migranten en Nederlanders. Deze verschillen hangen vooral samen met:

- taal- en communicatieproblemen;
- culturele verschillen in gezondheidszorggebruik;
- de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt in de Nederlandse gezondheidszorg;
- onvoldoende kennis over het functioneren van lichaam en geest;
- ontbrekende kennis over de Nederlandse gezondheidszorg;
- mate van interculturalisatie van de organisatie van het hulpverleningsaanbod.

In het algemeen zien migranten de Nederlandse gezondheidszorg en het gebruik dat zij daarvan kunnen maken als een verworvenheid. Dat geldt bijvoorbeeld met name voor de preventieve jeugdgezondheidszorg, die in het land van herkomst niet in die vorm aanwezig is. Van deze positieve waardering kan ook gebruik worden gemaakt om migranten met voorlichting te bereiken.

De communicatie tussen hulpverlener en migrant laat vaak te wensen over. Naast het feit dat migranten het Nederlands nogal eens onvoldoende beheersen, beschikt men vaak niet over voldoende kennis van de in Nederland aanwezige voorzieningen van gezondheidszorg en kan men soms ook niet lezen en schrijven. Dit heeft consequenties, zowel voor de interactie in de relatie hulpvrager-hulpverlener als voor de benaderingswijze en te hanteren methoden in de preventie. Door een ruime inzet – ook telefonisch – van tolken en recent ook van Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC) (NIGZ 1998, Koopmans en Uitenbroek 2001, Voorham e.a 2002) en zorgconsulenten (Kroessen, 1998) worden deze communicatieproblemen deels ondervangen. Zie hiervoor ook een aantal hoofdstukken in dit handboek, zoals in de secties II 1 en II 2 en de hoofdstukken V 1.4 en V 1.5. In het kader van de invoering van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is adequate informatieoverdracht een vereiste.

Daarnaast bestaat er bij de hulpverlening vaak een beperkt begrip van de cultuurverschillen die de hulpverleningsrelatie mede beïnvloeden; het inzicht in hoe men daar het beste mee om kan gaan, ontbreekt dikwijls ook

nog. Ook in de verschillende (medische) opleidingen komt interculturalisatie nog te weinig aan bod (Wieringen e.a. 2001).

3.1 Curatieve gezondheidszorg

Gezondheidsklachten worden door migranten vaak anders gepresenteerd dan men in Nederland gewend is. Zo wordt het westers-culturele onderscheid tussen lichaam en geest door bijvoorbeeld Marokkanen niet op vergelijkbare wijze beleefd en gehanteerd. Zij interpreteren hun identiteit en hun bestaan voornamelijk in termen van lichamelijk functioneren (Snel e.a. 2002).

Op zich wordt door de gang van zaken in de Nederlandse gezondheidszorg een dergelijke nadruk op het lichamelijke ook versterkt; met name in de fase van de probleemverkenning kan dit tot misverstanden aanleiding geven (Limburg-Okken en Limburg 1982). Als de hulpverlener – met kennis van deze culturele verschillen – serieus op de klacht ingaat en goed doorvraagt, is het meestal wel mogelijk om duidelijkheid over de klacht te krijgen.

Lichamelijk onderzoek ervaart de migrant als een erkenning van zijn klachten. Men wordt het liefst onderzocht door iemand van de eigen sekse, zeker wanneer het om onderzoek van de geslachtsorganen gaat. Bloedonderzoek is niet altijd populair bij migranten, onderzoek door middel van röntgenfoto's wel.

Migranten worden door de huisarts vaak teleurgesteld als zij niet worden verwezen naar een medisch specialist. In eigen land kan men bij ziekte meestal regelrecht naar een ziekenhuis of naar een particuliere specialist gaan, als men daarvoor tenminste voldoende geld heeft. Een verwijzing kan de patiënt ook al het gevoel geven dat zijn klacht erkend wordt. Een goede uitleg over de aard van de aandoening, de reden van het al dan niet verwijzen en de te verwachten resultaten van de verwijzing is dan ook essentieel. Dit geldt ook voor het voorschrijven van medicijnen. Goede communicatie kan bij het gebruik van medicijnen van levensbelang zijn.

In de eerste *Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk* (NIVEL 1991) zijn gegevens verwerkt van 2.071 Turken, 1.715 Marokkanen en 2.289 Surinamers, naast die van 236.053 autochtone Nederlanders. In dat onderzoek waren:

- bij de Turken en Marokkanen meer mannen;
- bij alle migrantengroepen in verhouding meer 0-14-jarigen;
- weinig tot geen 65-plussers;

- meer mensen met een lager opleidingsniveau;
 - meer werklozen en veel ziekenfondsverzekerden opgenomen.
- Na correctie voor deze demografische en sociaal-economische factoren komen in tabel 4 de volgende prevalentieverschillen naar voren.

Tabel 4 Prevalentie per ICPC-hoofdstuk: aantal ziekte-episoden per 100 ingeschreven patiënten (gecorrigeerde gegevens)

	<i>Turken</i> (n = 2.071)	<i>Marokkanen</i> (n = 1.715)	<i>Surinamers</i> (n = 2.289)	<i>Nederlanders</i> (n = 236.053)
Algemeen en niet gespecificeerd	7,3	4,7*	7,3	7,3
Bloed en bloedvormende organen	1,2	1,3	2,0*	1,4
Tractus digestivus	9,6*	8,2*	9,2*	6,1
Oog	2,7	2,7	2,7	2,9
Oor	1,6*	1,8*	3,1	3,4
Tractus circulatorius	6,7*	5,7*	10,1	10,5
Bewegingsapparaat	14,9*	11,7	14,1*	12,2
Zenuwstelsel	2,5	2,5	2,3	2,8
Psychische problemen	6,2	5,4*	9,1*	7,3
Tractus respiratorius	17,5*	13,5	16,8*	13,8
Huid en subcutis	9,7	11,7*	13,6*	9,9
Endocriene klieren/ metabolisme/voeding	2,5	2,3	3,9*	2,5
Urinewegen	2,1	2,2	2,4	2,1
Zwangerschap, bevalling en anti-conceptie	11,2	12,1*	10,2	9,2
Geslachtsorganen en borsten vrouw	6,1	5,9	9,4*	6,3
Geslachtsorganen en borsten man	0,8	0,9	1,7	1,1
Sociale problemen	2,9*	1,9	2,5*	1,4

ICPC = International Classification of Primary Care.

Significante verschillen zijn met een * aangegeven.

Bron: NIVEL 1991.

Volgens deze studie presenteren migranten vaker klachten bij de huisarts op het gebied van de spijsverteringsorganen, en minder vaak op het gebied van het hart-vaatstelsel. Voor het overige bestaat er een gedifferentieerd beeld. Ook uit ander onderzoek is bekend dat Turkse en Marokkaanse volwassenen vaker dan Nederlanders en Surinamers hun huisarts raadplegen voor problemen met de spijsvertering (Wieringen e.a. 1986); zie verder ook subparagraaf 3.4.

Asielzoekers en vluchtelingen presenteren naast 'gewone' klachten en problemen vooral gezondheidsproblemen op het grensvlak van somatiek en psychiatrie. Het gaat om specifieke lichamelijke klachten in combinatie met psychische of psychiatrische problemen (Bloemen en Van der Laan 1998). Van alle diagnoses die door huisartsen bij asielzoekers worden gesteld, betreft 10 procent psychische problemen. Bij net binnengekomen asielzoekers in opvangcentra is dat 15 procent (Van Oort e.a. 2003). Ook bij illegalen die de huisarts bezoeken, valt 10 procent van de gestelde diagnoses onder het hoofdstuk 'psychische problemen'. Verder presenteren illegalen minder problemen met het bewegingsapparaat, maar meer met huid en subcutis, waaronder ook wonden vallen (Van Oort e.a. 2001).

In 2000/2002 heeft het NIVEL in het kader van de tweede *Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk* door middel van een enquête opnieuw gegevens verzameld, zowel bij 12.699 autochtone Nederlanders als bij 1.385 allochtonen uit de vier minderheden die bij een huisarts waren ingeschreven. In die enquête werden onder andere gegevens verzameld over zorggebruik. Tabel 5 wordt in 2003 door het RIVM gepubliceerd in het VTV-rapport *Zorg in de Grote Stad* (VTV: Volksgezondheid Toekomstverkenningen) (Uiters e.a. 2003). In deze tabel worden alleen de gegevens weergegeven van respondenten die wonen in (zeer) sterk stedelijke gebieden waar 84 procent van de allochtone respondenten woonachtig is. De gegevens zijn gecorrigeerd voor verschillen tussen de verschillende groepen in leeftijd, geslacht, opleiding, ervaren gezondheid, chronische aandoeningen en verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier).

Huisartsen/specialistenbezoek

Het percentage mensen dat in de afgelopen twee maanden contact heeft gehad met de huisarts, ligt onder alle vier allochtone groepen hoger dan onder de autochtone bevolking. Dit verschil is alleen onder Surinamers en Turken statistisch significant. Van deze laatste twee groepen geeft ongeveer 10 procent meer mensen aan de afgelopen twee maanden contact te hebben gehad met de huisarts. Ook wanneer apart gekeken wordt naar

Tabel 5 Gebruik van zorgvoorzieningen per etnische groep in de stedelijke gebieden (%); percentages zijn gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding, ervaren gezondheid, chronische aandoeningen en verzekeringsvorm

	Autochtonen (n = 2.923)	Surinamers (n = 352)	Marokkanen (n = 315)	Turken (n = 376)	Antillianen (n = 173)	Totaal (n = 4.139)
Contact huisarts afgelopen 2 maanden	43,0	52,9*	45,3	51,7*	46,8	45,0
Frequentie contact huisarts afgelopen 2 maanden (> 2)	14,1	23,3*	23,0	24,7*	22,6	16,9
Contact medisch specialist afgelopen jaar	42,6	53,1*	43,7	55,5*	62,9*	45,6
Opname ziekenhuis/kliniek afgelopen jaar	7,9	7,4	6,4	6,7	9,3	7,7
Contact fysiotherapeut/oefentherapeut afgelopen jaar	17,6	20,7	12,7*	13,6*	12,7*	16,9
Contact psychosociale hulpverleners afgelopen jaar	8,2	10,2	10,2*	10,9	14,5	9,0
Contact andere hulpverleners afgelopen jaar	11,3	5,4*	3,5*	4,3*	6,9*	9,4
Contact thuiszorg afgelopen jaar	6,9	5,1	1,9	3,2	7,5	6,1
Gebruik voorgeschreven medicijnen afgelopen 14 dagen	49,2	51,9	36,0*	37,8	42,8	47,1
Gebruik niet-voorgeschreven medicijnen afgelopen 14 dagen	44,0	38,1*	30,1*	31,6*	41,6*	41,2

Bron: VTV-rapport *Zorg in de Grote Stad* (2003).
Significante verschillen zijn met een * aangegeven.

mensen met een lage opleiding en een slechte of matige ervaren gezondheid wordt dit verband gezien (Uiters e.a. 2003).

Ook de contactfrequentie blijkt onder de allochtone groepen hoger te zijn dan onder de autochtone bevolking. Dit betekent dat er relatief meer mensen uit een van de vier allochtone groepen contact hebben gehad met de huisarts en dat daarnaast deze mensen ook relatief vaker contact hebben gehad met de huisarts. Met name onder Surinamers en Turken wordt dit verband gevonden. Onder de mensen met een lage opleiding hebben met name Turken een hogere contactfrequentie. Onder mensen met een matige of slechte ervaren gezondheid hebben daarnaast ook Surinamers een significant hogere frequentie van contact met de huisarts (Uiters e.a. 2003).

Inhoudelijk lijkt het erop dat Turken en Marokkanen tijdens huisartssprekken tot nog toe minder vaak voorlichting kregen en bij Marokkanen ook minder vaak een therapeutisch gesprek plaatsvond. Het inschakelen van allochtone zorgconsulenten zou hierin verandering moeten brengen. Turken, Marokkanen en Surinamers krijgen vaker een recept mee, terwijl ze zelf minder vaak zeggen dat ze een medicijn gebruikten (tabel 5). Wat betreft diagnostiek, medisch-technische verrichtingen en verwijzingen, verschillen consulten van migranten en Nederlanders in het algemeen niet van elkaar (Weide en Foets 1998).

Ervaringen van migranten met de huisartsenzorg zijn in het algemeen positief. Wel vindt een vierde dat er te weinig tijd wordt genomen om te communiceren en dat er te weinig uitleg wordt gegeven over mogelijke bijwerkingen van medicijnen. En alhoewel de meesten vinden dat ze met respect en zonder vooroordelen worden behandeld, vindt 40 procent toch dat er geen rekening gehouden wordt met hun specifieke problemen (El Fakiri e.a. 2000).

Alle allochtone groepen zeggen meer contact te hebben gehad met een medisch specialist dan de autochtone bevolking. Met uitzondering van Marokkanen geldt dit ook onder mensen met een lage opleiding. Bij mensen met een matige of slechte ervaren gezondheid gaan vooral Turken en Antillianen meer naar de medisch specialist. Daarentegen is het contact met de medisch specialist onder Marokkanen met een slechte of matige ervaren gezondheid juist lager dan onder de autochtone bevolking (Uiters e.a. 2003). Ander onderzoek gebaseerd op de analyses van gegevens van zorgverzekeraars daarentegen, vindt in alle groepen een lager gebruik van specialistische zorg (Stronks e.a. 2001).

De eerstelijnszorg is relatief goed toegankelijk voor illegalen (voorzover ze zorg zoeken). Knelpunten liggen vooral bij dure en/of complexe zorg en tweedelijnszorg (Reijneveld en Van Herten 2000).

Fysiotherapie en oefentherapie

Het gebruik van fysiotherapie of oefentherapie is over het algemeen (significant) geringer onder allochtonen dan onder de autochtone bevolking. Surinamers zijn een uitzondering op deze regel. Onder de mensen met een lage opleiding of met een matige tot slechte ervaren gezondheid, blijken met name Marokkanen en Turken minder gebruik te maken van fysiotherapie/oefentherapie (Uiters e.a. 2003).

Wat betreft fysiotherapie en oefentherapie bij migranten, zijn vooral rug-, nek- en schouderklachten van belang. Massage en warmtetherapie zijn de meest toegepaste vormen van therapie. De waarde van oefentherapie is moeilijker overdraagbaar. In de ziekenhuizen beperkt men zich dan ook meestal tot de klassieke oefeningen.

Psychosociale en andere behandelaars

De mate van contact met psychosociale hulpverleners ligt voor alle groepen allochtonen hoger dan voor de autochtone bevolking. Alleen voor Marokkanen is dit verschil ook statistisch significant.

De mate van contact met overige behandelaars is onder alle groepen allochtonen significant lager dan onder autochtonen. Dat geldt ook onder mensen met een lage opleiding en onder mensen met een matige of slechte ervaren gezondheid.

Seksueel overdraagbare aandoeningen

Turkse en Marokkaanse mannen staan relatief vaak ingeschreven bij een polikliniek voor seksueel overdraagbare aandoeningen. Dit kan te maken hebben met een ander hulpzoekgedrag: migranten consulteren wellicht minder vaak de huisarts voor deze gezondheidsproblemen.

Tandartsbezoek

Tandartsbezoek ligt bij allochtone lbo/mavo-leerlingen beduidend lager dan bij autochtone leerlingen.

Medicijngebruik

In het algemeen is het medicijngebruik van middelen die op recept verkrijgbaar zijn, uitgezonderd Surinamers, lager onder allochtonen. Met name Marokkanen gebruiken significant minder voorgeschreven medicijnen dan de autochtone bevolking. Binnen de subgroep van mensen met een slechte tot matige ervaren gezondheid, is alleen het medicijngebruik van Turken significant lager (Uiters e.a. 2003).

Ook het gebruik van niet-voorgeschreven medicijnen is lager onder de vier allochtone groepen. Als we specifiek kijken naar mensen met een lage opleiding en mensen met een matige of slechte ervaren gezondheid, blijkt dit met name te gelden voor Marokkanen en Turken.

3.2 Preventieve gezondheidszorg

Van de preventieve voorzieningen worden de consultatiebureaus (voor zuigelingen en kleuters) en de jeugdgezondheidszorg (voor schoolgaande kinderen) door migranten op vergelijkbaar niveau benut als door autochtone Nederlanders. Migranten ervaren deze vormen van preventieve zorg als nieuwe verworvenheden.

Het consultatiebureau wordt zeer trouw bezocht door ouders uit alle bevolkingsgroepen. Van de Turkse kinderen bezocht 90 procent het consultatiebureau tegen 92 procent van de Nederlandse kinderen (CBS 1991). Er zijn aanwijzingen dat de vaccinatiëgraad bij allochtone kinderen in sommige grote steden lager ligt dan die van Nederlandse kinderen, maar dat geldt enkel voor kinderen die in het buitenland werden geboren. Allochtone kinderen die in Nederland werden geboren, hebben dezelfde vaccinatiëgraad voor DKTP en BMR als autochtone kinderen (Van der Wal e.a. 2001).

Zoals geconcludeerd zijn er in de betreffende leeftijdsgroepen geen opvallende verschillen in de gezondheidstoestand van de verschillende groepen kinderen. De verhoogde sterfte wijst echter op de noodzaak van extra voorzichtigheid bij infectieziekten en op aandacht voor preventie van ongevallen. Daarnaast is bijzondere aandacht nodig voor de voedingsvoorlichting, de voorlichting over het reizen, de mondgezondheid, en de signalering van opvoedingsproblemen.

Helaas is de afspraak dat een allochtoon kind extra tijd krijgt toegewezen op het consultatiebureau en tijdens het bezoek aan de schoolarts niet meer landelijk geregeld. Hierdoor kunnen de voorzieningen plaatselijk verschillen in de feitelijke faciliteiten die zij migranten bieden. Dat geldt ook voor

consultatiesprekuren waarbij een tolk aanwezig is. Gelukkig kan nog steeds zonder kosten gebruik worden gemaakt van de tolktelefoon en is het meeste voorlichtingsmateriaal van het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders drempelvrij ter beschikking. Dit materiaal wordt door de doelgroep in het algemeen gewaardeerd. Voor de vier grote steden is een standaardpakket voor de zorg voor 4 tot 19-jarigen uitgewerkt, gericht op de complexiteit in de multiculturele stad (Schulpen 1996).

Het gebruik van andere preventieve zorgvoorzieningen is bij migranten beduidend lager. Zo bleken de Turkse respondenten uit de landelijke enquête beduidend minder geregeld de tandarts te bezoeken. In Rotterdam en Utrecht bleek de opkomst op oproepen voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker lager te zijn bij Turkse en Marokkaanse vrouwen. Hoewel migrantenvrouwen in toenemende mate gebruikmaken van voorzieningen rond zwangerschap en bevalling, maken vooral de oudere vrouwen die niet zo vertrouwd zijn met de Nederlandse verloskundige voorzieningen hier minder gebruik van. Voorlichting over het belang van zwangerschapscontroles is gewenst. Kraamzorg is een onderdeel van de zorg waar migranten traditioneel weinig gebruik van maken. Onduidelijkheid over de rol van de wijk- of de interne kraamverzorgster en de relatief hoge kosten blijken een knelpunt te zijn. Het inschakelen van kraamverzorgsters uit de migrantengroepen zelf lijkt een positieve invloed te hebben (Fakiri e.a. 1999).

Oudere allochtonen bereiken een even grote vaccinatiegraad voor influenzavaccinatie als autochtone ouderen. Turkse 65-plussers en allochtone ouderen buiten de vier minderheden lijken minder gevaccineerd. Diegenen die niet zijn gevaccineerd, halen vooral organisatorische redenen aan. Surinamers die zich niet laten vaccineren beweren daarnaast dat ze nooit griep hebben (Kulu-Glasgow e.a. 2000).

Bij tuberculosescreening is de dekkingsgraad bij allochtonen bij een vervolgscreening duidelijker lager dan bij autochtonen (Bwire e.a. 2001).

3.3 Verpleging en verzorging

Ook het gebruik van verpleging en verzorging, zowel thuis als residentieel, is bij migranten vooralsnog beduidend lager dan bij vergelijkbare Nederlanders. Een beduidend lager percentage migranten is bijvoorbeeld lid van een kruisvereniging. In veel culturen waaruit migranten afkomstig zijn, is het overlaten van de verpleging en verzorging aan professionele

zorg minder geaccepteerd. Vooral nog zijn er geen onderzoeken beschikbaar waaruit blijkt dat dit tot onaanvaardbare situaties zou lijden. Wel ontstaat langzaam maar zeker het inzicht dat de zorg voor ouderen, gehandicapten en chronisch zieken in de naaste toekomst rekening zal moeten gaan houden met een aangepast zorgaanbod op dit terrein.

In de nota *Kleurrijk grijs* zijn door de rijksoverheid reeds de nodige maatregelen ten aanzien van de aanpassing van de zorg voor ouderen gepresenteerd. Verwezen kan daarbij verder worden naar het NIZW-programma *Oudere migranten en voorzieningen*, waarvan regelmatig een nieuwsbrief verschijnt. Uit een literatuurstudie naar de zorg voor oudere Turken en Marokkanen blijkt dat deze ouderen behoefte hebben aan hulp in het huishouden, en bij dagelijkse levensverrichtingen en lichamelijke verzorging, maar dat ze nauwelijks gebruikmaken van thuiszorg of van verpleeg- en verzorgingshuizen. Mogelijkheden zijn niet gekend, het aanbod sluit niet aan op de behoeften, en bij de doelgroep zelf leeft er een negatief imago over deze instellingen (De Graaff en Francke 2002).

In de verpleging en verzorging van lichamelijk en verstandelijk gehandicapten doen zich op beperkte schaal specifieke problemen voor. In de *Welzijnsnota 1995-1998* is een apart project voor allochtone gehandicapten aangekondigd. Hoewel chronische aandoeningen meer voorkomen bij migranten, is over de hulpverlening aan chronisch zieke migranten nog weinig bekend. De Nationale Commissie Chronisch Zieken is voornemens in haar tweede zittingsperiode aan chronisch zieke migranten nader aandacht te besteden.

Het gebruik van thuiszorg en het aantal opnamen onder allochtonen ligt bij alle groepen lager dan bij autochtonen. Vooral onder Marokkanen en ook onder Turken zijn de percentages beduidend lager dan onder autochtonen (verschillen zijn echter door de kleine aantallen statistisch niet significant; zie tabel 4) (Uiters e.a. 2003). Wel wordt er veel zorg opgevangen door mantelzorg (Van den Brink 1998). Verdere oorzaken van ondergebruik kunnen de gebrekkige kennis zijn, procedures, de eigen bijdrage of de slechte aansluiting bij specifieke behoeften (De Veer e.a. 2001). Ook van kraamzorg wordt minder gebruikgemaakt en wanneer er gebruik van wordt gemaakt, heeft men minder uren kraamzorg. El Fakiri noemt een hele reeks redenen zoals onbekendheid, de visie op bevalling als natuurlijke gebeurtenis, privacy, mantelzorg, en de criteria van kraaminstellingen (El Fakiri e.a. 1999, Welling en Wiegers 2001, De Veer e.a. 2001).

3.4 Geestelijke gezondheidszorg

Vraag is of de huidige geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen en de binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) werkzame beroepsbeoefenaren, ondanks de inspanningen uit het recente verleden, al voldoende zijn toegerust voor de hulpverlening met betrekking tot psychische problemen van migranten (Knipscheer en Kleber 1998).

Vanaf de beginperiode heeft het maatschappelijk werk een belangrijke rol gespeeld bij de opvang van migranten met psychische problemen. Deels had dit te maken met de slechte toegankelijkheid van de RIAGG voor migranten, deels met de in onvoldoende mate beschikbare hulpverleningscapaciteit van de RIAGG. Het laatste decennium is daarin weliswaar de nodige verbetering gekomen, maar de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg van migranten lijkt nog steeds niet op het niveau dat valt te verwachten als men de aanwezigheid van de problematiek in beschouwing neemt. Voor vluchtelingen en asielzoekers is op beperkte schaal gespecialiseerde zorg ontstaan (Phoenix in Wolfheze, De Vonk in Noordwijkerhout, Abri in Amsterdam en de RIBW-voorzieningen voor asielzoekers) (Van Mechelen 2001). Voor illegalen is de GGZ waarschijnlijk slechts beperkt toegankelijk (Reijneveld en Van Herten 2000).

Van de RIAGG-cliëntèle in de Randstad is 15 procent niet in Nederland geboren; daarvan is 3 procent afkomstig uit Turkije of Marokko, 2 procent uit Suriname en 1 procent uit de Antillen. Aangezien geboorteland bij deze cijfers het criterium is, kan hieruit niet worden afgeleid in hoeverre migranten van de tweede en derde generatie van de RIAGG gebruikmaken (Van der Sande 1992). Bij sommige RIAGG's in de grote steden liggen deze percentages overigens hoger.

In Nederlands onderzoek onder 268 Marokkaanse en Turkse RIAGG-cliënten werd 25 procent op somatische en 60 procent op psychische gronden verwezen. Bij 22 procent bestond nadrukkelijk de overtuiging dat de eigen ziekteklachten moesten worden toegeschreven aan een bovennatuurlijke oorzaak (geesten, toverij of magische beïnvloeding). Bij 88 procent begonnen de klachten na het eerste verblijfsjaar; met een rechtvenredig verband tussen klachtenduur en verblijfsduur (Limburg-Okken 1989).

In de acute psychiatrie van de RIAGG's heeft 4 procent van de klanten een niet-Nederlandse nationaliteit en 17 procent een allochtone achtergrond (Gersons e.a. 1993).

Het percentage vrijwillige psychiatrische ziekenhuisopnamen van allochtonen is lang achtergebleven bij dat van autochtone Nederlanders. Ook de gemiddelde opnameduur van allochtonen was korter en zij gingen vaker en sneller tegen het advies van hun arts met ontslag dan autochtonen (Brook 1992).

Migranten voelen zich in de cultuur van de Nederlandse algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ) niet erg thuis. Ze maken er pas gebruik van wanneer ze vanwege escalerende psychiatrische problematiek volkomen met de rug tegen de muur staan (Kortmann 1993).

Uit onderzoek is gebleken dat aan het eind van de jaren tachtig het percentage gedwongen opnamen van Surinamers en Antillianen in het voormalig Provinciaal Ziekenhuis Santpoort aanzienlijk hoger was dan dat van autochtone Nederlanders (Dekker e.a. 1990).

Geconstateerd kan worden dat er verschillen zijn in het gebruik van GGZ-voorzieningen tussen migranten en autochtone Nederlanders. Deze verschillen bestaan ook tussen bevolkingsgroepen met een vergelijkbare sociaal-economische status, maar een verschillende etnisch-culturele achtergrond. In tegenspraak daarmee lijkt de bevinding dat migranten die in betere wijken wonen, meer gebruikmaken van de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ). Verklaring daarvoor kan zijn dat zij in die wijken meer problemen op psychisch gebied ondervinden, of dat hun hulpzoekgedrag zich aan hun woonomgeving aanpast (May 1992).

Bij het gebruik van enkele GGZ-voorzieningen zijn migranten op dit moment oververtegenwoordigd, bij een aantal andere voorzieningen zijn zij juist ondervertegenwoordigd. Uit de NIVEL-studie blijkt dat bij de huisarts sociale problemen wél door migranten op het spreekuur worden gepresenteerd. Psychische problemen worden door Turken en Marokkanen minder dan door Surinamers en autochtone Nederlanders aangekaart bij de huisarts. Verwijzing door de huisarts naar de GGZ lijkt niet te verschillen; wel worden migranten vaker binnen de eerste lijn verwezen, naar met name het maatschappelijk werk (NIVEL 1991). Surinamers en Antillianen komen relatief vaak zonder formele verwijzing op eigen initiatief of via andere instanties in behandeling bij de GGZ (De Jong 1996).

In hoeverre eerder vermelde verschillen in klachtenpresentatie en communicatieproblemen daarbij een rol spelen, valt met de thans beschikbare gegevens niet nader vast te stellen.

Onduidelijk is wat de precieze behoefte aan GGZ is onder migranten. Vast staat wel dat de vraag van migranten naar GGZ de laatste jaren is toege-

nomen, mede door de inspanningen van de kant van de RIAGG's (Pannekeet 1991, May 1993a, Rozenblad 1992).

Datzelfde kan ook worden gezegd van de verslavingszorg. Daarbij kon een grotere toegankelijkheid en een gerichtere hulpverlening worden bereikt door het 'voorschakelen' van een op migranten gericht motivatiecentrum (Jellinek Amsterdam) of door een zeer gericht beleid voor allochtonen (Centrum Zeestraat Den Haag).

Recent is het Platform Multiculturele Verslavingszorg totstandgekomen, mede met de bedoeling om de ontstane scheiding tussen algemene en categoriale voorzieningen op dit terrein te overbruggen (NeVIV 1995).

Duidelijk is dat er nog steeds een aantal knelpunten is met betrekking tot de toegankelijkheid van GGZ-voorzieningen voor migranten. Deze knelpunten hebben, naast genoemde achtergronden, ook te maken met de organisatie en de financiering van de hulpverlening, en de capaciteit en de spreiding van GGZ-voorzieningen over het land (May 1993b).

De hulpverlening is qua organisatie en personeel nog steeds onvoldoende afgestemd op de hulpvragen van migranten. Bij intra- en semimurale instellingen lijkt deze onvoldoende afstemming een groter probleem dan bij ambulante GGZ-voorzieningen in de Randstad. De GGZ-voorzieningen zijn, gerelateerd aan de bevolkingsomvang, redelijk evenwichtig gespreid over Nederland. De meeste migranten wonen echter in de vier grote steden en een aantal middelgrote steden. Tussen migrantengroepen bestaan onderling weer verschillen wat betreft spreiding over de verschillende steden. De GGZ-voorzieningen in de grote(re) steden zijn qua capaciteit en personeel nog onvoldoende ingesteld op de opvang en behandeling van hulpvragen van migranten. Ook verschilt de aard van de hulpvragen vaak. Hulpvragen die in steden als Amsterdam en Rotterdam veel gesteld worden, blijken in de periferie niet of veel minder gesteld te worden, wat ook zou kunnen liggen aan een minder adequate opvang bij betreffende instellingen.

Migrantengroepen zijn oververtegenwoordigd in de residentiële settings, het bijzonder onderwijs, de verslavingszorg en justitiële geestelijke gezondheidszorg, en ondervertegenwoordigd in de AGGZ voor wat betreft jongeren, Marokkaanse vrouwen en Surinaamse mannen.

Literatuur

- Alders, M. (2001), 'Allochtonen, een jonge en groeiende bevolkingsgroep'. In: *Maandstatistiek bevolking*, nr. 11, pp. 11-15.
- Avezaat, J.J.M. en J.Th. Lutjehuis (1986), 'Ulcus pepticum bij allochtone Nederlanders'. In: *H&W*, nr. 29, pp. 218-219.
- Bellaart, H.B. (1997), *Transculturele toegang tot de gezondheidszorg. Commentaar op het advies van de projectgroep Toegang*. VWS/NIZW.
- Berg, H. van den, M. Kuilman, P. van den Looij en G. van der Zalm (2000), *Gezondheidskaart Jeugd*. GGD rotterdam en omstreken.
- Bloemen, E.J.J. en J.R. van der Laan (1998), 'Een vluchteling bij de huisarts: een speciale patiënt?' In: *Huisarts en Wetenschap*, nr. 41, pp. 184-188.
- Brink, Y. van den (1998), *Transculturele Ouderenzorg Thuis. Zorgpraktijken en -opvattingen van Turkse mantelzorgers in Rotterdam*. KCW, Rotterdam.
- Brook, O.H. en A.C. de Graaf (1985), 'Opnemingen in de algemene psychiatrische ziekenhuizen van in Nederland verblijvende migranten'. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, nr. 27, pp. 190-202.
- Bwire, R., S. Verver, J.A.C.M. Annee-Van Bavel, P. Kouw, S.T. Keizer en M.W. Borgdorff (2001), 'Dekkingsgraad van tuberculosescreening bij immigranten: sterke afname bij vervolgscreening'. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, jrg. 145, nr. 17, pp. 823-826.
- CBS (1991), *De gezondheidsenquête Turkse ingezetenen in Nederland 1989-1990*. Voorburg, Heerlen.
- Dekker, J.J.M., A.P.M. Swalen en H.J.M. Wesenbeek (1990), *Transculturele psychiatrie: knelpunten in de praktijk*. Van Gorcum, Assen, Maastricht.
- Dijkshoorn, H., A.C.M. Diepenmaat, M.C.A. Buster, D. Uitenbroek en S.A. Reijneveld (2000), 'Sociaal-economische status als verklaring van verschillen in gezondheid tussen Marokkanen en Nederlanders'. In: *TSG*, nr. 78, pp. 217-222.
- Dijkshoorn, H., C.G.M. Erkens en A.P. Verhoeff (2001), *Gezondheidsenquête Amsterdamse Gezondheidsmonitor 1999/2000: opzet, verloop van het onderzoek en eerste resultaten*. GG&GD Amsterdam.
- Dijkshoorn, H. (2002), *Ongezonde leefgewoonten in Amsterdam. Verschillen tussen Turken, Marokkanen en Nederlanders*. In: *EDG reeks 2002 (2)*. GG&GD Amsterdam.
- Duin, C. van (2002), 'Hogere zuigelingensterfte in minder welvarende gebieden en onder niet-westerse allochtonen in Nederland'. In: *Maandstatistiek Bevolking*, maart, pp. 4-6.
- El Fakiri, F., I. Kulu-Glasgow, M.G. Weide en M. Foets (1999), *Kraamzorg in allochtone gezinnen*. Elsevier/De Tijdstroom, LCVV, Utrecht/Maarssen.
- El Fakiri, F., H.J. Sixma en M.G. Weide (2000), *Kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit migrantenperspectief: ontwikkeling van een meetinstrument*. Nivel, Utrecht.

- Enk, A. van, S.E. Buitendijk, K. van der Pal, W.J.J. van Enk en T.W.J. Schulpen (1998), 'Perinatal death in ethnic minorities in the Netherlands'. In: *J Epidemiol Community Health*, nr. 52, pp. 735-739.
- Enk, A. van (2000), 'Tienerzwangerschap en etniciteit'. In: *Tijdschrift voor verloskundigen*, jrg. 25, nr. 3, pp. 176-180.
- Enk, W.J.J., W.H.M. Gorissen en A. van Enk (1999), 'Tienerzwangerschappen naar etniciteit in Nederland, 1990-1993'. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, jrg. 143, nr. 9, pp. 465-471.
- Fiolet, D.C.M. en B.J.C. Middelkoop (2001), 'De gezondheid van Marokkanen in de randstad. De Haagse gegevens nader bekeken'. In: *Epidemiologisch Bulletin*, jrg. 36, nr. 4, pp. 11-18.
- Garssen, J. en A. Sprangers (2001), 'Aantal tienermoeders weer toegenomen'. In: *Maandstatistiek van de bevolking*, pp. 4-5.
- Gecer, Y. (1995), *Erfelijkheidsvoorlichting bij Turken en Marokkanen in Nederland*, VSOP, Soestdijk.
- Gersons, B.P.R. e.a. (1993), 'Acute psychiatrie in de RIAGG's in Nederland: een populatieonderzoek'. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, nr. 35, pp. 528 e.v.
- GGD Rotterdam (1998), *De gezondheid van Marokkanen in de randstad*. Sector Gezondheidsbevordering, Rotterdam.
- GG&GD Amsterdam (1994), *Peilstationonderzoek jeugdgezondheidszorg Amsterdam*.
- Gorissen, W.H.M. e.a. (1988), *De gezondheidspeiling Utrecht*. GG&GD, Utrecht.
- Graaff, F.M. de en A.L. Francke (2002), 'Zorg voor Turkse en Marokkaanse ouderen in Nederland, een literatuurstudie naar zorgbehoeften en gebruik'. In: *Verpleegkunde*, nr. 17, pp. 131-139.
- Heijboer, H., X.W. van den Tweel, M. Peters, M. Knuist, J. Prins en H.S.A. Heymans (2001), 'Een jaar neonatale screening op sikkelziekte in het Emma Kinderziekenhuis/Academisch Medisch Centrum te Amsterdam'. In: *NTvG*, nr. 145, pp. 1795-1799.
- Hellinga, G. (1994), 'Over de culturele gebondenheid van As II van DSM-III-R'. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, nr. 36, pp. 20-31.
- Henselmans, H. (1995), 'De DSM-IV: een plaatsbepaling'. In: *MGV*, pp. 483-499.
- Hirasing, R.A. e.a. (1992), *De incidentie van insuline-afhankelijke diabetes mellitus bij 0-19-jarigen in Nederland (1988-1990)*. NIPG/TNO, Leiden.
- Hoogenboezem, J. en A.Z. Israels (1990), 'Sterfte naar doodsoorzaak onder Turkse en Marokkaanse ingezetenen in Nederland 1979-1988'. In: *Maandbericht Gezondheid*, nr. 8, pp. 4-21.
- Jansen, J., A.J. Schuit en F. van der Lucht (2002), *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. Centrum voor volksgezondheid Toekomstverkenningen RIVM, Bilthoven.
- Jong, A. de en J. Hoefnagel (2001), 'Verdubbeling van het aantal allochtonen in de afgelopen kwart eeuw'. In: *Maandstatistiek bevolking*, jrg. 49, nr. 9, pp. 12-16.
- Jong, J.T.V.M. de (1996), 'Epidemiologie, hulpzoekgedrag en zorgconsumptie'. In: J.T.V.M. de Jong en M. van den Berg (red.), *Transculturele psychiatrie en*

- psychotherapie. Handboek voor hulpverlening en beleid* (pp.61-68). Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Knipscheer, J. en R. Kleber (1998), 'Migranten, psychische (on)gezondheid en hulpverlening'. In: *Psycholoog*, nr. 33, pp. 151-157.
- Knipscheer, J., M. van Klaveren, R. Kleber en R. Jessurun (1999), 'Surinamers in de ambulante gezondheidszorg'. In: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, nr. 54, pp. 591-604.
- Kocken, P.L., J.P. Mackenbach, J.A.M. van Oers en H.P. Uniken Venema (1999), 'Sterfte, ervaren gezondheid en gerapporteerd voorzieningengebruik van Rotterdamse Surinamers'. In: *Tijdschrift Soc Gezondheidszorg*, nr. 72, pp. 231-236.
- König-Zalm, C. e.a (1993), *Gezondheid en bestaanszekerheid in Nederland*. Nijmegen.
- Koopmans, M. en D.G. Uitenbroek (2001), *Effectevaluatie VETC in de huisartspraktijk. De eerste nameting*. GG&GD Amsterdam.
- Kortmann, F.A.M. (1995), 'Psychopathologie, cultuur en omgeving'. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, nr. 37, pp. 3-14.
- Kroessen, M. (1998), *Allochtone zorgconsulent: een brug tussen hulpverlener en cliënt: eindrapportage van het project Allochtone Zorgconsulenten*. Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform Utrecht.
- Kulu-Glasgow, I., M.G. Weide en D. de Bakker (2000), *Influenzavaccinatie onder allochtone en autochtone ouderen*. Nivel, Utrecht.
- Leest, L.A.T.M. van, H.L. Koek, M.L. Bots en W.M.M. Verschuren (2002), *Harten vaatziekten in Nederland 2002: cijfers over ziekte en sterfte*. RIVM en Nederlands Hartstichting, rapport 261858006/2002, Bilthoven.
- Limburg-Okken, A.G. en J.J.M. Limburg (1982), 'De betekenis van somatiseren bij Marokkaanse patiënten'. In: *NTvG*, nr. 126, pp. 892-895.
- Limburg-Okken, A.G. (1989), *Migranten in de psychiatrie*. Proefschrift, Utrecht.
- Mackenbach, J.P. en K. Stronks (2002), 'A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands'. In: *BMJ*, nr. 325, pp. 1029-1032.
- Martens, E.P. (1999), *Minderheden in beeld. SPVA-98*. ISEO, Rotterdam.
- May, R.F. (1992), *Allochtonen en Nederlanders bij de Haagse RIAGG's 1989-1992*.
- May, R.F. (1993a), 'Migranten in de GGZ, het beleid: consequenties voor de praktijk'. In: *Cobo-bulletin*, jrg. 26, nr. 1, pp. 5-10.
- May, R.F. (1993b), *Multicultureel werken in een multiculturele samenleving, Eclipse*. St. De Maan, Amsterdam.
- Mechelen, P.M.F. van (2001), 'Interculturalisatie: noodzaak of hype'. In: H. Bot, M. Braakman, L. Preijde en W. Wassink (red.), *Culturen op de vlucht. Over de transculturele psychiatrische zorg aan asielzoekers en vluchtelingen*. Phoenix, de Gelderse Roos Geestelijke Gezondheidszorg, Wolfheze.
- Middelkoop, B.J.C. e.a. (1996), 'Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers'. In: *Epidemiologisch Bulletin*, jrg. 31, nr. 2, pp. 5-11.
- Middelkoop, B.J.C., S.M. Kesarlal-Sadhoeram, G.N. Ramsaransing en H.W.A. Struben (1999), 'Diabetes mellitus among South Asian inhabitants of The

- Hague: high prevalence and an age-specific socioeconomic gradient'. In: *Int J Epidemiol*, nr. 28, pp. 1119-1123.
- Middelkoop, B.J.C. en A.F.M. van Koolwijk (2002), 'Sterfte naar etniciteit en sociaal-economische positie: gunstige cijfers voor de Hagenaars van mediterrane afkomst'. In: *Epidemiologisch Bulletin*, jrg. 37, nr. 4, pp. 15-24.
- Ministerie van WVC (1992), *Gezondheid met beleid*, Rijswijk.
- NeVIV (1995), 'Verslavingszorg van mono naar multi'. In: *NeVIV Actueel*, nr. 8, maart.
- NIGZ (1998), *Tien jaar Voorlichting in de Eigen Taal en Cultuur over gezondheid en opvoeding*. Woerden.
- Nijhuis, H.G.J., H.J. Nordbeck en S.J.M. Belleman (1985), 'Perinatale en zuigelingensterfte in Amsterdam en Den Haag: een probleem van migranten'. In: *TSG*, nr. 63, pp. 409-414.
- NIVEL (1991), *Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: morbiditeit in de huisartspraktijk*, Utrecht.
- NRV (1993), *Advies over het beleid inzake polio vaccinatie: vaste prik?*, mei.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1995), *Gezondheidsbeleid voor migranten*.
- Obihara, C.C., C. Blok, T.W. Schulpen en K. de Meer (1999), 'Gemiste infecties in migranten kinderen'. In: *NTvG*, nr. 143, pp. 1545-1549.
- Oort, M. van, I. Kulu-Glasgow, M. Weide en D. de Bakker (2001), *Gezondheidsklachten van illegalen. Een landelijk onderzoek onder huisartsen en spoedeisende hulpafdelingen*. Nivel, Utrecht.
- Oort, M. van, W. Devillé en D. de Bakker (2003), *Monitoring huisartsenzorg aan asielzoekers*. Nivel, Utrecht.
- Pannekeet, C. (1991), *RIAGG-hulpverlening aan migranten*.
- Projectgroep operationalisering allochtonenbeleid (1994), *Advies over operationalisering van beleid inzake hulpverlening aan allochtone cliënten binnen Centrum Zeestraat*, december.
- Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke dienstverlening in de provincie Utrecht (1995), *Geef zorg aan alle mensen, zij zijn jezelf*, februari.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000), *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*, juli.
- Rack, P.H. (1982), *Race, culture and mental disorder*. Tavistock, London.
- Rademakers, J. (2002), *Abortus in Nederland 1993-2000*. StiSan, Heemstede.
- Reijneveld, S.A. (1998), 'Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socio-economic factors explain their adverse position?' In: *J Epidemiol Community Health*, nr. 53, pp. 298-304.
- Reijneveld, S.A. en L.M. van Herten (2000), *Toegankelijkheid van zorg voor illegalen*. TNO Preventie en Gezondheid, Leiden.
- Rengelink-Van der Lee, J.H., M.W. van der Most van Spijk en T.W.J. Schulpen (1995), *Landelijk onderzoek sikkelcelanemie en thalassemie*, eindrapport.
- Ridder, J.W.C. de (1999), 'Prenatale screening en diagnostiek van hemoglobineopathieën'. In: *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie*, nr. 112, pp. 151-152.

- Rijn, A. van (1995), 'De Nederlandse gezondheidszorg en Marokkanen: impressies van hulpverleners'. In: *Epidemiologisch Bulletin*, jrg. 30, nr. 4, pp. 9-14.
- Rohlof, H. (1995), 'Gevolgen van migratie trigger voor schizofrenie?' In: *Phaxx*, mei, p. 14.
- Roode, A.L. (1995), *Gezondheidszorg en allochtonen*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Rozenblad, J. (1992), *Hulpverlening aan Surinamers en Antillianen: een kleurrijk zoekproces*. Verslag van drie jaar hulpverlening aan allochtonen in de RIAGG Zuid-Oost.
- Sande, R. van der (1992), *Vraag en aanbod in de RIAGG*. NcGv, Utrecht.
- Schapendonck-Maas, H. en A. Sprangers (2000), 'Krijgen allochtone vrouwen van de tweede generatie minder kinderen dan hun moeders'. In: *Maandstatistiek van de bevolking*, jrg. 48, nr. 10, pp. 17-24.
- Schulpen, T.W.J. (1991), *Inleiding op de studiedag 'Gezondheidszorg allochtonen dichterbij' van het OGM, staatssecretaris Simons, wethouders en directeurs GGD van de grote steden*, juni.
- Schulpen, T.W.J. (1996), 'Jeugdgezondheidszorg in een multiculturele samenleving. Allochtone kinderen vormen een risicogroep'. In: *Medisch Contact*, nr. 51, pp. 1385-1386.
- Schulpen, T.W.J., J.H. van der Lee, M.W. van der Most van Spijk en F.A. Beemer (1998), 'Screening op dragerschap van hemoglobinepathieën in Nederland niet opportuun'. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, nr. 142, pp. 1019-1022.
- Schulpen, T.W., J.E. van Steenberg en H.F. van Driel (2001), 'Influences of ethnicity on perinatal and child mortality in the Netherlands'. In: *Arch Dis Child*, nr. 84, pp. 222-226.
- Selten, J.-P.C.J. en A.E.S. Sijben (1994), 'Verontrustende opnamecijfers voor schizofrenie bij migranten uit Suriname, de Nederlandse Antillen en Marokko'. In: *NTvG*, pp. 345-350.
- Sibarani, H. (1995), 'Plotseling ben je veroordeeld tot een machine: de situatie van Kaapverdiaanse nierpatiënten'. *Migratie informatie*, pp. 14-16.
- Snel, E., M. Stavenuiter en J.W. Duyvendak (2002), *In de fuik: Turken en Marokkanen in de WAO*. Verwey-Jonker Instituut, Utrecht.
- Stolwijk, A.M. en H. Raat (1992), *Gezondheid en leefwijzen van Surinaamse, Turkse, Marokkaanse en Kaapverdiaanse schoolgaande jongeren: een vergelijking met Nederlandse jongeren*. GGD, Rotterdam.
- Stronks, K. (1999 - 2001), *Sociaal-economische gezondheidsverschillen: van verklaren naar verkleinen*, deel 2-5. In: *Reeks Sociaal-economische gezondheidsverschillen II. ZorgOnderzoek Nederland*, Den Haag.
- Stronks, K., A.C.J. Ravelli en S.A. Reijneveld (2001), 'Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs?' In: *J Epidemiol Community Health*, nr. 55, pp. 701-707.
- Tas, R.F.J. (1992), 'Surinaamse en Antilliaanse bevolking in Nederland, 1 januari 1991'. In: *Maandstatistiek voor de bevolking*, nr. 1, pp. 6-9.

- Tesser, P.T.M., F.A. van Dugteren en J.G.F. Merens (1998), *Rapportage Minderheden 1998. De eerste generatie in de derde levensfase*. Sociaal en cultureel planbureau, Den Haag.
- Uiters, E., G.P. Westert, W. Devillé en R.A. Verheij (2003), 'Verschillen in zorggebruik naar etniciteit'. In: VTV-rapport *Zorg in de grote stad* (voorlopige titel, aanvaard voor publicatie).
- Uniken Venema, H.P. (1993), 'Gegevens over de opname van Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen in APZ-en 1984-1989'. In: *TSG*, pp. 37 e.v.
- Uniken Venema, H.P. en T.W.J. Schulpen (1995), 'Migranten en gezondheidszorg.' In: M.H.R. Nuy en E.H. van de Lisdonk, *Medicus en Maatschappij*. S.W.P., Utrecht.
- Veer, A.J.E. de, A.L. Francke en J.B. Hutten (2001), *Allochtonen en thuiszorg: bereik, verrichtingen en opbrengsten*. Nivel, Utrecht.
- Veld, R. in het en J.E. van Steenberg (1992), *Kleurrijk Utrecht nader bekeken*, GGD Utrecht.
- Voorham, T., P. Kocken, J. Brandsma en P. van Haastrecht (2002), 'Opvattingen over voorlichting en de voorlichter in de eigen taal bij Turkse en Marokkaanse mannen na voorlichting over aids'. In: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, nr. 80, pp. 110-114.
- VWS (2001), Plan van Aanpak Interculturalisatie van de Gezondheidszorg. URL: <http://www.minvws.nl/documents/gvm/Kamerstuk/2236400b.pdf> (laatst benaderd: januari 2003).
- Wal, M.F. van der (1995), 'Borstvoeding onder autochtone en allochtone moeders in Amsterdam 1992-1993'. In: *NTvG*, nr. 139, pp. 19-22.
- Wal, M.F. van der en B. Rijcken (1995), 'Astmatische klachten bij autochtone en allochtone kinderen van 2-11 jaar in Amsterdam'. In: *TSG*, nr. 73, pp. 42-50.
- Wal, M.F. van der, A.C.M. Diepenmaat, H. Pauw-Plomp en M.L. van Weert-Waltman (2001), 'Hoge vaccinatiegraad van Amsterdamse kinderen'. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, nr. 145, pp. 131-135.
- Weide, M.G. en M. Foets (1998), 'Migranten op het spreekuur van de huisarts. Inhoud en duur van het consult'. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, nr. 76, pp. 305-310.
- Welling, B.J.M. en T.A. Wieggers (2001), *Kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg. Kraamcentra, callcentra en verloskundigen*. Nivel, Utrecht.
- Wieringen, J. van e.a. (1986), *Morbiditeitspatroon en huisartsgeneeskundig handelen bij etnische groeperingen*. Amsterdam.
- Wieringen, J. van, M.A. Kijlstra en T.W.J. Schulpen (2001), *Interculturalisatie van het Medisch Onderwijs in Nederland. Een inventarisatie bij de faculteiten geneeskunde*. Centre for Migration and Child Health, Utrecht en Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek, Den Haag.
- Wuister, J.D., I.M. van der Meer, W. Huisman en M.J.Th. Lutjenhuis (2002), 'Herontdekking vitamine D-tekort; gegevens uit de Schilderswijk'. In: *Epidemiologisch Bulletin*, jrg. 37, nr. 2, pp. 2-7.

Internet

www.nivel.nl (informatie over het onderzoeksprogramma 'Migranten en speciale doelgroepen')