

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Adviesopdracht</b>	<b>9</b>
1.1 Aanleiding tot het advies	9
1.2 Beleidsvragen en leeswijzer	10
1.3 Afbakening van begrippen	12
1.4 Afbakening van adviesdomein	13
1.5 Doel en functie van het advies	17
1.6 Adviesvoorbereiding	17
<b>2 Feiten</b>	<b>19</b>
2.1 Inleiding	19
2.2 Algemene verschillen	19
2.3 Verschillen in drie specifieke sectoren	22
2.4 Verklaring van de verschillen	32
<b>3 Probleemanalyse</b>	<b>41</b>
3.1 Inleiding	41
3.2 Gebrek aan een gezamenlijk gedeelde visie	41
3.3 Structurele tekorten in het zorgaanbod	45
3.4 Samenvatting	50
<b>4 Beoordelingskader</b>	<b>52</b>
4.1 Inleiding	52
4.2 Algemene uitgangspunten	52
4.3 Visie op interculturalisatie van de gezondheidszorg	54
4.4 Specifieke uitgangspunten	57
<b>5 Mogelijke maatregelen</b>	<b>59</b>
5.1 Inleiding	59
5.2 Mogelijke maatregelen	59
5.3 Structurele maatregelen	61
5.4 Aanvullende maatregelen	64
5.5 Cultuurspecifieke maatregelen	66
<b>6 Advies</b>	<b>68</b>
6.1 Inleiding	68
6.2 Aanbevelingen	69
6.3 Implementatie	77

## Bijlagen

1	Relevant gedeelte uit het werkprogramma RVZ 1999	79
2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	85
3	Adviesvoorbereiding	87
4	Verkenning en afbakening van begrippen	89
5	Verkenning van de doelgroepen	97
6	Registratie	113
7	Inventarisatie maatregelen	119
8	Lijst van afkortingen	129
9	Literatuur	131
10	Overzicht publicaties RVZ	141

## Samenvatting

### Vraagstelling en werkwijze

In dit advies wordt de vraag beantwoord of en zo ja, hoe het Nederlandse gezondheidszorgaanbod vanuit het oogpunt van toegankelijkheid en kwaliteit beter afgestemd kan worden op de zorgvraag van een toenemend aantal allochtone patiënten en cliënten.

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is onderzoek verricht naar het zorggebruik van allochtonen en naar de resultaten van maatregelen om de zorg aan allochtonen te verbeteren. Voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is door het Trimbos-instituut en RVZ samen de studie Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg geschreven.

### Feiten

Verschillen in zorgconsumptie tussen allochtone en autochtone zorgvragers doen zich vooral voor op de terreinen van de ggz, de eerstelijnszorg (vooral huisartsenzorg), de (verstandelijk) gehandicaptenzorg en de ouderenzorg.

Verschillen in zorgconsumptie en knelpunten in de huisartsenzorg zijn er vooral in de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg. Allochtone zorgvragers gaan vaker naar de huisarts, de consulten duren korter, er vindt minder vaak een therapeutisch gesprek plaats en zij krijgen vaker medicijnen voorgeschreven dan het geval is voor autochtone zorgvragers. De huisarts heeft als poortwachter van de gezondheidszorg een cruciale rol in de herkenning van medische, sociale en psychische problemen, maar schiet daarin nogal eens tekort. Verkeerde doorverwijzingen is een van de gevolgen.

Allochtonen maken minder gebruik van voorzieningen in de ggz dan autochtonen. Maken zij daarvan wel gebruik dan gaat het vooral om ambulante voorzieningen van de ggz. Knelpunten doen zich voor in de herkenning van de klacht, de diagnostiek en de behandelwijzen.

Allochtone ouderen maken in geringe mate gebruik van het bestaande aanbod voor ouderen. Onbekendheid met het zorgaanbod en het dilemma van terugkeer naar het herkomstland of hier blijven, verklaren het geringe zorggebruik. Zorgverleners zijn vaak niet bekend met de

wensen en de verwachtingen van de snel groeiende groep ouderen. Vergelijkbare knelpunten doen zich voor in het zorgaanbod aan (verstandelijk) gehandicapten.

### **Beoordeling**

Het interculturalisatieproces in de gezondheidszorg is tot nu toe te veel blijven hangen in een sfeer van tijdelijkheid en vrijblijvendheid. Het permanente karakter en de urgentie van de problemen zijn bij de overheid en het veld onvoldoende doorgedrongen en hebben tot nu toe te weinig geleid tot doeltreffende en structurele beleidsmaatregelen.

De Raad staat op het standpunt dat de tijd van vrijblijvende en tijdelijke oplossingen voorbij is. Een krachtadig en samenhangend interculturalisatiebeleid is nodig om tekorten in het zorgaanbod en de zorgopleidingen structureel, integraal en permanent aan te pakken. De Raad kiest hierbij voor een benadering van zorg op maat.

### **Aanbevelingen**

In de lijn van dit standpunt beveelt de Raad, voor het te voeren interculturalisatiebeleid in de gezondheidszorg, de volgende maatregelen aan:

1. Een infrastructuur te ontwikkelen om aanwezige kennis en expertise inzake interculturele zorgverlening toegankelijk te maken voor het gehele veld van de gezondheidszorg. Binnen die structuur moet - als een spin in het web - een landelijk centraal en onafhankelijk steunpunt worden ingesteld of aangewezen worden.
2. Versterking van diversiteitsmanagement als voorwaarde voor het welslagen van het interculturalisatieproces in de gehele instelling. Intercultureel personeelsbeleid is daarvan een essentieel onderdeel.
3. In het kader van de kwaliteitswetgeving zullen instellingen en beroepsbeoefenaren in hun aanbod de zorg aan allochtonen moeten expliciteren.
4. Het vak interculturele zorgverlening dient een vaste plaats te hebben in het curriculum en de eindtermen van de opleidingen. Nog beter is: in alle vakken integraal aandacht te besteden aan de etnisch-culturele diversiteit van zorgvragers.
5. De inschakeling van allochtone zorgconsulenten (intermediairs) dient gecontinueerd en organisatorisch ingebed te worden. Dit geldt vooral voor de vier grote steden.

6. Culturele diversiteit dient een vast aandachtspunt te zijn in regionaal overleg en regiovisies ('diversiteitscheck').
7. Bevorderen van ondersteunings- en overlegstructuren (interdisciplinaire netwerkvorming en samenwerking) op wijk- en buurtniveau.
8. Continue monitoring en ander onderzoek om de gezondheidstoestand en de zorgconsumptie van allochtone zorgvragers in de tijd te kunnen volgen. De wijze van registratie van gegevens zal echter eerst zorgvuldig geregeld moeten worden.
9. Initiatieven voor categorale voorzieningen binnen gevestigde instellingen dienen ruimte te krijgen. Vooral in de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg is dit wenselijk.
10. Een groot aantal maatregelen die hier niet genoemd worden, zoals tolkdiensten en voorlichting in eigen taal en cultuur, zal voorlopig gecontinueerd moeten worden.

De Raad beveelt aan voor de implementatie van de aanbevelingen (1 t/m 7) een 'stevige' task-force in te stellen, met een speciale opdracht en bevoegdheid voor de termijn van drie jaar. Een ander deel van de aanbevelingen (8 t/m 10) kan direct in uitvoering worden genomen.



# 1 Adviesopdracht

## 1.1 Aanleiding tot het advies

In toenemende mate maken zorgvragers met verschillende etnisch-culturele achtergrond gebruik van de Nederlandse gezondheidszorg. Sommigen vinden er direct hun weg, anderen bereiken met veel omwegen en gehinderd door obstakels het juiste adres voor hun gezondheidsprobleem. Op de laatstgenoemde groep zorgvragers heeft dit advies betrekking.

Dat er een kloof is tussen zorgvraag en zorgaanbod vanwege taal-, cultuur- en moraalverschillen, is geen nieuw verschijnsel. Dat geldt ook voor de pogingen die zijn ondernomen om die kloof te overbruggen. Zo werd van overheidswege in 1972 het Overlegorgaan Medische Zorg Buitenlandse Werknemers (het huidige OGM) opgericht om de overheid van advies te dienen inzake de gezondheidszorg aan allochtonen. Verschillende initiatieven die daaruit voortvloeiden, zoals op het gebied van voorlichting en tolkendiensten, bestaan nog steeds.

Kloof tussen zorgvraag en  
zorgaanbod

Inmiddels hebben zich enkele accentverschuivingen voorgedaan. De instroom van nieuwkomers bestaat nu vooral uit asielzoekers en vluchtelingen uit verschillende delen van de wereld. Een deel hiervan zal zich permanent in Nederland vestigen. De etnisch-culturele verscheidenheid onder de bevolking neemt dus toe en dat heeft ook invloed op de vragen die aan de gezondheidszorg gesteld worden.

Verschuivingen.....

Ook in de gezondheidszorg is sprake van een accentverandering. Er is meer nadruk komen te liggen op het verhogen van de kwaliteit van de hulpverlening en het realiseren van 'vraaggestuurde zorg' en 'zorg op maat'. Deze zienswijze heeft er toe geleid dat de zorg meer gedifferentieerd is naar de wensen en behoeften van specifieke groepen, zoals ouderen, gehandicapten en vrouwen.

... ook in de  
gezondheidszorg

Op dezelfde wijze is ook de zorg aan migranten te beschouwen. Migreren en integreren verloopt immers niet voor iedereen zonder problemen en brengt eigen zorgvragen met zich mee. Een benadering als 'zorg op maat' zou ook

Zorg op maat

geschikt kunnen zijn voor de zorg aan allochtonen. Zorg die past bij de etnisch-culturele achtergrond en de specifieke zorgvragen van de cliënt of de patiënt kan de kwaliteit en de effectiviteit ervan verhogen.

Net als geldt voor andere specifieke groepen in de gezondheidszorg, duurt het altijd even voor wensen en aandachtspunten bij de hulpverlening zijn doorgedrongen en hun inbedding krijgen. Behalve de kracht van argumenten speelt de macht van het getal daarbij een doorslaggevende rol. Voor steeds meer instellingen en beroepsbeoefenaren - zeker in de grote steden - geldt inmiddels dat een omvangrijk deel van de patiënten en cliënten uit leden van allochtone doelgroepen bestaat. Dit zal naar verwachting in de toekomst alleen maar toenemen.

Toename allochtone  
zorgvraag

De afgelopen jaren zijn er veel inspanningen verricht om het zorgaanbod aan allochtonen te verbeteren en hen beter te informeren over de Nederlandse gezondheidszorg. Er is veel geëxperimenteerd, er zijn allerlei projecten uitgevoerd en er is geïnvesteerd in deskundigheidsbevordering en intercultureel management. De vraag is echter wat al deze inspanningen hebben opgeleverd. Uit signalen uit het veld blijkt dat zorgvraag en zorgaanbod niet goed op elkaar zijn afgestemd. Fricities in hulpverleningscontacten zouden blijken uit verminderd beroep op (noodzakelijke) zorg. Hulpverleningscontacten worden voortijdig beëindigd. Zorgvragers worden verkeerd begrepen en doorverwezen. De geboden zorg is niet altijd van goede kwaliteit en effectief. Patiënten voelen zich door zorgverleners niet altijd serieus genomen. Ook blijken er spanningen te bestaan over het al dan niet honoreren van cultuurbepaalde verzoeken aan de gezondheidszorg, zoals besnijdenis en maagdenvliescorrecties.

Is zorgaanbod voor  
allochtonen verbeterd?

Kortom, voor het ministerie aanleiding om de RVZ te vragen hoe het er voor staat met de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg aan migranten, de balans op te maken en waar nodig voorstellen te doen voor herijking en vernieuwing van het beleid.

## 1.2 Beleidsvragen en leeswijzer

In dit advies wordt de vraag beantwoord of en zo ja, hoe het gezondheidszorgaanbod, vanuit het oogpunt van



toegankelijkheid en kwaliteit, beter afgestemd kan worden op de zorgvraag van een toenemend aantal zorgvragers met een allochtone achtergrond. Deze vraag is in het werkprogramma uitgewerkt in een aantal beleidsvragen, welke nader beschreven zijn in de volgende deelvragen. Achter elke vraag staat in welk hoofdstuk of welke paragraaf van het advies deze wordt beantwoord.

*Adviesopdracht (hoofdstuk 1)*

1. Hoe hanteert de RVZ de begrippen integratie en interculturalisatie? (1.3; bijlage 4)
2. Hoe kan het adviesdomein afgebakend worden?(1.4; bijlage 5)
3. Welke doelen heeft de RVZ met het advies? (1.5)

*Feiten (hoofdstuk 2)*

4. Zijn er verschillen in zorgconsumptie tussen allochtone en autochtone patiënten en cliënten? (2.2 en 2.3)
5. Hoe kunnen eventuele verschillen in zorgconsumptie worden verklaard? (2.4)

*Probleemanalyse (hoofdstuk 3)*

6. Welke maatregelen zijn tot nu toe genomen om het zorgaanbod te verbeteren en wat zijn resultaten daarvan? (bijlage 7)
7. Welke problemen doen zich voor op grond van eventuele verschillen in consumptie en tot nu toe genomen maatregelen? (3.2 en 3.3)
8. Welke problemen moeten opgelost worden? (3.4)

*Beoordelingskader (hoofdstuk 4)*

9. Welke algemene uitgangspunten hanteert de RVZ bij de beoordeling van mogelijke maatregelen? (4.2)
10. Welke visie heeft de RVZ op interculturalisatie van de gezondheidszorg? (4.3)
11. Welke specifieke uitgangspunten hanteert de RVZ bij de beoordeling van mogelijke maatregelen? (4.4)

*Mogelijke maatregelen (hoofdstuk 5)*

12. Wat zijn mogelijke maatregelen om het gebruik van gezondheidszorg te verbeteren, afgeleid uit de oorzaken en uit de ervaringen tot nu toe en hoe zijn deze maatregelen te onderscheiden? (5.2 - 5.4; bijlage 7)

*Advies (hoofdstuk 6)*

13. Wat zijn de aanbevelingen om het zorgaanbod beter te

- laten aansluiten bij de zorgvraag van allochtonen? (6.2)  
14. Hoe moet de implementatie verlopen en wat is daarbij de taakverdeling tussen overheid en veld? (6.3)

### 1.3 Afbakening van begrippen

Het centrale begrip in dit advies, ‘interculturalisatie’, heeft enige verheldering. Interculturalisatie is momenteel een veelgebruikte beleidsterm in nauwe samenhang met de term ‘integratie’. In het algemeen wordt met *integratie* de volwaardige deelname van migranten in (de instituties van) de samenleving bedoeld, terwijl bij *interculturalisatie* het accent ligt op de diversiteit aan etnisch-culturele achtergronden van migranten en de erkenning daarvan in het aanbod van voorzieningen. Interculturalisatie is niet een doel op zich, maar het is een middel om de kwaliteit van de zorg aan allochtonen te verbeteren met het oog op een adequate aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod. Het gaat dus om een proces gericht op de integratie van allochtone zorgvragers in de gezondheidszorg. Zowel zorgaanbieders als zorgvragers zullen hieraan hun bijdrage moeten leveren. In dit advies ligt de nadruk op de aanbodzijde van de zorg.

Integratie

Interculturalisatie

De RVZ sluit voor zijn begripsomschrijving aan bij de visie op integratie en interculturalisatie van de landelijke overheid en andere adviesorganen en komt tot de volgende begripsafbakening. Onder interculturalisatie van de gezondheidszorg wordt in dit advies verstaan:  
*een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg met het doel allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen.*

Cultuurgevoeliger maken

Onder ‘cultuurgevoeliger maken’ wordt verstaan het bewust worden van en evenwichtig hanteren van de eenzijdige (westerse) cultuurbepaaldheid van het zorgaanbod en de veelzijdige cultuurbepaaldheid van de zorgvraag.

Uitgangspunten als ‘gelijke toegankelijkheid’ en ‘gelijkwaardige kwaliteit’ in het zorgaanbod betekenen in de huidige multiculturele en pluriforme samenleving niet voor iedereen identieke zorg. Een op allochtonen toegesneden gedifferentieerd zorgaanbod, zoals dat ook geldt voor andere specifieke doelgroepen, kan noodzakelijk zijn binnen de algemene gezondheidszorg. Geldende wettelijke regels en normatieve uitgangspunten in de gezondheidszorg bieden hiervoor de ruimte.

Algemene uitgangspunten impliceren niet voor iedereen identieke zorg

Een nadere beschouwing over betekenis en modellen van integratie en interculturalisatie is te vinden in bijlage 4.

#### **1.4 Afbakening van adviesdomein**

Het adviesdomein kan langs verschillende lijnen worden afgebakend: naar onderwerp, sectoren van de gezondheidszorg en doelgroepen.

##### *Afbakening naar onderwerp*

In de adviesaanvraag worden kwantitatieve verschillen in zorgconsumptie en kwalitatieve aspecten, zoals kwaliteit, doelmatigheid en effectiviteit van de zorg aan allochtonen als kernonderwerpen genoemd. Het advies gaat niet primair over gezondheidsverschillen, omdat deze inmiddels genoegzaam in kaart zijn gebracht, het laatst in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV, 1997). Uiteraard zullen deze gezondheidsverschillen wel aan de orde komen bij het beoordelen van toegankelijkheid, kwaliteit en effectiviteit van de zorg.

Afbakening  
naar onderwerp,

Rekening houden met de culturele identiteit van allochtone zorgvragers beperkt zich niet tot de rol die deze speelt in het verloop van de hulpverlening in strikte zin. Ook de bejegening maakt deel uit van de zorgconsumptie en zal in het advies betrokken worden. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om cultureel en religieus bepaalde wensen zoals de wens van allochtone vrouwen om door een vrouwelijke zorgverlener geholpen te worden, of wensen op het gebied van kleding- en voedingsvoorschriften, religieuze plichten en geestelijke verzorging. Ook gaat het om cultureel of religieus bepaalde medische verzoeken, zoals besnijdenis en maagdenvliescorrectie.

##### *Afbakening van de sectoren van de gezondheidszorg*

De hele gezondheidszorg is domein van het advies. Vanwege de omvang van dit domein en de beperkte termijn van adviesvoorbereiding kan slechts een globaal beeld worden gegeven. Daarom heeft de Raad besloten een drietal terreinen meer in de diepte uit te werken: de geestelijke gezondheidszorg, de ouderenzorg en de eerstelijnszorg, inclusief de preventieve (jeugdgezondheids)zorg. Deze keuze is gemaakt omdat op deze terreinen de grootste problemen lijken te bestaan in de zorgconsumptie en de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg.

naar sectoren,

Voor het terrein van de geestelijke gezondheidszorg heeft de minister van VWS extra aandacht gevraagd. In juli 1999 heeft zij zich schriftelijk tot de Raad gewend met het verzoek in de advisering aan dit terrein speciale aandacht te besteden. Aanleiding hiertoe was een kritisch commentaar vanuit de geestelijke gezondheidszorg in Rotterdam op de eerder uitgebrachte Beleidsnotitie Geestelijke Gezondheidszorg van het ministerie, waarin aan het interculturele perspectief veel te weinig aandacht zou zijn besteed. Dit wordt door het ministerie erkend. Tevens wordt door het ministerie toegezegd dat via het RVZ-advies in deze omissie wordt voorzien. De Raad heeft mede om deze reden besloten om naast het advies de achtergrondstudie Allochtonen en de geestelijke gezondheidszorg te publiceren.

#### *Afbakening naar doelgroepen*

In dit advies gaat het in de regel om alle etnische minderheidsgroepen van niet-westerse origine, tenzij anders vermeld. De termen 'allochtoon' en 'migrant' worden beide gebruikt als synoniem voor 'behorend tot niet-westerse etnische minderheden'. Vanzelfsprekend zijn er van de al langer in Nederland verblijvende groepen met enige omvang de meeste gegevens bekend. Redenen waarom migranten naar Nederland komen, zijn zeer divers en veranderen in de loop van de tijd. Het advies richt zich op die migranten, die zich ongeacht hun migratiemotief hier voor langere tijd of definitief hebben gevestigd. Het advies zal zich volgens afspraak met het ministerie niet richten op de gezondheidszorg voor asielzoekers en illegaal verblijvende nieuwkomers in Nederland. Niet omdat er op dat terrein geen problemen zouden zijn, maar deze worden grotendeels via aparte regelingen verzorgd en zijn momenteel onderwerp van organisatorische veranderingen en evaluatie. Onderstaande tabel geeft een overzicht van aantallen niet-westerse allochtonen van de eerste en tweede generatie per 1 januari 1999.

en naar doelgroepen

**Tabel 1.1 Aantallen allochtonen in Nederland, 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> generatie<sup>1</sup>, per 1 januari 1999**

	Totaal	Eerste generatie	Tweede generatie	Waarvan met één ouder uit buitenland
Totaal	2.699.234	1.390.141	1.309.093	814.679
<i>Indonesië</i> <sup>2</sup>	406.947	142.843	264.104	193.105
Turkije	299.662	175.229	124.433	11.275
Suriname	296.984	182.467	114.517	35.112
Marokko	252.493	149.469	103.024	8.850
Nederlandse Antillen + Aruba	99.130	63.268	35.862	21.532
<i>vm. Joegoslavië</i> <sup>2</sup>	62.821	47.422	15.399	6.921
Irak	30.002	27.229	2.773	455
China	27.991	18.911	9.080	1.582
Somalië	27.421	21.027	6.394	190
Iran	21.790	19.022	2.768	1.166
<i>vm. Sovjet-Unie</i> <sup>2</sup>	19.693	13.676	6.017	4.892
Kaapverdië	17.925	10.967	6.958	1.622
Hongkong	17.376	10.183	7.193	1.068
Afghanistan	15.811	14.601	1.210	62
Pakistan	15.582	10.095	5.487	938
Overige allochtonen <sup>3</sup>	1.087.606	483.732	603.874	525.909

<sup>1</sup> Vanaf 1999 rekent het CBS tot de 2<sup>e</sup> generatie: zij die in Nederland zijn geboren en van wie tenminste één ouder in het buitenland is geboren. Voordien gebruikte het CBS een minder ruime definitie waarbij beide ouders in het buitenland geboren moesten zijn.

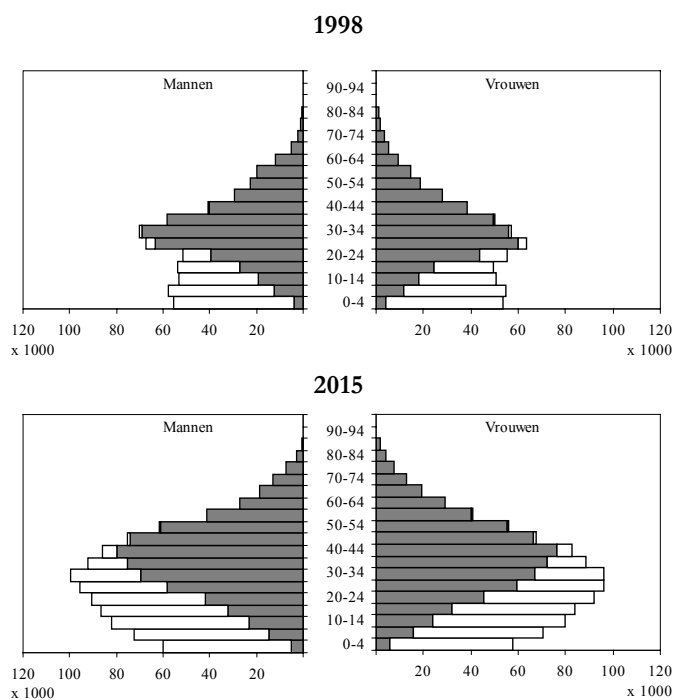
<sup>2</sup> Enkele groepen waarvan niet altijd duidelijk is of ze onder westerse of niet-westerse allochtonen vallen zijn geursiveerd.

<sup>3</sup> Onder overige allochtonen vallen niet-westerse allochtonen (als het gaat om een aantal minder dan 15.000 in Nederland woonachtigen) en westerse allochtonen.

Bron: CBS, 1999

In figuur 1.1 wordt de ontwikkeling van de groep van niet-westerse allochtonen tussen 1998 en 2015 weergegeven. Met name het aandeel van de tweede generatie in de jongere leeftijdsgroepen zal daarbij flink groeien, maar ook de eerste generatie is nog in flinke omvang aanwezig, met name in de oudere leeftijdsgroepen, wat belangrijke consequenties heeft voor met name de ouderenzorg.

**Figuur 1.1** Leeftijdsofbouw van de allochtone bevolking, 1<sup>ste</sup> (donker) en 2<sup>de</sup> (licht) generatie



Bron: CBS, 1999

De analyses in het advies beperken zich voor een belangrijk deel tot de grootste groepen etnische minderheden van dit

moment (Turken, Marokkanen, Surinamers, Antillianen en Arubanen), omdat van deze groepen de meeste gegevens bekend zijn. Uit de analyses lijken zich bij deze groepen ook de meeste problemen voor te doen, maar in de nabije toekomst zal dit naar verwachting veranderen. De vluchtelingen en asielzoekers van de tachtiger en negentiger jaren zullen zich ook voor een omvangrijk deel hier langdurig of definitief vestigen. Daarbij gaat het vooral om personen uit landen van Oost-Europa, Afrika en Azië. Een uitgebreide beschouwing over de doelgroepen is terug te vinden in bijlage 5.

### **1.5 Doel en functie van het advies**

De Raad heeft bij zijn beleidsaanbevelingen de volgende doelstellingen:

- onnodige en ongewenste verschillen in het gebruik van gezondheidszorg weg te werken of te reduceren;
- patiënten en cliënten in geval van cultuurbepaalde verschillen in gezondheidsgedrag en -beleving adequate zorg te bieden;
- toegankelijkheid van de zorg voor etnisch-culturele zorgvragers te vergroten en aan te passen.

De functie van het advies is als volgt te omschrijven:

- bijdragen vanuit de gezondheidszorg aan het algemene integratie- en grote stedenbeleid;
- bijdragen aan de herijking van het zorgbeleid voor allochtonen, waarbij het uitgangspunt is dat na jaren van meer projectmatig beleid de tijd rijp is voor implementerend, structureel beleid;
- bijdragen aan een goed overlegklimaat tussen overheid en veld inzake het zorgaanbod aan allochtonen.

### **1.6 Adviesvoorbereiding**

Dit advies is geschreven op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De opdracht voor het advies staat beschreven in het Werkprogramma RVZ 1999. In bijlage 1 is de tekst uit het werkprogramma opgenomen.

Vanuit de RVZ is dit advies voorbereid door de raadsleden mw. prof. dr. I.D. de Beaufort en mw. prof. dr. S.P. Verloove-

Vanhorick.

Voor de advisering is een klankbordgroep ingesteld onder voorzitterschap van mw. prof. dr. I.D. de Beaufort. Daarnaast is een groot aantal deskundigen geraadpleegd (bijlage 3).

Ter voorbereiding van het advies zijn literatuurstudies uitgevoerd. In dit kader heeft het Trimbos-instituut op verzoek van de RVZ een onderzoek verricht naar de zorgconsumptie van allochtone cliënten in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en verslavingszorg. De resultaten hiervan zijn in hoofdlijnen opgenomen in het advies en verder afzonderlijk gepubliceerd in de achtergrondstudie Allochtone cliënten en de geestelijke gezondheidszorg. Deze studie is tegelijk met dit advies verschenen. Door het secretariaat van de RVZ zijn twee deelprojecten uitgevoerd, respectievelijk een onderzoek naar zorgconsumptieverschillen tussen allochtone en autochtone patiënten in de overige sectoren van de gezondheidszorg (hoofdstuk 2) en een inventariserend en evaluerend onderzoek naar de tot nu toe genomen maatregelen om de zorg aan allochtone patiënten en cliënten te verbeteren (bijlage 7).



## 2 Feiten

### 2.1 Inleiding

De etnische en culturele samenstelling van de huidige bevolking in Nederland verandert aanzienlijk en die ontwikkeling zal zich de komende tijd naar verwachting voortzetten. Niet alleen in diversiteit, maar ook getalsmatig vinden verschuivingen in de bevolkingssamenstelling plaats. Vooral in de grote steden is de toename in culturele diversiteit aanmerkelijk. Om een indruk te geven: in Amsterdam is nu 38% van de bevolking van (niet-westerse) allochtone herkomst, in Rotterdam is dit 31% en in Den Haag gaat het om 30%. Van de jongeren in deze drie grote steden is in 2000 meer dan de helft van allochtone herkomst (CBS, 1999). Bijlage 5 geeft een overzicht van de (te verwachten) ontwikkelingen in de bevolkingssamenstelling.

Sterk veranderende samenstelling bevolking

Deze ontwikkelingen hebben vanzelfsprekend ook gevolgen voor de gezondheidszorg. In de huidige multiculturele samenleving zijn de zorgvragen divers en maken zorgvragers verschillend gebruik van de gezondheidszorg. Dit roept de vraag op of het bestaande zorgaanbod en de zorgvraag van allochtonen voldoende op elkaar aansluiten. Als dit niet zo is, heeft dat nadelige gevolgen voor de toegankelijkheid, de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg aan allochtone zorgvragers. Daarom is ter voorbereiding van dit advies een onderzoek verricht naar de (mogelijke) verschillen tussen allochtone en autochtone zorgvragers in hun gebruik van de gezondheidszorg. Dit hoofdstuk laat de resultaten hiervan zien en geeft de feiten over verschillen in zorgconsumptie en brengt vervolgens verklaringen voor die verschillen in kaart.

heeft gevolgen voor de gezondheidszorg

### 2.2 Algemene verschillen

#### *Etniciteit determinant van gezondheid*

Naast een afwijkende sociaal-economische status (SES) is etniciteit een belangrijke determinant van de gezondheid, zo stelt de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van 1997. Van de intermediaire determinanten die de VTV onderscheidt - namelijk: leeftijd, geslacht, leefstijl, fysieke omgeving, huishoudensamenstelling, opleiding, SES, migratie, preventieve zorg, curatieve somatische zorg en geestelijke gezondheidszorg - hebben alleen leeftijd en geslacht geen

negatieve invloed op de gezondheidstoestand van de etnische minderheidsgroepen (RIVM, 1997). Het geringere gebruik van preventieve zorg en geestelijke gezondheidszorg beïnvloedt de gezondheid wel negatief. Voor de curatief somatische zorg is dit verband onzeker. Dat leidt tot de hypothese dat de zorgbehoefte in principe groter en ten dele anders is dan het geval is bij de autochtone bevolking. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de afstemming van het zorgaanbod op direct cultuurbepaalde vragen en wensen niet optimaal is.

#### *Registratie en methodologische problemen*

Een groot probleem bij het achterhalen van verschillen in zorgconsumptie is het feit dat de etnisch-culturele achtergrond van cliënten in de gezondheidszorg vanwege privacybescherming meestal niet wordt geregistreerd. Gegevens die er wel zijn, worden niet uniform verzameld. Feiten over verschillen in zorgconsumptie zijn dus beperkt beschikbaar en niet altijd representatief en volledig. De onderzoeksresultaten gaan soms over zulke kleine deelpopulaties of specifieke groepen, dat aan die gegevens geen algemene conclusies verbonden kunnen worden. Er bestaan veel studies over één van de vier grote groepen etnische minderheden in sommige grote steden, maar vaak ontbreekt het zicht op landelijk niveau en op andere groepen allochtonen. Sommige onderzoeken zijn bovendien (sterk) verouderd. Bijlage 6 geeft een overzicht van de registratieproblematiek.

Gebrekkige onderzoeksgegevens

#### *Toegankelijkheid en gebruik*

Iedere allochtone zorgvrager met een geldige verblijfsstatus is verzekerd voor ziektekosten of kan zich verzekeren en heeft daarmee formele toegang tot de gezondheidszorg. De meeste instellingen voor gezondheidszorg beschikken ook over informatiemateriaal over het zorgaanbod in verschillende talen.

Formeel: gelijke toegang

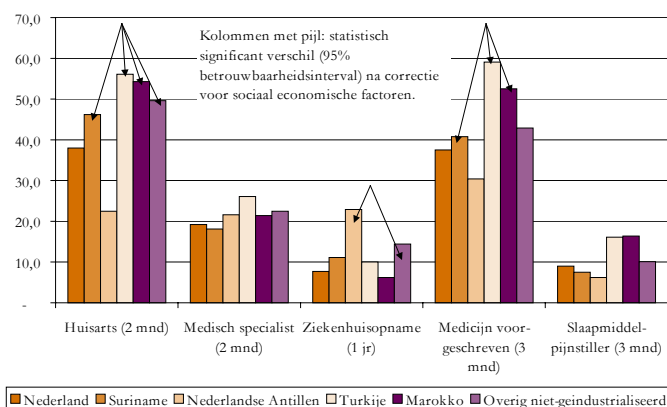
Zijn er in formeel opzicht geen verschillen in de toegankelijkheid van de zorg, in het feitelijk gebruik van de zorg doen zich echter belangrijke verschillen voor. Recentelijk is het zorggebruik voor de eerste generatie allochtonen onderzocht (Reijneveld en Van Herten, 2000). In het algemeen blijkt dat allochtonen afkomstig uit Turkije, Marokko en de (vroegere) Nederlandse koloniën een slechtere gezondheid hebben en meer gebruik maken van de gezondheidszorg. De slechtere gezondheid is voor een deel te

Feitelijk: belangrijke verschillen in zorggebruik

verklaren door een lagere SES, terwijl het hogere zorggebruik te verklaren is door een slechtere gezondheid. Uit het onderzoek is te concluderen dat ook na correctie voor de SES etnisch-culturele factoren en slechte leefomstandigheden invloed hebben op de slechtere gezondheid en het hogere zorggebruik.

In onderstaande figuur zijn de belangrijkste bevindingen van het genoemde onderzoek aangaande het zorggebruik bij huisarts, specialist, ziekenhuis en medicijnen weergegeven.

**Figuur 2.1 Gerapporteerd gebruik van de gezondheidszorg door enkele etnische groepen, in percentage per tijdperiode, na correctie voor SES**



Bron: Reijneveld, 1998

Wat opvalt, is dat allochtonen, met uitzondering van Antillianen, meer naar de huisarts gaan. Antillianen worden echter significant vaker opgenomen, evenals de niet-westerse allochtonen die niet uit de vier grote groepen afkomstig zijn. Medicijngebruik is in de andere drie grote groepen hoger. En voor het gebruik van medisch specialistische zorg bestaan na correctie voor de SES geen significante verschillen.

*Beoordeling eigen gezondheid en ervaringen met de gezondheidszorg*

Uit onderzoek naar de gezondheid en het zorggebruik van Marokkanen in vergelijking met die van Nederlanders en die van Turken, uitgevoerd in Rotterdam, blijkt dat Marokkanen hun gezondheid als slechter ervaren dan Nederlanders en

Turken die ervaren (Bleeker, 1998). Marokkanen blijken ook vaker contact te hebben met de huisarts dan Nederlanders en Turken. Ongeveer eenderde van de Marokkanen geeft aan in het contact met de huisarts communicatieproblemen te ondervinden. Meer dan een kwart van de Marokkanen heeft naar eigen zeggen gedurende het afgelopen jaar contact gehad met een specialist. Marokkanen hebben echter minder contact met de specialist dan Turken en bezoeken de tandarts weer minder vaak dan Nederlanders.

Meer Marokkanen dan Nederlanders gebruiken medicijnen op recept. Er zijn aanwijzingen dat medicijnen op voorschrift vaak niet op de goede manier worden gebruikt. Marokkanen maken ook veel gebruik van typisch Marokkaanse religieuze genezers in Nederland, omliggende landen en het herkomstland (Hoffer, 2000; Denktas, 2000).

## 2.3 Verschillen in drie specifieke sectoren

### Eerstelijnszorg

#### *Huisartsenzorg*

De rol van de huisarts als poortwachter van de gezondheidszorg is van groot belang voor het verdere gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Langdurige onjuiste routing in de gezondheidszorg heeft een negatief effect op de gezondheidstoestand en op het zorggebruik. In de praktijk zijn er frequent doorverwijzingen, maar de kwaliteit en de effectiviteit hiervan zijn vaak onvoldoende. De rol van de huisarts als poortwachter komt niet goed uit de verf (Bedaux, 1998).

Rol huisarts als poortwachter cruciaal

Allochtonen gaan gemiddeld meer naar de huisarts dan autochtonen. Vooral in de informatieverzorging en de voorlichting blijken er significante verschillen te zijn tussen allochtonen en autochtonen. Zo blijken Turken en Marokkanen minder vaak te worden voorgelicht dan Nederlanders en vindt met Marokkanen minder vaak een therapeutisch gesprek plaats. Bij Turken en Marokkanen wordt sneller tot therapeutisch handelen overgegaan in plaats van de zaak aan te kijken. De gemiddelde consulttijd is korter (Weide en Foets, 1997; Denktas, 2000), terwijl steeds beweerd wordt dat allochtone patiënten meer tijd kosten (Van Wieringen, *et al.*, 1999).

Vaker en korter consult bij huisarts

De huisarts schrijft vaker medicatie voor aan allochtonen dan

aan autochtonen. Over het verwijsgedrag naar de tweede lijn bestaat geen duidelijkheid, maar de gezondheidsenquêtes onder Turken en Marokkanen (CBS, 1991; Bleeker, 1998) wijzen op een hoger specialistengebruik, wat een hoger verwijzingspercentage aannemelijk maakt. Na correctie voor de SES is dit gebruik toch niet significant hoger.

Allochtonen voelen zich niet altijd serieus genomen door hun huisarts. Zij vinden dat de huisarts niet doorvraagt, te snel een diagnose stelt en medicijnen voorschrijft (Denktaş, 2000). Aan een vertrouwensrelatie met de huisarts schort het nogal eens. Taal- en communicatieproblemen werken daarbij belemmerend, huisartsen maken weinig gebruik van tolken. Onvoldoende grondig lichamelijk onderzoek en geen doorverwijzing geven allochtone zorgvragers vaak het gevoel niet erkend te worden in hun klachten. Ook verwachten zij vaak dat de huisarts een recept voorschrijft (Van Thiel, 1999). Over de werking van medicatie is te weinig uitleg, de informatie over diagnose en behandeling is vaak onvoldoende duidelijk en begrijpelijk (Ruigrok, 1999; Denktaş, 2000).

Niet serieus genomen

Onvoldoende lichamelijk onderzoek en uitleg

Diagnose onzorgvuldig

Gebrek aan communicatie door taal- en cultuurverschillen is een vaak genoemd probleem in het zorggebruik. Uit recent onderzoek blijkt dat bij allochtone huisartsenbezoekers in bijna de helft van de consulten niet (33%) of nauwelijks (10%) sprake is van wederzijds begrip. Bij autochtonen vindt 70% dat er wel een goed consult heeft plaatsgevonden (Van Wieringen, *et al.*, 1999). Opvallend is daarbij, dat niet de groep traditionele allochtonen, maar de deels traditioneel/deels Nederlands levende allochtonen een grotere kans hebben op misverstaan van de huisarts door communicatieproblemen.

Boodschap komt niet over

Er is een meetinstrument ontwikkeld om de kwaliteit van de huisartsenzorg naar het oordeel van allochtonen te meten. Daarbij valt op dat allochtonen naast de kwaliteitseisen die autochtonen ook stellen andere aspecten laten meewegen in de beoordeling van de kwaliteit, zoals bejegening (gelijke behandeling), aandacht voor de achtergrond van de migrant en aandacht voor taal- en communicatieproblemen (El Fakiri *et al.*, 2000).

De volgende casus ter illustratie.

*De heer B., 46 jaar, afkomstig uit Marokko, sinds 17 jaar in Nederland waar hij ongeschoolde en laag betaalde arbeid verricht, spreekt matig Nederlands. Hij woont alleen in een pension; vrouw en 4 kinderen zijn (nog) in Marokko. Hij is al lang in de praktijk maar kwam niet vaak; hij had soms wat maagklachten, maar verder vermeldt de voorgeschiedenis niet veel bijzonderheden. Sinds twee maanden echter komt hij vrijwel wekelijks met steeds wisselende en wat vage klachten: pijn in de linker lichaams helft, benauwdheid, koude benen, nachtelijk transpireren. Lichamelijke onderzoek levert bij herhaling geen lichamelijke afwijkingen op. Vroeger kwam hij altijd alleen op het spreekuur; nu wordt hij vaak vergezeld door een 'tolk' die zelf ook maar matig Nederlands spreekt, maar wel flink druk uitoefent om de patiënt naar een specialist te verwijzen. Hetgeen uiteindelijk ook gebeurt. Na enige tijd komt een ontslagbrief; de internist meldt op zijn gebied geen afwijkingen te hebben gevonden. Inmiddels is de heer B. al weer diverse malen op de praktijk geweest, ook zonder afspraak, tussendoor, omdat het volgens hem 'zo niet langer gaat'. Er volgt een gesprek met een tolk waaruit blijkt dat de patiënt veel nachtmerries heeft: zo wordt hij bedreigd door mannen die hem willen vermoorden. Zijn benauwdheden lijken op hyperventilatie. Waarom deze klachten nu ontstaan zijn, blijft onduidelijk. Er lijkt iets aan de hand te zijn in Marokko, maar de patiënt blijft daar vaag over. Op de vraag of hij denkt dat er misschien geesten of demonen in het spel zijn, volgt een emotionele uitbarsting waarbij de patiënt dit bevestigt. De huisarts neemt contact op met de verzekeringsgeneeskundige. Na deze bemiddeling krijgt de patiënt toestemming om voor 3 maanden naar Marokko te vertrekken. Hiermee is 'de druk van de ketel'. Sinds zijn terugkomst uit Marokko is er sprake van een status-quo bij de patiënt en de vertrouwensrelatie met de huisarts is aanzienlijk versterkt. 'Dokter, u weet wat er aan de hand is.' (Avezaat en Smulders, 1996)*

#### *Preventieve jeugdgezondheidszorg en kraamzorg*

Er is een verschil in gezondheid tussen autochtone en allochtone kinderen, soms in negatieve, maar soms ook in positieve zin. Factoren die daarop van invloed zijn, zijn voor Nederland uitgebreid onderzocht (Van der Wal, 1997). Daarbij komt onder meer naar voren, dat kinderen van

Allochtone kinderen minder naar tandarts

allochtone ouders veel minder gebruik maken van (preventieve) tandheelkundige zorg.

Recent onderzoek naar de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de jeugdgezondheidszorg in 1998 geeft aan dat van de uitvoerende thuiszorgorganisaties maar een klein deel weet hoe groot het aandeel allochtone kinderen is en hoe het zorggebruik is in hun werkgebied (Burgmeijer en Rijken, 1999). Wel zegt bijna eenderde van de organisaties voor allochtone kinderen een intensiever oproepbeleid te voeren.

Prenatale begeleiding wordt door allochtone vrouwen over het algemeen later ingeschakeld dan autochtone vrouwen dat doen. Het gebruik van kraamzorg door Turkse en Marokkaanse vrouwen verschilt regionaal en vertoont daarnaast ook verschil met het gebruik van autochtone vrouwen. Volgens diverse studies (o.a. El Fakiri, *et al.*, 1999) maken, afhankelijk van welke doelgroep en welke stad of regio, 22% tot 70% van de allochtone vrouwen gebruik van kraamzorg. Voor autochtone vrouwen ligt dit percentage tussen 80% en 90%. Allochtone vrouwen zijn meestal tevreden over de geboden kraamzorg en kraamzorgverleners zeggen hun taak naar behoren te kunnen doen.

Minder gebruik kraamzorg, wel tevreden over geboden zorg

Er zijn wel verschillen in vaccinatiegraad. In Amsterdam was in 1991 de vaccinatiegraad voor DTP bij 11-jarige autochtone kinderen 93% en bij allochtone kinderen rond 75%. Niet of niet volledig gevaccineerd zijn blijkt vooral af te hangen van het al of niet in Nederland geboren zijn (Van der Wal, 1997).

Lagere vaccinatiegraad

#### *Gehandicaptenzorg*

De gehandicaptenzorg is nog niet echt uitgerust met een intercultureel zorgaanbod. Veel allochtone ouders met gehandicapte kinderen weten de toegang tot de zorg niet te vinden en verkeren in een geïsoleerde situatie. Meer dan de helft van de allochtone ouders met kinderen met een handicap heeft nooit contact gehad met de hulpverlening, zoals de SPD. Nog geen kwart is op de hoogte van regelingen voor hun gehandicapte kind. Een recente inventarisatie van knelpunten geeft aan, dat er een groot verschil is in verwachtingspatroon rond deze zorg tussen hulpverleners en allochtone hulpvragers (Thomas *et al.*, 1999). Gebrek aan informatie en voorlichting over het zorgaanbod en voorzieningen, als ook cultuurverschillen in opvattingen over en omgang met handicaps lijken een belangrijke oorzaak te

Toegang gehandicaptenzorg niet goed bekend

zijn (Eldering en Dubbeldam 1995; Croon, 2000).

#### *Tandheelkundige zorg*

De tandheelkundige zorg aan etnische minderheden levert problemen op. Het komt voor dat tandartsen allochtonen als patiënt weigeren. Soms wordt daarbij het gebrek aan goede mondhygiëne van de allochtonen als argument gebruikt. Van systematische weigering van deze bevolkingsgroep is echter geen sprake. Ook zijn er tandartsen die juist veel allochtonen in hun praktijk hebben (IGZ, 1997).

#### **Ouderenzorg**

##### *Gezondheid en het gebruik van algemene gezondheidsvoorzieningen*

Bij velen bestaat de indruk dat het met de gezondheid van allochtone ouderen niet best is gesteld. Onderzoeksgegevens laten juist een consistent en enigszins verrassend patroon zien, dat voor Turkse en Marokkaanse ouderen anders is dan voor hun Surinaamse leeftijdgenoten. De meer objectief vastgestelde gezondheidstoestand van de eerste groep lijkt niet slechter dan het geval is bij autochtone ouderen, maar het oordeel dat ze over hun gezondheid hebben, is uitgesproken negatief. Bij Surinaamse ouderen is er een veel grotere overeenstemming tussen subjectieve en objectieve gezondheidsindicatoren. Somatische aandoeningen als suikerziekte en hoge bloeddruk zijn in belangrijke mate bepalend voor het verschil in gezondheid met autochtone ouderen (SCP Rapportage Minderheden, 1998).

Geen grote verschillen in gezondheid en zorggebruik bij allochtone ouderen

Een ander vermoeden is dat de Nederlandse gezondheidszorg onvoldoende openstaat voor de specifieke behoeften en wensen van allochtone ouderen en dat werkers in de gezondheidszorg niet weten hoe ze met hen moeten omgaan. Ook dit vermoeden is niet in overeenstemming met de gegevens die in de SCP-rapportage worden gepresenteerd. Van een onderconsumptie van algemene medische voorzieningen is bij allochtone ouderen volgens de SCP-rapportage geen sprake.

In een recent onderzoek (Weijzen en Weide, 1999) wordt geconcludeerd dat allochtone (Turkse, Marokkaanse en Surinaamse) ouderen vrijwel net zo vaak een griepvaccinatie krijgen als Nederlandse ouderen. Over het algemeen is ongeveer 80% gevaccineerd, zowel van autochtonen als allochtonen. Er zijn wel onderlinge verschillen tussen etnische minderheidsgroepen.



Het gebruik door allochtone ouderen lijkt te beantwoorden aan dezelfde wetmatigheid als de medische consumptie van de autochtone ouderen: hoe ongezonder men zich voelt, hoe groter de medische consumptie. Het gebruik van medische voorzieningen onder Turkse ouderen is het grootst.

*Gebruik van specifieke ouderenzorg*

Veel ouderen krijgen vroeg of laat te maken met belemmeringen in het dagelijks functioneren. Bij de eerste zorgbehoeften wordt meestal de hulp ingeschakeld van kinderen, verwanten en bekenden: de zogeheten mantelzorg. Als echter hulp bij de persoonlijke lichamelijke verzorging nodig is, wordt vaak de professionele zorg ingeschakeld. Vaak gaan ouderen pas naar een verzorgingshuis of verpleeghuis als alle mogelijkheden van tussenvoorzieningen (zoals mantelzorg) geen soelaas meer bieden.

Verzorgingshuis of verpleeghuis zo lang mogelijk uitgesteld

Allochtone ouderen blijken veelal niet bekend te zijn met het Nederlandse zorgaanbod voor ouderen en zorgaanbieders zijn vaak onbekend met de verwachtingen en wensen van allochtone ouderen (De Graaff, 1996). Voor veel ouderen zijn de bindingen met de eigen etnische gemeenschap van groot belang, vooral als zij niet meer actief zijn in het arbeidsproces. De sterke behoefte aan identiteitsgebonden ouderenvoorzieningen onder minderheidsgroepen houdt hiermee verband (Van Niekerk, 1991; Rijksschroeff, 1993).

Veelal onbekendheid met zorgaanbod voor ouderen

Allochtone ouderen hebben niet minder te maken met belemmeringen in het dagelijks functioneren dan autochtone ouderen. Hun behoefte aan professionele zorgvoorzieningen ligt op een niveau dat vergelijkbaar is met dat van autochtone ouderen. Tot dusver blijkt echter het gebruik van zorgvoorzieningen door ouderen uit de minderheden uiterst gering, zowel in absolute als in relatieve zin. Uit inventariserend onderzoek onder zorginstellingen blijkt dat de vraag naar deskundigheidsbevordering over allochtone ouderen klein is. Deze vraag zal echter naar verwachting stijgen naarmate het aantal allochtone ouderen toeneemt. Behoeft aan bijscholing komt op dit moment vooral van de Stichtingen Welzijn Ouderen, thuiszorgorganisaties en in mindere mate verpleeg- en verzorgingshuizen (Van den Bergh, 1995).

Behoeft aan zorg vergelijkbaar met autochtone ouderen

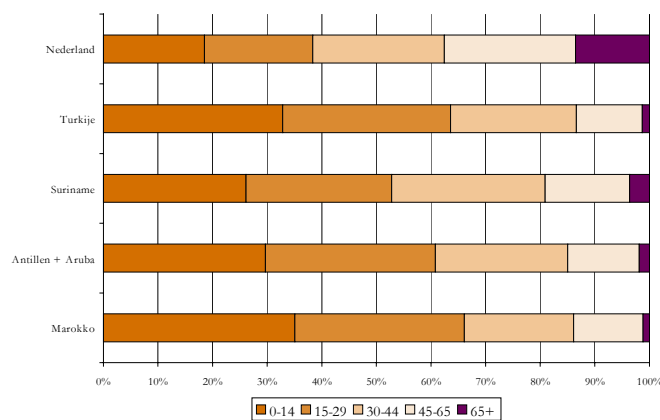
Zoals blijkt uit figuur 2.2 zijn er nog vrij weinig oudere

Aantal niet-westerse

allochtonen. Bovendien krijgen de ouderen die er zijn voor een groot deel informele zorg. Hierin treedt overigens op (middel)lange termijn verandering op. De groep niet-westerse oudere allochtonen zal naar verwachting stijgen van circa 22.000 personen in 1998 tot circa 90.000 in 2015; een verviervoudiging. Daarnaast zal naar verwachting het aanbieden van informele zorg, net zoals bij autochtone Nederlanders, de komende jaren minder vanzelfsprekend worden.

allochtone ouderen zal snel stijgen

**Figuur 2.2** Procentuele leeftijdsopbouw van enkele groepen inwoners van Nederland, 1 januari 1999



Bron: CBS, 1999

Voor de toekomst zal het gebruik van met name intramurale zorgvoorzieningen voor ouderen door allochtonen mede bepaald worden door hun financiële mogelijkheden. Deze zijn bij veel allochtone ouderen beperkt door het zogenaamde AOW-gat. Dit kan een belangrijke rol gaan spelen bij consumptieverschillen in de ouderenzorg, met name waar het gaat om voorzieningen, waarbij ook een substantieel deel aan eigen financiële middelen moet worden ingebracht.

Financiële redenen kunnen consumptieverschillen gaan veroorzaken

### De geestelijke gezondheidszorg

#### Algemeen

De verschillen in gebruik van voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg tussen allochtonen en autochtonen zijn vergeleken met andere sectoren veel groter. In de achtergrondstudie Allochtone cliënten en geestelijke

Sterke verschillen in gebruik ggz-voorzieningen

gezondheidszorg wordt een beeld geschetst van het zorggebruik in deze sector. De belangrijkste resultaten van deze studie worden hier vermeld.

Allochtonen maken in het algemeen minder gebruik van de ggz-voorzieningen dan autochtonen. Van de bestaande voorzieningen wordt de RIAGG-voorzieningen het meest gebruikt. Daarnaast wordt een groot aandeel allochtonen bij crisiscentra aangetroffen. In de klinische sector zijn zij echter sterk ondervertegenwoordigd.

Vooraf gebruik van RIAGG

Behalve duidelijke verschillen tussen autochtonen en allochtonen, zijn er vooral ook opmerkelijke verschillen tussen allochtone groepen onderling in de mate waarin en de manier waarop zij gebruik van de geestelijke gezondheidszorg maken. Surinaamse, Antilliaanse en Arubaanse cliënten hebben een ander contact met de ggz dan Turkse en Marokkaanse cliënten. De toegankelijkheid voor de laatstgenoemde groepen lijkt goed, terwijl dat juist niet geldt voor de drie eerdergenoemde groepen. Voor Surinaamse, Antilliaanse en Arubaanse cliënten begint de zorg meestal op het meest intensieve niveau: opname in de intramurale ggz. Turkse en Marokkaanse cliënten worden daar weer weinig aangetroffen.

Sterke verschillen tussen etnische groepen in gebruik ggz

Verschillen tussen etnische groepen doen zich ook voor in het voorkomen van bepaalde ziektebeelden. In de groep Surinaamse en Antilliaanse cliënten wordt de diagnose schizofrenie vaker gesteld dan het geval is voor Nederlandse cliënten. Voor de laatste groep geldt echter dat ze vaker dan allochtonen affectieve psychoses en neurotische stoornissen hebben.

Verschillen in ziektebeelden

De toegankelijkheid van de ggz verschilt per regio. Daarnaast doen zich verschillen in gebruik voor tussen allochtone mannen en vrouwen en tussen generaties. In de ambulante ggz komen bijvoorbeeld meer Surinaamse en Antilliaanse (tweede generatie) jongeren dan (eerste generatie) volwassenen. Er zijn heel weinig allochtone patiënten in de psychiatrische ouderenzorg.

Toegankelijkheid ggz verschilt regionaal

#### *Ambulante ggz*

Regionale verschillen in het zorggebruik blijken vooral uit het feit dat allochtone zorgvragers in de Randstad oververtegenwoordigd zijn. In de Haagse RIAGG's is in de periode 1989-1992 een forse toename van allochtone inschrijvingen te zien (27%), terwijl het aantal ingeschreven

Nederlanders nauwelijks toeneemt.

In tegenstelling tot autochtone Nederlanders komen veel allochtone cliënten bij de RIAGG terecht via de crisisdienst en het politiebureau. Autochtone cliënten worden vaker dan allochtonen door een andere ggz-instelling naar de RIAGG verwezen.

Verwijzing van allochtonen naar ggz verloopt anders dan bij autochtonen

Opvallend is het groot aantal allochtonen, dat éénmalig contact met de RIAGG heeft. In vergelijking met autochtone mannen komen relatief meer allochtone mannen naar de RIAGG, terwijl over het geheel genomen onder zowel autochtone als allochtone vrouwen in de meerderheid zijn. Voor Marokkanen en Turken geldt echter een duidelijke ondervertegenwoordiging van vrouwen vergeleken met Nederlandse vrouwen. Vergeleken met de intramurale psychiatrie zijn er in de ambulante hulpverlening meer allochtone vrouwen in behandeling.

Veel eenmalige contacten

Allochtone vrouwen maken anders gebruik van RIAGG

Er is een significant verschil in hulpverleningscontact tussen autochtone en allochtone vrouwen. De laatste groep komt vaak niet verder dan de intake. In het ambulante algemeen maatschappelijk werk in Amsterdam zijn echter allochtone vrouwen in vergelijking met Nederlandse vrouwen oververtegenwoordigd. Allochtonen melden zich vaker dan de autochtonen met complexe problematiek. Zij hebben naast psychische klachten ook somatische, psychosociale en materiële problemen. Zij hebben ook vaker een voorkeur voor medicijnen.

Vaak complexe problematiek

Er zijn belangrijke verschillen in diagnostische kenmerken. Het meest opvallend is het grote aantal diagnoses schizofrenie bij Surinaamse patiënten. Allochtonen lijden vaker aan aanpassingsstoornissen, terwijl meer autochtonen de diagnose stemmings- of angststoornis krijgen. Ook blijkt dat relatief meer allochtonen dan autochtonen psychotisch gestoord zijn. Er worden ook verschillende ziekteverklaringen gegeven. Terwijl het grootste deel autochtonen intrapsychische of relationele verklaringen zoekt, zijn de meeste allochtonen geneigd om de oorzaak van hun klachten buiten zichzelf te zoeken.

Verschillen in diagnostische kenmerken

Uit het onderzoek bij de Haagse RIAGG's blijkt dat de instroom van allochtonen groot is, maar het aandeel van de Turken en de Marokkanen/Mediterranen is lager dan op grond van de bevolkingsgegevens verwacht mag worden.

Deze uitkomst blijkt ook in tegenspraak te zijn met onderzoeksgegevens uit Rotterdam, waaruit blijkt dat relatief veel Marokkanen en Turken bij de ggz terechtkomen. Bij de genoemde groepen in Den Haag is ook sprake van een ondervertegenwoordiging van vrouwen. Marokkaanse vrouwen blijken het minst gebruik te maken van de RIAGG's. Turkse vrouwen hebben het meest naast psychische ook lichamelijke klachten en hebben het meest een voorkeur voor een vrouwelijke hulpverlener. In vergelijking met andere allochtonen hebben Surinaamse cliënten opvallend vaak behoefte aan een hulpverlener uit de eigen etnische groep.

In de verslavingszorg lijken allochtonen oververtegenwoordigd, maar als de verslaafdenpopulatie nader geanalyseerd wordt, blijkt er een fors ondergebruik te bestaan.

Forse onderconsumptie in verslavingszorg

Onder de ambulante verslavingszorgcliënten zijn Surinamers het sterkst vertegenwoordigd. Bij de Marokkanen is het hoogste uitvalpercentage te zien. Uit gegevens van enkele onderzoeken blijkt een forse ondervertegenwoordiging van Turken in deze sector van de hulpverlening. De aard van het middelengebruik van allochtone en autochtone cliënten verschilt. Allochtonen zijn vaker drugs- dan alcohol- of gokcliënten. Zij hebben ook minder contacten met de hulpverlening en het drop-out-percentage onder hen is hoger dan bij de autochtonen (Vrieling, *et al.*, 2000).

#### *Intramurale ggz*

De meeste onderzoeken geven de indruk, dat allochtonen veel minder opgenomen worden dan op grond van de bevolkingsaantallen en SES mag worden verwacht. Allochtone patiënten (behalve Turken) worden vaker door de RIAGG naar de intramurale ggz verwezen dan de autochtone patiënten, vooral vrouwen. Het valt op dat Turkse vrouwen en mannen vaker verwezen worden vanuit een algemeen ziekenhuis in vergelijking met Nederlandse vrouwen.

Minder opnames in intramurale ggz

Allochtonen worden vaker dan autochtonen onvrijwillig opgenomen. Dat geldt vooral voor de Surinaamse en Antilliaanse mannelijke patiënten. Allochtonen hebben gemiddeld een kortere behandelduur. Van de autochtonen komen meer vrouwen dan mannen in de intramurale zorg. Bij de allochtonen is dit andersom. Het lijkt erop dat de intramurale ggz een hoge drempel heeft voor allochtone vrouwen.

Vaker onvrijwillige opnames

Oudere allochtonen maken aanzienlijk minder gebruik van de intramurale ggz dan hun Nederlandse leeftijdsgenoten. Verhoudingsgewijs maken veel allochtone jeugdigen gebruik van voorzieningen voor jeugdhulpverlening. Aannemelijk is dat veel allochtone jeugdigen in een laat stadium met de hulpverlening in aanraking komen, omdat zij vaker te maken hebben met gedwongen opname.

Minder allochtone ouderen  
in intramurale ggz

Vergeleken met Nederlandse patiënten hebben Antilliaanse en Surinaamse patiënten meer psychiatrische opnames achter de rug. In vergelijking met de autochtonen worden de diagnoses schizofrenie en overige psychoses aanzienlijk minder vaak bij Turkse mannen gesteld en juist weer vaker bij Surinamers en Antillianen.

Andere ziektebeelden

Relatief veel allochtone vrouwen maken gebruik van de intramurale maatschappelijke zorg. Zij kennen ook een relatief langduriger verblijf. Het valt op dat vergeleken met Nederlandse vrouwen Marokkaanse vrouwen driemaal, en Antilliaanse/Arubaanse vrouwen tweemaal zoveel kans hebben om opgenomen te worden in een van de vier Amsterdamse vrouwenopvangcentra.

In de sector van de forensische psychiatrie zijn allochtonen relatief ruimer vertegenwoordigd dan autochtonen. Opmerkelijk is dat 30% van de totale TBS-populatie een niet-Nederlandse achtergrond heeft. De allochtone TBS-gestelden zijn niet evenredig verdeeld over de TBS-inrichtingen. Zij zijn oververtegenwoordigd op afdelingen voor psychotische patiënten. Van de totale allochtone groep is de helft met een Antilliaanse/Surinaamse achtergrond en maar drie procent heeft een Turkse/Marokkaanse achtergrond. De verwachting is dat de omvang van de laatste groep in de toekomst zal toenemen, aangezien een kwart van de jongeren in de jeugdinstellingen van Marokkaanse of Turkse afkomst is.

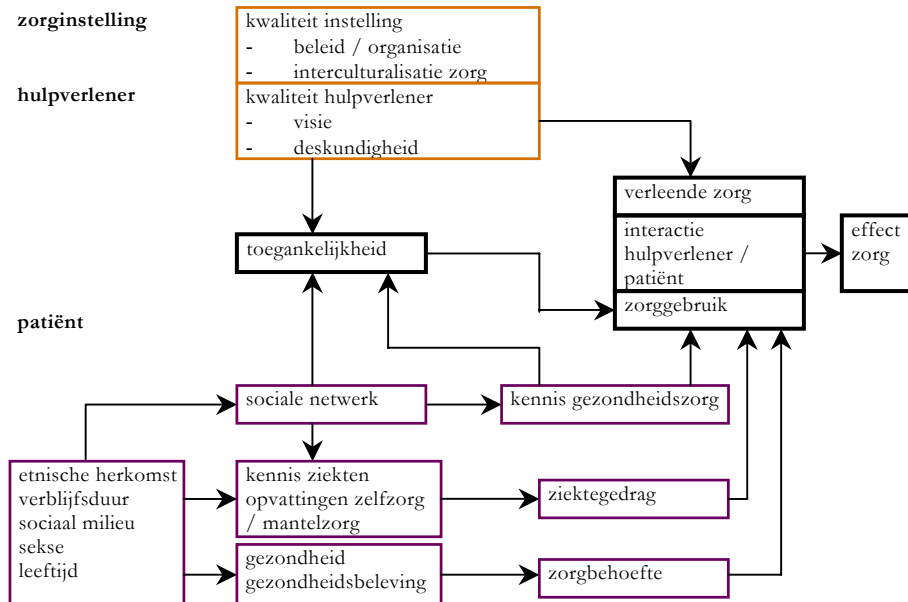
Sterke vertegenwoordiging  
in forensische psychiatrie

## 2.4 Verklaring van de verschillen

Voor de verklaring van verschillen in het zorggebruik en de analyse van de situatie in verschillende sectoren is onderstaand conceptueel model, dat ontleend is aan ZorgOnderzoek Nederland (ZON), bruikbaar.



**Figuur 2.3 Conceptueel model voor de verklaring van verschillen in zorggebruik**



Bron: NWO/ZON, 1998

De factoren die de verschillen tussen allochtone en autochtone zorgvragers (na correctie voor de SES) bepalen, zijn in het bovenstaande model vervat. Hieronder wordt op basis van literatuur uitgewerkt hoe de verschillen in de drie specifieke sectoren - eerstelijnszorg, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg - kunnen worden verklaard.

### Eerstelijnszorg

#### Huisarts

Migranten consulteren de huisarts vaker dan Nederlanders dat doen, zo bleek in de vorige paragraaf. Betekent dit dat de kwaliteit van hun gezondheid slechter is? Hiervoor zijn inderdaad aanwijzingen te vinden (Weide en Foets, 1997). Verschillen in gezondheidstoestand kunnen verklaard worden door verschillen in erfelijke aanleg, in voeding en leefwijze, in woon- en werksituatie, maar ook migratiefactoren kunnen oorzaak zijn. Onvoldoende herkenning van de klacht kan ertoe leiden dat meer maag- en darmproblemen en problemen met het bewegingsapparaat geconstateerd worden.

Communicatieproblemen en cultuurverschillen



De hogere prevalentie bij Marokkaanse vrouwen van overgewicht kan verklaard worden uit culturele factoren.

Communicatieproblemen tussen arts en patiënt, meestal veroorzaakt door taal- en cultuurverschillen, werken somatiseren van migratie- en psycho-sociale problemen in de hand (Dijkshoorn, *et al.*, 2000). Migranten hebben vaak een ander hulpzoekgedrag dan Nederlanders. Ze zijn geneigd eerder een arts te raadplegen, terwijl Nederlanders de situatie eerst aankijken en zelf gaan dokteren (Dijkshoorn, *et al.*, 2000). Communicatieproblemen en cultuurverschillen worden ook als oorzaak genoemd voor de kortere duur van consulten van Turken en Marokkanen bij de huisarts. Het blijkt dat Turken en Marokkanen minder vaak voorlichting of een therapeutisch gesprek krijgen en vaker een recept meekrijgen.

Somatiseren van klachten

Uit recent onderzoek naar de kwaliteit van de huisartsenzorg aan Marokkanen blijkt dat miscommunicatie over de klacht vooral de groep lager opgeleide Marokkaanse patiënten betreft. Overigens omvat deze groep 70% van de totale onderzochte groep Marokkanen en is dit percentage laagopgeleiden representatief voor de totale Marokkaanse bevolking in Nederland. Onder Marokkanen met een vervolgopleiding was de kwaliteit van de huisartsenzorg vergelijkbaar met die voor Nederlanders. (El Haddouchi, *et al.*, 2000).

Opleidingsniveau

Voor de oorzaken van 'overconsumptie' van sommige medicijnen is geen eenduidige verklaring te vinden. Ook hiervoor wordt vaak gewezen op de gebrekkige communicatie en verschil in verwachtingspatronen tussen patiënt (migrant) en (huis-)arts. De arts schrijft medicijnen voor, omdat hij denkt dat de patiënt dat van hem verwacht. Soms klopt die verwachting, soms vindt de patiënt dat de arts te snel een medicijn voorschrijft en zijn gezondheidsprobleem onvoldoende serieus neemt. Het hoge medicijnverbruik kan ook verklaard worden door therapieontrouw. Patiënten stoppen te vroeg met de medicatie of slikken te onregelmatig met gevolgen voor het effect van geneesmiddelen. Herhaling van therapie of andere geneesmiddelen leiden dan tot verhoogd medicijngebruik.

Hoger medicijngebruik door therapieontrouw, verkeerde verwachtingspatronen en gebrekkige uitleg arts

#### *Kraamzorg*

Dat allochtonen minder gebruik maken van de kraamzorg kan verklaard worden door een verschil in behoefte (er wordt meer gerekend op mantelzorg in familie- of vriendenkring) en

Andere gewoonten en behoeften leiden tot minder gebruik kraamzorg

door de houding tegenover de kraamzorg (professionele zorg niet nodig, privacy-overwegingen), maar ook met een verschil in de toegankelijkheid tot de zorg (te duur, onbekend, drempel voor aanmelding, aanbod niet afgestemd op deze groep). Kraamzorg is bovendien niet een voor iedere migrant van huis uit bekende voorziening, in het land van herkomst bestaat deze voorziening soms niet of is deze niet algemeen toegankelijk.

### **Ouderenzorg**

Het SCP verklaart de geconstateerde tegenstelling tussen subjectieve en objectieve gezondheid uit de psychosomatische aard van het merendeel van de klachten van Turkse en Marokkaanse ouderen. De klachten zouden deels het gevolg kunnen zijn van een meer algemeen ongenoegen met de maatschappelijke situatie waarin oudere migranten verkeren. Ook stressfactoren, als gevolg van keuzen in het dilemma terugkeer of blijven en de niet altijd te realiseren wens verzorgd te worden door hun kinderen, kunnen een rol spelen. Een andere verklaring is de wijze waarop Turken en Marokkanen hun klachten presenteren, vaak uiten zij die eerder en heftiger dan Nederlanders dat doen.

Het geringe gebruik van ouderenvoorzieningen wordt vaak in verband gebracht met gebrek aan informatie bij allochtone ouderen. Zij weten niet welke voorzieningen er voor ouderen zijn en hebben soms ook een negatief beeld van die voorzieningen. Dit beeld is te verklaren vanuit cultuurbepaalde opvattingen over respect van kinderen voor hun ouders en de daarmee samenhangende verwachting dat kinderen of anderen uit de directe omgeving deze zorg voor hun rekening zullen nemen.

Omgekeerd geldt ook dat de ouderenzorg zelf onvoldoende bekend is met de wensen en verwachtingen van allochtone ouderen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat nog geen behoefte bestaat aan deskundigheidsbevordering op dit terrein. Misschien is dit te verklaren door de nog geringe omvang van de groep allochtone ouderen.

Specifieke behoeften en wensen die te maken hebben met cultuurgebonden voorkeuren en tradities spelen bij het gebruik van zorgvoorzieningen een veel belangrijker rol. Als hiermee geen rekening wordt gehouden, is de kans groot dat dit aanbod de allochtone ouderen niet bereikt. Cijfers die een

Verklaringen voor tegenstelling subjectieve en objectieve gezondheid allochtone ouderen

Gebrek aan informatie over aanbod ouderen

Onbekendheid zorgaanbieders met wensen en verwachtingen allochtone ouderen

Vaak wel latente hulpvraag aanwezig

gering zorggebruik laten zien, kunnen er op wijzen dat er geen zorgbehoefte is. Ze kunnen er evengoed op wijzen dat het zorgaanbod onvoldoende aansluit bij de vraag. In veel gevallen is er sprake van een latente hulpvraag.

Ten slotte kan een mogelijke verklaring voor het verschil in gebruik van ouderenvoorzieningen gelegen zijn in de gesignaleerde beperkte financiële mogelijkheden. Eigen bijdrage regelingen in de AWBZ zijn in sommige gevallen een belemmering.

### **Geestelijke gezondheidszorg**

#### *Algemeen*

Het gegeven dat allochtonen vaker dan autochtonen via gemeenschapsvoorzieningen verwezen worden naar de RIAGG, kan verklaard worden door het gebrek aan voorlichting en slechte aansluiting tussen hulpaanbod en de verwachtingen van de cliënt. Maar ook de sociale en culturele achtergrond van de cliënt spelen een belangrijke rol in verklaringen voor verschillen in het verwijstraject en het hulpzoekgedrag.

Verklaringen voor verschillen gebruik ggz

Verklaringen voor het geringe aantal contacten en de hoge drop-out bij allochtone cliënten worden vooral gezocht in communicatieproblemen en culturele verschillen.

Communicatieproblemen en culturele verschillen

Hulpverleners kunnen zich -volgens cliënten- onvoldoende hun probleem inleven en bieden oplossingen die niet passen bij hun cultuur, hetgeen leidt tot gebrek aan vertrouwen over en weer. Veel eenmalige contacten en het vaak voortijdig afbreken van de zorg vinden hierin hun oorzaak. In een aantal gevallen gaat het om niet-psychiatrische of minder ernstige problematiek die (ten onrechte) door de eerstelijnszorg wordt doorverwezen (Struijs en Wennink, 2000; Vrieling, *et al.*, 2000).

Verschillen in protoprofessionalisering

Een van de meest gegeven verklaringen voor verschillen in zorggebruik is het feit dat allochtonen over het algemeen anders geprotoprofessionaliseerd zijn dan autochtonen. Allochtonen zijn minder bekend met de inrichting en gedifferentieerde werkwijze van de (Nederlandse) ggz-voorzieningen. Een andere sociaalgerichte verklaring wijst op het gesloten netwerk waarin veel (oudere, eerste generatie) allochtonen leven en waar weinig informatie over de ggz-hulpverlening circuleert. Ook schaamtegevoelens en angst voor stigmatisering als psychisch gestoorde spelen een rol. Dit verklaart mede het somatiseren van psychische klachten.

Gefragmenteerd aanbod

Inhoud van aanbod onbekend

Schaamtegevoelens

Migratiegeschiedenis

Ook (lage) sociale positie en de verwerking van de migratiegeschiedenis kunnen aanleiding zijn tot somatiseren.

#### *Vrouwen*

Voor de ondervertegenwoordiging van allochtone vrouwen in de ambulante ggz en hun hulpzoekgedrag bestaan sociaal-culturele verklaringen: afhankelijkheid, financiële (on)zelfstandigheid en mate van protoprofessionalisering. Voor verschillen in zorggebruik bij de vrouwenopvang worden verklaringen gezocht in het hulpzoekgedrag en in de sociale positie van de vrouwen (inkomenspositie, geweld in het gezin, behouden van tradities).

Sociaal-culturele  
verklaringen

#### *Verslavingszorg*

In het onderzoek naar allochtonen in de verslavingszorg worden verklaringen voor de daaraan gerelateerde problemen voor een deel gezocht in kenmerken van de hulpverlening zelf: deze is te gefragmenteerd, is te Westers georiënteerd, er zijn te weinig allochtone hulpverleners en er is te veel bureaucratie in het intakegesprek. Verklaringen voor hun ondervertegenwoordiging en hoge drop-out-percentages zijn echter vaak gebaseerd op culturele, psychische en sociale kenmerken van de patiënten zelf: taalproblemen, onbekendheid met de hulpverlening, wantrouwen en schaamte, vaker drug- dan alcoholcliënt zijn.

Te gefragmenteerd  
hulpaanbod in  
verslavingszorg

Culturele, psychische en  
sociale factoren

#### *Intramurale ggz*

Een deel van het grote aantal onvrijwillige opnames bij allochtonen kan verklaard worden uit demografische kenmerken van deze groep: gemiddeld lagere leeftijd en oververtegenwoordiging van mannen. Er zijn ook verschillen in het hulpzoekgedrag die verklaard zouden kunnen worden door cultuurgebonden psychologische verschillen tussen de etnische groepen. Zo worden Turken vaker door een algemeen ziekenhuis verwezen wat aansluit bij de hypothese dat zij in vergelijking met de andere bevolkingsgroepen vaker met psychische problemen de somatische zorg benaderen.

Leeftijdverschillen

Psychologische verschillen  
tussen etnische groepen

In geval van ziekte worden allochtonen in het algemeen langer door de familie verzorgd. Daarnaast zou er bij allochtonen nog steeds een groot taboe rusten op psychisch ziek zijn en op opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit geldt in het bijzonder voor Marokkaanse en Turkse vrouwen.

Taboe

#### *Forensische psychiatrie*

De gevonden verklaringen voor het toenemend aantal allochtone patiënten binnen de forensische psychiatrie zijn

Sociale, culturele en  
diagnostische verschillen

gebaseerd op sociale en culturele kenmerken. De verklaring voor de verdeling van allochtonen in de TBS-instellingen is gebaseerd op de diagnostische kenmerken van de allochtone populatie in de sector: er bestaat een verband tussen de diagnose (paranoïde) psychose en het allochtoon-zijn.

### **Samenvatting**

De gegevens, die hier gepresenteerd en geïnterpreteerd zijn, hebben vanwege problemen bij de informatieverzameling hun beperkingen. De oorzaak hiervan is dat er niet systematisch en uniform wordt geregistreerd of gerapporteerd. Toch zijn er veel onderzoeken uitgevoerd in de afgelopen jaren. Vaak gaat het echter om een bepaalde deelpopulatie, om lokaal en incidenteel uitgevoerde onderzoeken en onderzoeken die beperkt zijn tot een bepaalde zorgsector. Het beschrijven van de feiten blijft daardoor tot op zekere hoogte niet meer dan een impressie op grond van de beschikbare, maar niet altijd goed vergelijkbare, gegevens.

Uit het beschikbare onderzoek komt toch vaak het beeld naar voren dat er wel degelijk verschillen in zorgconsumptie zijn. Vooral in de drie specifieke zorgsectoren worden verschillen in zorgconsumptie gerapporteerd. Deze verschillen hebben gevolgen voor de toegankelijkheid, de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg aan allochtonen.

De knelpunten liggen bij de eerstelijnszorg vooral op het vlak van de communicatie (taal- en cultuurverschillen). De knelpunten in de huisartsenzorg liggen vooral op het gebied van de kwaliteit en de effectiviteit van de behandeling. De consulten duren - paradoxaal genoeg - korter, er vindt minder vaak een therapeutisch gesprek plaats en allochtonen krijgen meer medicijnen voorgeschreven. Bij de kraamzorg is er sprake van ondergebruik. De kwaliteit van de geleverde zorg wordt goed bevonden. De preventieve jeugdgezondheidszorg wordt over het algemeen op niveau gebruikt, al zijn er desiderata, met name op het terrein van de prenatale zorg, de jeugd tandzorg en het rijksvaccinatieprogramma.

De verwachting is dat, bij een vergrijzende allochtone populatie, de ouderenzorg in toenemende mate rekening zal moeten houden met een cultureel diverse zorgvraag. De algemene problemen bij de beheersing van de Nederlandse taal en de verscheidenheid in culturele achtergrond zullen in de ouderenzorg naar verwachting in de toekomst, meer nog dan in andere zorgsectoren, knelpunten opleveren. Over het

algemeen is er behoefte aan cultureel herkenbare voorzieningen. Deze vraag naar voorzieningen wordt echter door veel allochtone ouderen uitgesteld, mede vanwege de keuze in het dilemma in Nederland blijven of terugkeren naar het herkomstland. Ook de verwachtingen over verzorging door kinderen of verwanten wegen hierin mee.

Momenteel zijn in de geestelijke gezondheidszorg de grootste en naar het zich laat aanzien ook de meest ernstige verschillen in zorggebruik te constateren. Deze vragen duidelijk om een gerichte aanpak in deze sector.

## 3 Probleemanalyse

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt op basis van twee deelonderzoeken geanalyseerd welke problemen zich voordoen in de zorg aan allochtonen. De resultaten van het eerste deelonderzoek - feiten over verschillen in zorgconsumptie - zijn beschreven in hoofdstuk 2. Het tweede deelonderzoek is een inventariserend en evaluerend onderzoek naar tot nu toe genomen maatregelen om de zorg te verbeteren. Een overzicht van de resultaten van dit onderzoek staat beschreven in bijlage 7.

De problemen die uit beide deelonderzoeken naar voren komen, zijn samen te vatten in twee clusters:

- gebrek aan een gezamenlijk gedeelde visie (3.2);
- structurele tekorten in het zorgaanbod (3.3).

### 3.2 Gebrek aan een gezamenlijk gedeelde visie

#### *Inleiding*

De feitelijke problemen die in het zorgaanbod aan allochtone patiënten en cliënten naar voren komen hangen samen met normatieve problemen die daaraan voorafgaan. De meest voorkomende normatieve problemen worden in deze paragraaf op een rij gezet. De Raad zal in het volgende hoofdstuk hierop zijn visie geven.

De verscheidenheid aan achtergronden, alsmede de verschillen in ziektebeleving en uiting daarvan zet de hulpverlening voor nieuwe vragen, waarop niet onmiddellijk een antwoord klaar is. Het gaat hier om het probleem of er een andere normatieve maatstaf gehanteerd moet worden bij de aanpassing van de gezondheidszorg aan de veranderde omstandigheden. De vertrouwde normatieve uitgangspunten zijn niet altijd meer vanzelfsprekend. Ze zijn volgens sommigen te veel op westerse leest geschoeid en te weinig afgestemd op de samenstelling van de huidige samenleving. Anderen vinden dat de eigen normen en waarden van de Nederlandse gezondheidszorg niet wezenlijk zullen veranderen. De vraag die over blijft, is of de normen en waarden waarop de zorgverlening zijn gefundeerd en de uitwerking die dit heeft op beleid en methodiek (intake,

Andere normatieve maatstaf nodig?

Hoever gaan in interculturaliseren aanbod?

diagnostiek, behandelwijzen, etc.) niet beter afgestemd zouden moeten zijn op de culturele en morele achtergrond van de cliënt of patiënt. Hoever moet de gezondheidszorg gaan in het interculturaliseren van haar aanbod?

#### *Visie*

Een veelgehoorde kritiek is dat opvattingen van de in Nederland dominante cultuur over ziekte en gezondheidszorg maatgevend en vanzelfsprekend zijn. Kortom, er is - volgens verdedigers van deze opvatting - te weinig besef van de cultuurbepaaldheid van de Nederlandse gezondheidszorg en te weinig ruimte voor opvattingen uit andere culturen. Zolang er geen verandering komt in dit patroon, zullen beleid en werkwijzen op het gebied van instellingen, onderwijs en onderzoek niet wezenlijk veranderen, aldus verdedigers van deze opvatting.

Feit is dat in instellingen of bij zorgaanbieders waar wel een verandering aan de gang is, het interculturalisatieproces meestal traag verloopt. Een verklaring hiervoor is dat niet alle betrokkenen de noodzaak van verandering inzien of openstaan om gevestigde structuren en werkwijzen te herzien en aan te passen. Machteloosheid, gebrek aan visie en onderlinge meningsverschillen stagneren het interculturalisatieproces.

Het ontbreken van een gezamenlijk gedeelde visie bij zorgaanbieders op de mate van aanpassing aan de verscheidenheid van etnisch-culturele zorgvragen komt het scherpst naar voren in de geestelijke gezondheidszorg (o.a. Van Dijk, *et al.*, 2000). Meningsverschillen bij zorgverleners blijken nauw samen te hangen met verschillende verwachtingspatronen en met een verschil in opvatting over de rol van cultuur als een relevante factor in de zorgverlening.

Gebrek aan gedeelde visie op aanpassing zorgaanbod

Sommigen in de geestelijke gezondheidszorg vinden cultuur geen relevant aspect van de zorg. Symptomen en de aard van psychische aandoeningen komen volgens aanhangers van deze benaderingswijze universeel voor, een cultuurspecifieke behandelingsmethode is daarom niet nodig (universaliteitshypothese). Anderen vinden dat psychische aandoeningen alleen binnen de culturele en religieuze context van het individu aangeduid, gediagnosticeerd en behandeld kunnen worden (relativiteitshypothese). Weer anderen nemen een tussenpositie in. Geestesziekten hebben universele kenmerken, maar tegelijkertijd geldt ook dat de intensiteit, de

Universaliteit, relativiteit of tussenpositie



frequentie en vooral de verschijningsvorm van de symptomen onder invloed van sociale en culturele factoren staan. Een gezamenlijk gedeelde visie over wat het aanbod in de geestelijke gezondheidszorg aan allochtonen moet inhouden, ontbreekt (Struijs en Wennink, 2000).

*Wie moet zich aanpassen aan wie?*

Met het ontbreken van een gezamenlijk gedeelde en samenhangende visie op cultuur- en moraalverschillen - niet alleen in de geestelijke gezondheidszorg maar ook in andere sectoren - hangt het probleem van de mate van aanpassing van het aanbod samen. De kernvraag hierbij is: wie moet zich aanpassen aan wie? Moet de patiënt zich richten naar het zorgaanbod of het zorgaanbod (en de zorgverlener) naar de patiënt? Of kan van beide zijden aanpassing verwacht worden? Een voorbeeld ter illustratie van het probleem.

*Een Marokkaanse man van 40 jaar is tien jaar werkloos en heeft allerlei klachten zoals rugpijn, hoofdpijn, benauwdheid en gespannenheid. Betrokken artsen en hulpverleners weten niet goed wat ze met de man moeten aanvangen. In deze situatie is de man naar een Marokkaanse islamitische genezer gegaan. Deze stelde met behulp van een ritueel vast dat zich in het huis van de man een boze geest bevond. Het ging volgens de genezer om een vrij sterke geest, waarvan hij niet zeker wist of hij hem uit het huis zou kunnen verdrijven. Daarom adviseerde hij het gezin om te verhuizen (hetgeen met behulp van de RIAGG is gelukt). In de tussentijd zou de genezer proberen om de geest te verdrijven. Daarnaast raadde de genezer de man aan om iets aan vrijwilligerswerk te gaan doen. De genezer: "Dat oude huis was geestelijk besmet. In de douche bevond zich namelijk een djinn. Deze heb ik laten verbranden. Het heeft ook met spanningen te maken. Daarnaast hebben ze financiële problemen. (...) Ik heb tegen de man en de vrouw gezegd: 'Luister eens, jullie kunnen twee dingen doen. Of de man moet naar buiten of de vrouw! Hij wil niet, maar nu vindt hij het wel goed dat zijn vrouw een cursus voor verpleegster gaat doen. Daarvoor gaat ze nu eerst een cursus Nederlandse taal volgen'" (Hoffer, 1996).*

Wat is cultuurpassende zorg?

Dit voorbeeld laat zien dat de reguliere gezondheidszorg geen (cultuur)passend antwoord heeft op de zorgvraag van deze Marokkaanse man. Met aanvullende hulp uit de eigen traditie wordt het probleem opgelost. Dit is één oplossing om aan de culturele en religieuze beleving van de patiënt tegemoet te komen en beter resultaat met de behandeling te halen. Er zijn vele andere, meer of minder, ingrijpende aanpassingen

Effect van zorg bepaalt middel?

mogelijk. Het probleem hierbij is dat er geen duidelijke richtlijnen bestaan hoever daarin te gaan en of het resultaat altijd de middelen rechtvaardigt. Een ander probleem is de mate van aanpassing die van de kant van de patiënt of cliënt gevraagd mag worden.

*De balans tussen verscheidenheid en eenheid*

Differentiatie binnen de bestaande zorg lijkt een goede manier om integratie (volwaardige participatie) van allochtone zorgvragers in de gezondheidszorg te bereiken, maar het roept ook problemen op. Het is immers niet altijd duidelijk hoe differentiatie vorm moet krijgen. Ook de haalbaar- en uitvoerbaarheid van differentiatievoorstellen kunnen een probleem vormen. Een voorbeeld is het gemengd verplegen dat vanwege een maximale beddenbezetting wordt ingevoerd, maar dat in strijd kan zijn met culturele en religieuze opvattingen van sommige allochtone patiënten.

Integratie door differentiatie in zorgaanbod?

Een ander dilemma is of een categorale dan wel integrale werkwijze de voorkeur geniet. Het veld van de gezondheidszorg laat een gevarieerd beeld zien van categoriaal tot integraal zorgaanbod. Daarnaast is er het probleem hoe gedifferentieerde zorg (verscheidenheid) zich verhoudt tot gelijke toegankelijkheid en gelijke behandeling (eenheid en gelijkheid, door standaarden, protocollen, classificatiesystemen, etc.) in de zorg. Erkenning van culturele diversiteit van patiënten in de zorg leidt tot differentiatie. Het probleem daarbij is dan welke mate van differentiatie verenigbaar is met de algemene normen van de gezondheidszorg.

Categorale of integrale aanpak?

*Cultuurspecifieke zorg*

Naast aanpassingen van het algemene aanbod, is specifieke ruimte voor culturele eigenheid soms gewenst. In sommige instellingen zijn daar mogelijkheden voor. Voor besnijdenissen (van jongens), maagdenvliescorrecties, multiculturele geestelijke verzorging worden steeds meer voorzieningen getroffen. Deze mogelijkheden zijn echter nog geen gemeengoed en de meningen over ruimte hiervoor zijn ook verdeeld.

Rekening houden met cultuurspecifieke behoeften?

Het volgende voorbeeld ter illustratie van het probleem.

*Bezoek in het ziekenhuis. Een veelgehoorde klacht is dat er in het ziekenhuis zo vaak en zo veel familieleden van Marokkaanse patiënten op bezoek komen buiten de bezoektijden om. Er zijn redenen voor. Het is de religieuze plicht van een moslim om zieken te*

*bezoeken; men wil dat de patiënt zich niet eenzaam voelt, hij maakt immers deel uit van de sociale groep. Door de zieke te bezoeken, betuigt men bovendien zijn vriendschap. Ten slotte is men in het land van herkomst gewend dat de patiënt door de familie verzorgd wordt (Van Es, 1995).*

Over de mate waarin aan cultuur- of religieusbepaalde wensen in het aanbod tegemoet moet worden gekomen en de grenzen die daarbij gelden bestaat geen overeenstemming. Er is behoefte aan bezinning op en richtlijnen voor cultuur- of religiebepaalde wensen

### 3.3 Structurele tekorten in het zorgaanbod

#### Inleiding

Uit de verschillen in zorgconsumptie en de inventarisatie van tot nu toe genomen maatregelen is af te leiden hoever de gezondheidszorg gevorderd is in het proces van interculturalisatie. Er zijn goede ontwikkelingen te noemen. Over het geheel genomen zijn de resultaten echter toch mager en soms zelfs teleurstellend te noemen.

Resultaten maatregelen tot nu toe teleurstellend...

In het algemeen geldt dat effecten van inspanningen om de zorg te verbeteren een tijdelijk en vrijblijvend karakter hebben. Dit komt, omdat deze inspanningen vaak projectmatig zijn opgezet of afhangen van de persoonlijke interesse van zorgverleners. Expertise is er zeker in het veld, maar vaak verbrokkeld, incidenteel en tijdelijk van aard. Kennis en opgebouwde ervaring zijn nauwelijks of niet structureel ingebed in beleid en uitvoering van de zorg. Datzelfde geldt ook voor vrijwel alle opleidingen in de zorg.

door tijdelijke en vrijblijvende aanpak

Deze paragraaf brengt de problemen in het zorgaanbod aan allochtonen in kaart. Wat duidelijk wordt, is dat de verschillende tekortkomingen in het zorgaanbod met elkaar samenhangen en elkaar soms versterken.

#### Onvoldoende aansluiting zorgvraag en zorgaanbod

##### *Onvoldoende herkenning van de klacht*

Verskil in opvatting tussen patiënt, familie en behandelaar over wat er aan de hand is en wat er aan te doen valt, leidt tot problemen. Vooral in de ggz komen meningsverschillen over de klacht en de behandeling ervan voor. Onvoldoende herkenning van de klacht door onbekendheid met de

specifieke achtergrond van de cliënt kan leiden tot onjuiste diagnose en behandeling, zoals blijkt uit het volgende voorbeeld:

**Schizofreen of depressief?**  
*Een patiënt komt naar de psychiater met een ziektebeeld dat volgens de definities van de DSM IV past bij de diagnose schizofrenie. Deze diagnose is al eerder door andere behandelaars gesteld. Daarom ondergaat de patiënt een anti-psychotische behandeling. De psychiater die ervaring heeft met allochtone patiënten, ziet echter iets anders in de patiënt, namelijk de atypie van zijn klachten. In overleg met de eerdere behandelaar wordt besloten de diagnose te veranderen. Er is sprake van een 'bedekte depressie'. Er wordt begonnen met antidepressiva medicatie. Die behandeling slaat aan. Na een aantal jaren waarin de patiënt van de ene naar de andere is gegaan, is nu sprake van een stabiele behandelingsrelatie, waardoor de situatie van de patiënt aanzienlijk verbetert (Bedaux, et al., 1998).*

Onvoldoende herkenning van de klacht komt in alle sectoren van de gezondheidszorg voor. De huisarts, als poortwachter voor het verdere hulpverleningstraject, speelt een cruciale rol in de herkenning van (psychische) problemen en de verwijzing naar meer specialistisch zorgaanbod.

Veel vrouwen, vooral oudere, voelen de aanwezigheid van hun man of kind die hen vergezelt om te tolken, als een hindernis bij het vertellen van wat er werkelijk aan de hand is. Ook schaamte, bijvoorbeeld over schulden, over problemen met de kinderen of over seksualiteit en anticonceptie, kan reden zijn dat problemen niet ter sprake komen (Van Thiel, 1999).

*Onvoldoende aansluiting van reguliere behandelwijzen bij de zorgvraag.*

Behandelwijzen (intake, diagnostiek en therapieën) sluiten vaak niet aan bij de zorgbehoefte van allochtone patiënten. Hoewel in sommige instellingen hierop deskundigheid is ontwikkeld, blijkt er een bottleneck te zijn. Vooral in de geestelijke gezondheidszorg komt pregnant naar voren dat diagnostische methoden en therapievormen onvoldoende toegesneden zijn op de sociale en (niet-westerse) culturele context van de migrant. Therapievormen zijn te 'ik'-gericht en sluiten niet aan bij de 'wij'-cultuur van veel migranten. Systeemtherapieën vormen daarop een uitzondering.

Bij zorgbehoefte geen  
cultuurpassend zorgaanbod

*Cultuurspecifieke verwachtingen van de gezondheidszorg*

*“De westerse wijze van hulpverleners is voor de eerste generatie Turkse cliënten een nieuw fenomeen. Vaak zien zij de relatie tussen de lichamelijke klacht en de psychosociale oorzaak niet. Zij begrijpen niet hoe de behandeling – praten, geen of nauwelijks medicijnen – kan helpen. Voor vragen die hier aan een professionele hulpverlener gesteld worden, wordt in Turkije vaak een beroep gedaan op familie en goede vrienden. Je hangt de vuile was niet buiten. Problemen worden alleen met buitenstaanders besproken als daar een goede vertrouwensband mee is (...)” (Mete Şabanoglu, 1999).*

Ook bij zorgverleners ontbreekt het vaak aan interculturele vaardigheden. Tekortkomingen in de behandelwijzen en in de professionaliteit van de zorgverleners hangen soms samen met gebrek aan integrale aandacht voor cultuurverschillen en het ontbreken van een gezamenlijk gedeeld en consistent interculturalisatiebeleid in de instelling (Braam, *et al*, 1998).

Zorgverleners missen vaardigheden in omgaan met culturele verschillen

*Opleidingen sluiten niet aan bij de zorgvraag van allochtonen*

Tekorten in de behandelwijzen zijn ook terug te voeren op tekorten in de opleiding. In de opleidingen worden zorgverleners onvoldoende voorbereid op de verscheidenheid in cultuur en moraal die zij in de (latere) beroepsuitoefening kunnen tegenkomen.

In zorgopleidingen onvoldoende aandacht voor culturele diversiteit

Op een enkele uitzondering na wordt in vrijwel de meeste opleidingen in de gezondheidszorg geen structurele aandacht besteed aan interculturele hulpverlening of in het curriculum integrale aandacht aan etnisch-culturele diversiteit gegeven.

Ondanks eerdere beleidsaanbevelingen op dit punt (van meer dan tien jaar geleden) en mogelijkheden die de Wet kwaliteit zorginstellingen en de Wet BIG bieden, wordt het belang van het vak interculturele hulpverlening of integrale aandacht voor etnisch-culturele diversiteit in andere vakken onvoldoende onderkend (bijlage 7).

*Onvoldoende aanpassingen in de organisatie van de zorg*

In de organisatie van de zorg valt vanuit intercultureel perspectief gezien veel te verbeteren. Problemen die in dit opzicht genoemd kunnen worden (en nog niet eerder vermeld zijn), houden verband met andere cultuurbepaalde normen en waarden en religieuze voorschriften. Er doen zich vraagstukken voor rondom gemengde verpleging, mannelijke zorgverlener en vrouwelijke patiënt of omgekeerd,

Organisatie van de zorg te weinig intercultureel afgestemd

bezoekregeling in het ziekenhuis, interculturele geestelijke verzorging, rituele voorschriften (bidden, dood en begrafenissen), spijswetten en kledingvoorschriften. Het probleem bij deze kwesties is dat vaak nog onvoldoende visie en kader aanwezig zijn om in de organisatie van de zorg een evenwichtig en samenhangend beleid hierin te voeren. Dit blijkt ook uit het volgende voorbeeld.

*De directie van een verpleeghuis meldde cultureel passende zorg te verlenen. In het verpleeghuis is een stiltecentrum gecreëerd waar ook moslims terecht kunnen voor hun gebed. Een prima voorziening voor cliënten met uiteenlopende achtergronden. Echter, de directeur verzuimde te vertellen dat op alle afdelingen het gemengd verplegen ingevoerd was, zodat alle bedden bezet waren. De verpleegkundigen vroegen zich sinds de invoering van deze maatregel af waarom een aantal moslimpatiënten zich zo vreemd gedroeg tijdens de lichamelijke verzorging (Werkgroep Interculturele Verpleging & Verzorging, 1999).*

### Implementatieproblemen

#### *Onvoldoende implementatie van intercultureel management*

De implementatie van intercultureel management – dat wil zeggen het op leidinggevend niveau sturen van integrale aandacht voor culturele aspecten van de zorg - is op dit moment onvoldoende gevorderd. Via deskundigheidsbevordering wordt aan intercultureel management in zorginstellingen gewerkt. De resultaten zijn echter - zo blijkt uit evaluaties - tot nu toe onder de maat. Een verklaring hiervoor is vooral een gebrek aan:

- prioriteit: bezuinigingen, fusies en reorganisaties zijn hier vaak debet aan;
- continuïteit: projectmatig werken en ad hoc-activiteiten hebben tijdelijk en vaak geen structureel effect;
- deskundigheid: kennis, inzicht, gezamenlijk gedeelde en samenhangende visie ontbreekt;
- bereidwilligheid: het belang van interculturaliseren wordt niet altijd onderkend.

Implementatie intercultureel management schiet tekort

vanwege gebrek aan prioriteit, continuïteit, deskundigheid en bereidwilligheid

#### *Onvoldoende implementatie van intercultureel personeelsbeleid*

Een succesvol initiatief is het onlangs afgesloten TOPAZ-project dat goede resultaten boekte op het terrein van de instroom van allochtoon personeel. Bij het succes van het TOPAZ-project moet tegelijk de kanttekening worden gemaakt dat royale instroom van allochtoon personeel nog geen garantie is voor het behoud en de doorstroom van de groep. Behoud en doorstroom zijn dé zwakke plekken in het

Behoud en doorstroom zwakke plek in intercultureel personeelsbeleid

groep. Behoud en doorstroom zijn dé zwakke plekken in het intercultureel personeelsbeleid.

*Onvoldoende implementatie van kennis en ervaring*

Hoewel de laatste jaren steeds meer consultatiepunten en helpdesks opgericht zijn waar zorgverleners hun vragen kunnen voorleggen en informatie kunnen krijgen, is gebrek aan bundeling, coördinatie en spreiding van kennis een ernstig probleem. Hoewel er lokaal en regionaal positieve ontwikkelingen gaande zijn (Rotterdam en Den Haag), blijft het vergaren van kennis en expertise tot nu toe vaak 'hangen' bij bepaalde deskundigen en aan bepaalde lokale instellingen die zich hierin gespecialiseerd hebben.

Gebrek aan bundeling, coördinatie en spreiding kennis en expertise

*Onvoldoende en onjuiste registratiegegevens*

Het onderzoek naar verschillen in zorgconsumptie laat zien dat de gebrekkige en niet-uniforme wijze van registreren een groot probleem vormt voor de kennisvergaring. Registratie van gegevens gebeurt hier en daar (vooral in de grote steden), incidenteel (in de tijd) en niet op uniforme wijze. Tevens worden verschillende definities van allochtonen gehanteerd. Dit maakt een feitelijke beschrijving en beoordeling van verschillen tussen allochtonen en autochtonen in hun zorggebruik moeilijk en onbetrouwbaar (bijlage 6).

Kennisvergaring belemmerd door registratieproblemen

*Onvoldoende en onjuiste onderzoeksgegevens*

Een ander probleem is dat bij epidemiologisch onderzoek beschikbare onderzoeksgegevens onbetrouwbaar blijken of onjuist geïnterpreteerd worden. Zo worden allochtonen meestal niet in het onderzoek betrokken of worden gezondheidsenquêtes slechts onder bepaalde bevolkingsgroepen gedaan of niet met een bepaalde frequentie uitgevoerd.

Lacunes in onderzoek

*Ondervertegenwoordiging van allochtonen in patiënten- en cliëntenraden*

Hoewel de *Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen* (WMCZ) de consument de mogelijkheid biedt invloed uit te oefenen op de collectief gefinancierde zorg via patiënten- en cliëntenraden, is het aandeel van allochtone patiënten hierin tot nu toe uiterst gering (bijlage 7).

Geen participatie allochtonen in patiëntenbeweging

*Onvoldoende bekendheid met het zorgaanbod*

Vooraf in bepaalde sectoren van de gezondheidszorg, zoals

Onvoldoende voorlichting

de ggz, de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg, blijkt dat allochtone cliënten (of hun verzorgers) onvoldoende geïnformeerd zijn over de mogelijkheden in en de inrichting van de zorg.

over zorgaanbod

### 3.4 Samenvatting

Het interculturalisatieproces in de gezondheidszorg is onvoldoende gevorderd. De structurele tekorten die in het zorgaanbod aan allochtone patiënten en cliënten naar voren komen, hangen samen met een gebrek aan een gezamenlijk gedeelde en samenhangende visie op cultuur- en moraalverschillen. Het probleem hierbij is vooral dat niet duidelijk is wat de maat of norm moet zijn in de aanpassing van de gezondheidszorg aan de (toenemende) culturele verscheidenheid. De vertrouwde normatieve uitgangspunten zijn niet altijd meer vanzelfsprekend en volgens sommigen te weinig afgestemd op de samenstelling van de huidige samenleving. Vanuit het oogpunt van de behoefte van de patiënt en de kwaliteit en de effectiviteit van de behandeling is een bepaalde mate van aanpassing van het aanbod noodzakelijk. Het probleem is echter de vraag hoever daarin te gaan.

De resultaten van inspanningen om het aanbod van de zorg op het gebied van toegankelijkheid en kwaliteit te verbeteren, zijn te mager en – op een enkele uitzondering na - te weinig structureel ingebed. Dit blijkt uit onvoldoende aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod en implementatieproblemen. Het beleid tot nu toe is te veel blijven hangen in een sfeer van vrijblijvendheid. De urgentie van het probleem wordt door overheid en veld onvoldoende onderkend of in elk geval te weinig met doeltreffende en structurele maatregelen aangepakt.

De problemen die opgelost moeten worden, zijn structureel van aard en sluiten ook normatieve keuzen in. Er moeten structurele oplossingen gezocht worden voor problemen die te maken hebben met de kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod en de problemen met de implementatie van kennis en ervaring. Een normatieve standpuntbepaling is nodig om te voorzien in het gebrek aan een gezamenlijk gedeelde en samenhangende visie op interculturalisatie.





## 4 Beoordelingskader

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de uitgangspunten beschreven waarop de RVZ zich bij de advisering baseert. Eerst geeft de Raad in algemene uitgangspunten zijn visie op de huidige situatie in de gezondheidszorg aan migranten. Daarna wordt een normatieve visie op interculturalisatie van de gezondheidszorg gegeven. In de laatste paragraaf volgt een uitwerking in specifieke uitgangspunten die betrekking hebben op het thema van dit advies.

### 4.2 Algemene uitgangspunten

De Raad neemt als uitgangspunt dat immigratie een blijvend verschijnsel is en dat de Nederlandse samenleving in toenemende mate multicultureel van karakter wordt. Getalsmatig zal er een toename zijn van het aantal allochtonen, waarbij vooral rekening gehouden moet worden met een snel groeiende groep allochtone ouderen (zie figuur 1.1). Tevens vindt er een verandering in bevolkingssamenstelling plaats en neemt de diversiteit in etnisch-culturele achtergronden nu en naar verwachting in de toekomst toe (bijlage 5).

Immigratie is blijvend verschijnsel

De Raad staat op het standpunt dat de problemen en uitdagingen van de gezondheidszorg in de multiculturele samenleving een permanent karakter hebben en daarom ook permanente aandacht verdienen in het beleid. Uit de probleemanalyse (hoofdstuk 3) blijkt dat inspanningen om de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg te verbeteren onvoldoende resultaat hebben gehad. Structurele aanpassing van de zorg heeft - op enkele locale uitzonderingen na - nog nauwelijks plaatsgevonden. Oplossingen die in het verleden zijn voorgesteld, zijn nog onvoldoende aangegrepen of benut.

Problemen multiculturele gezondheidszorg verdienen permanente aandacht

De Raad meent echter dat in de gegeven en de te verwachten omstandigheden interculturalisatie van de zorg een 'must' is en blijft. Hij realiseert zich tegelijkertijd dat dit veranderingsproces voor opleidingen, instellingen en individuele zorgverleners onzekerheden met zich meebrengt. Onzekerheden en confrontaties die men liever uit de weg gaat en tot nu toe vaak geleid hebben tot de 'de cultus van

Interculturaliseren zorgaanbod 'must'

vermijding' (De Beus, 1998). Om de overheersende sfeer van overwegend vrijblijvende aandacht en vasthouden aan gevestigde structuren te doorbreken, is krachtadig beleid en meer druk van de overheid noodzakelijk.

Voor zijn advisering sluit de Raad aan bij de doelstelling van het vigerende integratiebeleid. Integratie wordt hierin opgevat als het streven naar volwaardige participatie van migranten in de samenleving. Voor de gezondheidszorg betekent dit dat migranten gelijke toegang krijgen tot de gezondheidszorg, daarbinnen respectvol bejegend worden en kwalitatief goede zorg ontvangen. Het adagium 'algemeen waar mogelijk, specifiek waar nodig', zoals dat in het overheidsbeleid geldt, is ook in de gezondheidszorg het uitgangspunt.

Aansluiten bij algemene integratiebeleid

Interculturalisatie in de gezondheidszorg is een proces gericht op integratie. Met integratie in de gezondheidszorg wordt dan bedoeld dat allochtone en autochtone burgers gelijke toegang tot de gezondheidszorg hebben en adequate hulp ontvangen. Van zowel zorgaanbieders als van zorgvragers worden inspanningen verwacht om de kloof die er is tussen zorgvraag en zorgaanbod te overbruggen. In dit advies ligt de nadruk op de aanbodzijde van de zorg. De Raad kan zich vinden in het uitgangspunt dat door het ministerie van VWS in 1995 werd geformuleerd voor het gezondheidszorgbeleid in een multiculturele samenleving.

Interculturalisatie middel tot integratie in de gezondheidszorg

*“Uitgangspunt voor het volksgezondheidsbeleid in deze multiculturele samenleving is dat allochtone ingezetenen gelijke toegang tot de zorg krijgen als vergelijkbare groepen autochtonen. (...) Iedere ingezetene dient adequate zorg te ontvangen, de mate van integratie van betrokkene is aan deze doelstelling ondergeschikt. (...)*

*Dat betekent dat het beleid zich in eerste instantie richt op aanpassing van de algemene gezondheidszorg aan de diverse noden van uiteenlopende bevolkingsgroepen. De overheid scheidt daarbij voorwaarden, opdat veldpartijen hun taken naar behoren kunnen uitvoeren. In dit geval speelt de overheid de rol van stimulator, innovator en makelaar”.*

(Beleidsbrief minister VWS, Volksgezondheidsbeleid in een multiculturele samenleving, TK 1994-1995, No. 23 409-16)

### 4.3 Visie op interculturalisatie van de gezondheidszorg

Opvattingen, normen en waarden over ziekte en gezondheid, zijn cultuurbepaald. Zo weerspiegelt de Nederlandse gezondheidszorg in haar normatieve uitgangspunten de moraal van de westerse cultuur. De cultuurbepaaldheid van de moraal komt vooral tot uitdrukking in hulpverleningscontacten, waarin de normen en waarden van de zorgvrager ver af, zo niet haaks, kunnen staan op die van de zorgverlener. Zorgverlener en zorgvrager worden dan geconfronteerd met de vanzelfsprekendheid van hun eigen normatieve opvattingen en visie op gezondheid en gezondheidszorg. Om deze kloof van cultuur- en moraalverschillen op micro-, meso- en macroniveau te overbruggen, is interculturalisatie de aangewezen weg.

Nederlandse gezondheidszorg is cultuurbepaald

#### *Differentiatie*

Interculturalisatie vraagt om differentiatie van de zorg. Vanuit het oogpunt van adequate zorg en gelijke toegang tot de zorg is in het aanbod meer ruimte voor culturele verscheidenheid en eigen identiteit nodig. Differentiatie van de zorg betekent echter dat het zorgaanbod niet altijd voor iedereen uniform en identiek zal zijn. Immers, juist om de doelstellingen van toegankelijkheid, kwaliteit en effectiviteit van de zorg te bereiken, zijn soms specifieke maatregelen nodig om drempels te slechten (tolken), om communicatieverschillen te overbruggen (allochtone zorgconsulenten), of om een herkenbaar en vertrouwenwekkend klimaat te bieden (allochtoon personeel, bejegening, aankleding en inrichting). Interculturalisatie is een benadering die rekening houdt met de diversiteit van patiënten en daarom niet alleen allochtone patiënten ten goede komt, maar ook een kwaliteitsverbetering kan betekenen voor alle patiënten.

Interculturalisatie door differentiatie...

Ook kan het nodig zijn de zorg op de inhoud te differentiëren, waardoor therapievormen en behandelwijzen beter aansluiten bij de behoefte van de patiënt. Standaarden en classificatiesystemen zullen op hun bruikbaarheid en geschiktheid voor patiënten en cliënten uit heel andere culturen moeten worden getoetst en bijgesteld. Differentiatie van de zorg betekent in dit verband geïntegreerde aandacht in de zorg voor culturele diversiteit. In denken en doen dient culturele diversiteit verweven te zijn en een plaats te hebben in beleid en methodiek. In de lijn van het eerder genoemde adagium 'algemeen waar mogelijk, specifiek waar nodig', stelt

... heeft consequenties voor inhoud zorg

de Raad: 'algemeen gedifferentieerd beleid waar mogelijk, cultuurspecifiek beleid waar nodig'.

#### *Zorg op maat*

Om tegemoet te komen aan de specifieke situatie en wensen van allochtone patiënten en cliënten, kiest de Raad voor een benadering van vraaggestuurde zorg en zorg op maat. De Raad verwijst daarbij naar zijn aanbevelingen in het advies Naar een meer vraaggerichte zorg (RVZ, 1998). Deze benaderingswijze biedt de mogelijkheid rekening te houden met de specifieke wensen en behoeften van allochtone patiënten en cliënten. In het recente verleden zijn voor andere specifieke groepen, zoals ouderen, gehandicapten en chronisch zieken, dezelfde keuzen gemaakt. Ook in de seksespecifieke hulpverlening zijn parallellen te vinden.

Zorg op maat-benadering

Deze benadering dient weliswaar ruim opgevat te worden. Allochtone patiënten zijn niet altijd gewend hun hulpvraag direct te stellen, stellen de vraag ook niet altijd zelf, maar zijn daarvoor soms aangewezen op of afhankelijk van anderen in hun directe omgeving. Vraaggestuurde zorg veronderstelt een mondig en zelfredzaam individu dat zijn of haar zorgvraag op de juiste wijze weet te stellen. Een mensbeeld dat bepaald is door de dominante westerse cultuur en niet altijd zal aansluiten bij de 'wij-cultuur' van niet-westerse zorgvragers.

Vraaggestuurde zorg, of misschien beter in dit verband te formuleren als 'zorg op maat', is een geschikt concept voor de zorg aan migranten. Het gaat er immers om dat het zorgaanbod goed aansluit op de zorgvraag die door de culturele context van de patiënt is ingekleurd. Om goede hulp te bieden, zal bij het aanbod van de zorg aansluiting gezocht moeten worden bij deze leefwereld van de patiënt. Voor de praktische uitvoering betekent dit dat allochtone patiënten en cliënten soms op een andere wijze bereikt en behandeld (willen) worden dan gangbaar is voor veel autochtone patiënten. Zorg op maat vanuit het perspectief van (culturele) diversiteit impliceert dus een gedifferentieerde aanpak van de zorgverlening.

Ook voor zorg aan allochtonen goed concept

Naast 'zorg op maat' en differentiatie in de zorg kan het nodig zijn cultuurspecifieke maatregelen te treffen die tegemoet komen aan meestal religieuze wensen en voorschriften. Een voorbeeld van een cultuurspecifieke maatregel is de uitbreiding van de geestelijke verzorging binnen intramurale instellingen met de aanstelling van een

Ook cultuurspecifieke maatregelen soms nodig

imam en een pandit. Zij kunnen niet alleen als geestelijk verzorger, maar ook als intermediair een brugfunctie vervullen bij de culturele kloof tussen patiënt en zorgverlener.

Een voorbeeld van differentiatie is de volgende.

*“In het ziekenhuis vindt de ingreep [jongensbesnijdenis] onder volledige narcose plaats in de operatiekamer. De ouders mochten daar niet bij zijn en wachten de ingreep in spanning af. Vooraf zie je de kinderen in hun traditionele gewaden aan de hand van een onder een beetje verdwaasd door het ziekenhuis rondlopen en na afloop zijn ze in diepe slaap. Er is op die manier niets feestelijks aan. En dat terwijl de besnijdenis van oorsprong een bijzonder belangrijke en feestelijke gebeurtenis is. Samen met het NCB ging prof. Schulp op onderzoek uit en werd daarbij geholpen door het feit dat hij zowel voor de ggz als voor de universiteit werkte. Via de ggz kon hij de beschikking krijgen over een van de wijkgebouwen. Tegelijkertijd vond hij chirurgen van het Academisch Ziekenhuis Utrecht (AZU) bereid om besnijdenissen onder lokale verdoving uit te voeren. (...) Nu is de ingreep binnen een half uur achter de rug” (Crommentuyn, 1998).*

#### *Minimale gezamenlijke moraal*

De vraag wie zich aan wie moet aanpassen, is niet eenvoudig te beantwoorden. In moreel opzicht hangt het er vanaf hoe gewichtig of fundamenteel een bepaalde wens van de patiënt is of hoe zorgverleners gebonden zijn aan een bepaalde werkwijze of inrichting van de zorg. Van belang is echter dat zorgverleners openstaan voor culturele en morele verscheidenheid en zich bewust zijn van hun eigen opvattingen.

Behalve openheid en ruimte voor verscheidenheid dient er ook gebondenheid te zijn aan een minimale gezamenlijke moraal. Dat wil zeggen normatieve uitgangspunten die voor iedereen met welke culturele of religieuze achtergrond dan ook gelden: een gezamenlijk gedeelde moraal. In de gezondheidszorg zijn onder meer gelijke toegankelijkheid en goede kwaliteit fundamentele principes van de daar geldende gezamenlijke moraal.

De normatieve uitgangspunten die de RVZ hanteert ter beoordeling van te nemen maatregelen voor een interculturele gezondheidszorg, worden begrensd door deze minimale gezamenlijke (publieke) moraal. Die moraal is

Minimale gezamenlijke moraal als grens

westers georiënteerd, maar biedt ook in de invulling van haar principes van vrijheid, gelijkheid en solidariteit ruimte aan mensen met verschillende opvattingen en leefwijzen. De inbreng van allochtone patiënten en allochtone hulpverleners zal die gezamenlijke moraal beïnvloeden en dat zal op den duur ook effect hebben op het culturele (interculturele) klimaat in de gezondheidszorg en de invulling van haar normatieve uitgangspunten.

#### 4.4 Specifieke uitgangspunten

##### Kwaliteit van de zorg

###### *Interculturalisatie vereist een integrale benadering*

Interculturalisatie van het zorgaanbod betekent dat de zorgaanbieders zowel aan de top (management) als op de werkvloer hun denken en hun handelen moeten afstemmen op de interculturele diversiteit van de zorgvragers ('denken en doen vanuit een perspectief van culturele verscheidenheid'). Instellingen kunnen hierop getoetst worden via jaarverslagen over kwaliteits- en personeelsbeleid.

Integrale benadering

###### *Respect voor de autonomie van de patiënt*

Keuzemogelijkheden voor patiënten zijn cultureel bepaald. Cultuur is te beschouwen als de 'context of choice', waaruit mensen hun keuzen maken. Keuzen van allochtone patiënten kunnen samenhangen met normen en waarden die in hun cultuur richtinggevend zijn. Deze waarden kunnen ver afstaan van of haaks staan op de westers georiënteerde gezondheidszorg. Maatregelen die deze culturele kloof kunnen compenseren of overbruggen binnen de grenzen van een minimale gezamenlijke moraal, vergroten de keuzemogelijkheden en daarmee ook het welzijn en de bejegening van allochtone zorgvragers.

Keuzen patiënten  
cultuurbepaald en begrensd  
door minimale gedeelde  
moraal

###### *Evaluatie en toetsing interculturalisatie van instellingen*

Hierbij valt te denken aan maatregelen die ervoor zorgen dat projecten die het interculturalisatieproces in instellingen moeten bevorderen op resultaten geëvalueerd worden, maar ook dat bij algehele evaluatie en toetsing van kwaliteit en beleid van instellingen het interculturele perspectief wordt betrokken. Een 'diversiteitscheck' moet een vast agendapunt zijn beleid en uitvoering. Ook zorgverzekeraars zouden in hun contracteerbeleid instellingen kunnen honoreren of afrekenen op hun interculturalisatiebeleid.

Diversiteitscheck in  
evaluatie en toetsing

## **Toegankelijkheid**

### *Drempels wegnemen*

Communicatie- en cultuurverschillen blokkeren de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. Het inzetten van tolken en intermediairs die door bekendheid met de taal en cultuur van de patiënt een brugfunctie kunnen vervullen, zijn een voorbeeld van een drempelverlagende maatregel. Ook gezondheidsvoorlichting in eigen taal kan drempels wegnemen.

Blokkades wegnemen

### *Ongelijkheid opheffen*

Cultuurspecifieke maatregelen zijn te rechtvaardigen als deze bijdragen aan het opheffen van ongelijke situaties tussen allochtone en autochtone zorgvragers in de gezondheidszorg. Aangezien het aanbod in de gezondheidszorg gedomineerd wordt door de westerse cultuur, normen en waarden, komen niet-westerse allochtonen vanuit een andere startpositie - een culturele minderheidspositie - de gezondheidszorg binnen. Compenserende maatregelen die deze ongelijkheid opheffen, zijn daarom te rechtvaardigen. Te denken valt aan regelingen om uiting te geven aan eigen religieuze en culturele identiteit, zoals gebed, voeding, kleding, etc.

Compensatie voor culturele ongelijkheid

## **Effectiviteit**

### *Effectiviteit van behandelingen vergroten*

Allerlei redenen kunnen er de oorzaak van zijn dat behandelingen niet het beoogde effect bereiken. Het verder ontwikkelen en uitbreiden van succesvol gebleken methodieken en behandelwijzen, waarbij gebruik gemaakt wordt van informatie en adviezen uit de betreffende groepen en uit andere vormen van specifieke hulpverlening (o.a. vrouwenhulpverlening, groepsbehandelingen) kunnen de effectiviteit van de zorg bevorderen.

Effectiviteit zorg vergroten

### *Verschillen in ziektepatronen en medicatie erkennen*

Voor de effectiviteit en de kwaliteit van de zorg is het van belang rekening te houden met ziekten die bij autochtone patiënten niet of veel minder voorkomen. Verschillen hierin kunnen veroorzaakt worden door biologische verschillen tussen etnische groepen. Soms spelen voedingspatronen, leefwijzen of het ontbreken van (voor)zorg een rol (Van Thiel, 1999; Alderliesten, 2000). Voorgeschreven medicatie werkt soms bij allochtone patiënten niet of anders. Oorzaken

Erkenning van biologische verschillen in behandeling en onderzoek



liggen in biologische variaties tussen etnische groepen. Zo reageert een zwarte huid anders op zalf dan een witte huid, en reageren ook vrouwen op sommige medicijnen anders dan mannen (Van Thiel, 1999). Standaarddosering van medicijnen dient daarom, waar nodig, te worden aangepast bij geconstateerde biologische verschillen.

## 5 Mogelijke maatregelen

### 5.1 Inleiding

Voor de problemen die in hoofdstuk 3 als structurele tekorten in het zorgaanbod zijn geformuleerd, zullen in dit hoofdstuk oplossingen worden voorgesteld in de vorm van mogelijke maatregelen. Deze mogelijke maatregelen zijn gebaseerd op de tot nu toe genomen maatregelen om het zorgaanbod te verbeteren, waarvan in bijlage 7 een overzicht is opgenomen. Zij zullen in dit hoofdstuk op hun geschiktheid als mogelijke oplossing voor de gestelde problemen worden beoordeeld aan de hand van de uitgangspunten die hoofdstuk 4 zijn beschreven.

### 5.2 Mogelijke maatregelen

De mogelijke maatregelen kunnen worden onderscheiden in drie soorten maatregelen:

- *structurele maatregelen;*
- *aanvullende maatregelen;*
- *cultuurspecifieke maatregelen.*

#### *Structurele maatregelen*

Structurele maatregelen zijn maatregelen of initiatieven die de gevestigde situatie voor langere duur of permanent wijzigen vanwege veranderde omstandigheden. Voor de gezondheidszorg betekenen structurele maatregelen ingrijpende en permanente aanpassingen in het gangbare systeem van de gezondheidszorg met als doel in het zorgaanbod rekening te houden met de culturele diversiteit van de zorgvragers. Structurele maatregelen hebben invloed op het gehele systeem van de gezondheidszorg en hebben niet alleen betrekking op het micro- en mesoniveau, maar ook op het macroniveau. Structurele maatregelen zijn te rechtvaardigen vanuit de visie van de Raad dat immigratie een permanent verschijnsel is, de samenleving in toenemende mate multicultureel van karakter wordt en de

Structurele maatregelen:  
veranderingen aanbod voor  
langere duur of permanent

gezondheidszorg zich daarop met structurele maatregelen dient aan te passen.

Maatregelen en initiatieven die hieronder vallen, zijn bijvoorbeeld: intercultureel management, intercultureel personeelsbeleid, hulpverlening als verplicht vak of integraal opgenomen in de curricula van zorgopleidingen, op culturele diversiteit afgestemde behandelwijzen, methodieken en organisatie van de zorg.

#### *Aanvullende maatregelen*

Bij aanvullende maatregelen gaat het om maatregelen die aanvullend zijn op het gebrek aan kennis, deskundigheid en vaardigheden in de zorgverlening aan allochtonen. Aanvullende maatregelen zijn in principe van tijdelijke aard, hebben betrekking op bepaalde delen van het systeem en zijn nodig zolang het gangbare zorgaanbod onvoldoende (structureel) is afgestemd op de behoeften en wensen van allochtone zorgvragers. Aanvullende maatregelen sluiten aan bij de keuze van de Raad voor de benadering van zorg op maat.

Aanvullende maatregelen:  
lacunes opvullen

Voorbeelden van aanvullende maatregelen zijn: consultatiemogelijkheden voor zorgverleners, voorlichting voor zorgvragers over gezondheid en over zorgaanbod, deskundigheidsbevordering van zorgverleners, tolkdiensten, inschakelen van allochtone zorgconsulenten (intermediairs) en ten slotte preventie en gezondheidsbevordering.

#### *Cultuurspecifieke maatregelen*

Cultuurspecifieke maatregelen zijn maatregelen die getroffen worden om tegemoet te komen aan specifieke aspecten van de culturele en religieuze identiteit van patiënten en cliënten. Het tegemoetkomen aan deze cultuurspecifieke wensen is van belang omdat ze nauw kunnen samenhangen met de beleving, het gedrag en de behandelwijze van de patiënt of cliënt. Cultuurspecifieke maatregelen kunnen ook structureel of aanvullend zijn, ze worden hier afzonderlijk genoemd vanwege hun cultuurspecifieke aard. De keuze voor cultuurspecifieke maatregelen is in de lijn met het adagium, dat afkomstig is uit het algemene integratiebeleid: 'algemeen waar mogelijk, specifiek waar nodig' en dat de Raad heeft uitgebreid met: 'algemeen gedifferentieerd beleid waar mogelijk, cultuurspecifiek beleid waar nodig'. Grenzen aan cultuurspecifiek beleid worden bepaald door een minimale

Cultuurspecifieke  
maatregelen: om specifieke  
culturele en religieuze  
redenen

gezamenlijke moraal (hoofdstuk 4).

Maatregelen of initiatieven op het terrein van multiculturele geestelijke verzorging, religieuze spijswetten en rituele voorschriften (gebedsruimten), toepassen van cultuurgebonden geneeswijzen (zoals winti) en regeling medisch gebonden rituelen (jongens- en meisjesbesnijdenis, maagdenvlieshersteloperaties bijvoorbeeld) kunnen in deze categorie worden ingedeeld.

### 5.3 Structurele maatregelen

De Raad ziet *intercultureel management*, ook wel geformuleerd als diversiteitsmanagement, als een voorwaarde voor het welslagen van de interculturalisatie van instellingen. Tot nu toe is intercultureel management een te vrijblijvende aangelegenheid geweest. Vanwege het uitgangspunt dat structurele aanpassing van de zorg nodig is, zijn maatregelen die de implementatie van intercultureel management en de daarmee gepaard gaande interculturalisatie van de hulpverlening bevorderen en garanderen noodzakelijk. De overheid zal intercultureel management sterk moeten stimuleren bij het management van instellingen. Geregelde evaluatie van resultaten (toetsing) en verantwoording in kwaliteitsjaarverslagen moeten de vorderingen van het implementatieproces laten zien.

Intercultureel management met drang bevorderen

Een hiermee samenhangende maatregel is het bevorderen van *multiculturele samenstelling van het personeel*. Hoewel er op dit terrein successen zijn geboekt, blijft structurele aandacht hiervoor noodzakelijk. In sommige sectoren is de instroom van allochtone werknemers nog onder de maat, dat geldt vooral in de ggz en de gehandicaptenzorg. Succes van de instroom van allochtoon personeel hangt vooral af van inspanningen om dit personeel binnen de organisatie te begeleiden, goede carrièremogelijkheden te bieden en voor de organisatie te behouden. Aan die inspanning ontbreekt het nogal eens. Er moet voor gewaakt worden dat allochtone hulpverleners niet te rigide worden ingezet voor hulp- en zorgverlening aan allochtone cliënten. Hun aanwezigheid binnen de organisatie mag niet als excuus gaan gelden (alibifunctie) voor de overige hulpverleners om zich niet met deze hulpverlening bezig te houden. Intercultureel personeelsbeleid en intercultureel management hangen nauw samen en kunnen elkaar versterken. De overheid zal bij veldpartijen moeten aandringen op de instroom, het behoud en de doorstroom van (meer) allochtoon personeel.

Intercultureel personeelsbeleid ook op behoud en doorstroom richten

De laatste jaren wordt in verschillende grote steden geëxperimenteerd met een nieuwe werkwijze om communicatie- en cultuurverschillen tussen zorgvrager en zorgverlener te overbruggen. Het gaat hier om het *inschakelen van allochtone zorgconsulenten (intermediairs)*. Deze intermediairs kennen de taal en cultuur van de patiënt of cliënt, maar beschikken ook over enige medische kennis. Zij zijn goed op de hoogte van het aanbod en de inrichting van de Nederlandse gezondheidszorg. De brugfunctie die intermediairs vervullen, draagt bij aan beter begrip en vertrouwen tussen zorgvrager en zorgverlener en is daarom een goed voorbeeld van de zorg-op-maat-benadering. Ook draagt het bij aan de wederzijdse aanpassing van zorgaanbod en zorgvraag. In huisartsenpraktijken, gezondheidscentra, maar ook in voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg zijn met de inzet van intermediairs goede resultaten geboekt.

Structurele inbedding en financiering allochtone zorgconsulenten

Toch zijn ook nadelen aan deze oplossing verbonden. Niet voor iedere allochtone patiënt zal een passende intermediair ingeschakeld kunnen worden. Ook dient ervoor gewaakt te worden dat intermediairs geen alibifunctie krijgen, waardoor structurele aanpassing van het reguliere aanbod uitblijft (Verrept, 1995; Kroesen, 1998; Bruijnzeels, *et al.*, 1999). De Raad vindt de inschakeling van intermediairs een goede ontwikkeling en ziet hierin vooral een taak voor lokale overheden. Een punt van aandacht hierbij is de financiering en de aansluiting bij het bestaande zorgaanbod. Op dit moment is dit nog heel verschillend en meestal voor beperkte duur geregeld.

Strikt genomen hoort de maatregel om intermediairs in te schakelen thuis onder de categorie aanvullende maatregelen, maar vanwege het grote belang en de verwachting dat deze maatregel geruime tijd nodig zal zijn, is deze hier als structureel gekenmerkt. Ook het gebruik van *tolkendiensten* in sommige sectoren en vooral onder individuele zorgverleners (huisartsen, specialisten, tandartsen) zal nog geruime tijd structureel nodig blijven. De beschikbaarheid en het gebruik van tolken is echter nog niet optimaal. Zo zal vanuit het oogpunt van cultuurpassende zorg toename van het aantal vrouwelijke tolken bevorderd moeten worden.

Als van beroepsbeoefenaren verwacht wordt dat ze kunnen omgaan met cultuurverschillen, dan zullen ze in de opleiding

Interculturele hulpverlening implementeren in opleidingen

daarop moeten worden voorbereid en toegerust. In alle zorgopleidingen dient daarom het vak '*interculturele hulpverlening*' als verplicht onderdeel in het curriculum te worden opgenomen, zodat zorgverleners adequaat op hulpvragen van allochtonen kunnen ingaan. Een andere manier - welke de eerste manier niet uitsluit - is integrale aandacht voor diversiteit in het gehele curriculum. De beste manier is waarschijnlijk de interculturele opleiding die van meet af aan is afgestemd op de culturele diversiteit van hulpvragen (Jessurun, 1997).

Van structureel belang is ook de *participatie van allochtonen in patiënten- en cliëntenorganisaties* te bevorderen. De invloed en inspraak van allochtone patiënten en van zelforganisaties in besturen en patiëntenbeweging kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit, toegankelijkheid en effectiviteit van de zorg. Zelforganisaties en organisaties als bijvoorbeeld het Nederlands Centrum Buitenlanders (NCB) zullen hierin verdere initiatieven moeten nemen (Sönmez en de Jong, 2000).

Participatie allochtonen in patiënten- en cliëntenorganisatie bevorderen

*Evaluatie en eventuele herziening van de gangbare methodiek en behandelwijzen* dient een regelmatig terugkerend agendapunt van discussie voor zorgverleners te zijn, bijvoorbeeld in intervisiebijeenkomsten. Vanwege de sterk veranderende samenstelling van de bevolking en daarmee ook van de patiëntenpopulatie zullen methodiek en behandelwijzen voortdurend kritisch op hun bruikbaarheid, kwaliteit en effectiviteit moeten worden getoetst. Er zijn enkele succesvolle voorbeelden van evaluatie en intervisie bekend (o.a. Kleinlugtenbelt & Şabanoglu, 2000). Maatregelen op dit terrein zullen door het veld zelf genomen dienen te worden. De Inspectie kan bij haar kwaliteitstoetsing hierop toezien.

Aanpassing en toetsing behandelwijzen...

De *inrichting (aankleding) en organisatie van instellingen* dienen aangepast te worden aan de culturele en religieuze normen en waarden van allochtone zorgvragers. Dit kan betekenen: uitbreiding van gebedsruimten, regeling van voedselvoorschriften e.d. Dit komt de herkenbaarheid, het vertrouwen in en de kwaliteit van de geboden zorg ten goede. Maatregelen op dit terrein vallen in de eerste plaats onder de verantwoordelijkheid van de instellingen. De overheid heeft hierin vooral een stimulerende taak.

en inrichting instellingen

Nieuwkomers dienen *voorlichting* te krijgen over de inrichting

Meer en andere vormen van

van en werkwijze in de Nederlandse zorgverlening. Vooral de werkwijze en het bestaan van bepaalde sectoren van de gezondheidszorg, zoals geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg ouderenzorg, thuiszorg en kraamzorg, komen veel (nieuwe) allochtonen onbekend voor. Het NIGZ vervult een belangrijke taak op het gebied van voorlichting in eigen taal en cultuur. Continuering en uitbreiding hiervan, ook via helpdesks en kenniscentra, is van groot belang om drempels in de toegankelijkheid te slechten. De overheid zal hierin een ondersteunende taak moeten hebben.

voorlichting

In de *ouderenzorg* zal in samenspraak met betrokkenen *eigen woonvormen binnen bestaande voorzieningen* verder ontwikkeld moeten worden. Voor ouderen is een vertrouwde en herkenbare sfeer die aansluit bij de eigen cultuur van groot belang. Vanuit het oogpunt van zorg op maat en toegankelijkheid zal de overheid initiatieven op dit vlak de ruimte moeten geven (4.4). Zelforganisaties van allochtone ouderen zullen zoveel mogelijk betrokken moeten worden bij de ontwikkeling van dergelijke woonvormen. Uiteraard dienen deze cultuurpassende woonvormen te voldoen aan algemeen gestelde kwaliteitseisen.

Eigen woonvormen voor ouderen

#### 5.4 Aanvullende maatregelen

Zorg op maat betekent dat het systeem van *intake-, diagnostiek- en therapievormen* aangepast moet worden op de culturele eigenheid van patiënten en cliënten. In alle sectoren is dit van belang, in de geestelijke gezondheidszorg is dit vooral dringend nodig (Struijs en Wennink, 2000).

Cultuurpassende intake, diagnostiek en therapievormen

Uitbreiding en professionalisering van *consultatiepunten voor zorgverleners* is zeer wenselijk vanuit het oogpunt om cultuurpassende zorg te leveren. Het consultatiepunt voor verpleegkundigen in allerlei sectoren, opgezet door de Werkgroep Interculturele Verpleging & Verzorging, voorziet in een behoefte. Het biedt ondersteuning en advies aan zorgverleners die nog weinig ervaring hebben met interculturele zorgvragen. Voortgang van dit initiatief wordt echter bedreigd door gebrek aan organisatorisch en financieel draagvlak (WIV&V, 1999).

Consultatiepunten voor hulpverleners

Voortzetting en verdere ontwikkeling van *voorlichting aan allochtone zorgvragers* over het aanbod, inrichting en werkwijze

Voorlichting over zorgaanbod

in de Nederlandse gezondheidszorg blijft van groot nut. Folders in twee talen (Nederlands en de eigen taal) opgesteld en videomateriaal lijken daarbij geschikte middelen. Moeilijk bereikbare groepen, zoals allochtone vrouwen, vragen daarbij bijzondere aandacht (Richters en van Vliet, 1999). Een succesvol initiatief in de communicatieverbetering is ontwikkeld door de GGD Nieuwe Waterweg Noord. Deze GGD ontwikkelde discussiebijeenkomsten op wijkniveau in moskeeën met een (grote) groep migranten en huisartsen.

De Haagse werkgroep 'Huisarts en migrant' heeft naar dit idee dialogen georganiseerd tussen huisartsen en migranten in kleine groepen, onder begeleiding van een migrantenvoorlicht(st)er (Van Erp en Kraetzer, 1997).

Ook is het van groot belang gezondheidsvoorlichting en ontwikkeling van andere vormen van voorlichting, in het bijzonder over bij bepaalde etnische groepen vaker voorkomende ziekten, zoals diabetes, rachitis, tuberculose en sikkelcelziekte, te continueren en uit te breiden. In dit verband kan de wenselijkheid van aanpassing (*differentiatie*) van *standaarddosering van medicijnen* aan biologische verschillen tussen etnische groepen genoemd worden.

Gezondheidsvoorlichting

*Deskundigheidsbevordering van zorgverleners* blijft nodig. Van groot belang hierbij is dat deze projecten ook geëvalueerd worden (effectmeting). Tot nu toe is dat te weinig gebeurd. Vooral in bepaalde sectoren (tandheelkundige zorg, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, huisartsen) zal deskundigheidsbevordering in interculturele zorgverlening extra gestimuleerd moeten worden.

Deskundigheidsbevordering  
zorgverleners

*Regionale (o.a. wijkgerichte) en integrale aanpak* van gezondheidsvoorlichting en preventieprogramma's, vooral gericht op vrouwen en jeugdigen, dienen te worden versterkt. Ook een regionale interdisciplinaire aanpak van problemen in de eerstelijnszorg is gewenst. Meervoudige problematiek komt onder allochtone zorgvragers nog al eens voor, samenwerking is daarom gewenst. Een succesvol voorbeeld in dit verband is de oprichting van de Stichting Ondersteuning Maatschappelijke dienstverlening en gezondheidszorg (STIOM) in Den Haag (Schilderswijk). De partijen die met elkaar te maken hebben in de eerstelijnszorg hebben de stichting opgericht. Tevens is er intensieve

Regionale interdisciplinaire  
aanpak

samenwerking met de RIAGG en het Algemeen Maatschappelijk Werk tot stand gekomen. De huisartsenpraktijk komt zo niet alleen te staan voor de vaak complexe problematiek. Er is dan een sociale infrastructuur die is toegesneden op de zorgvragen van allochtonen (Amrit, 1999; Van Thiel, 1999).

## 5.5 Cultuurspecifieke maatregelen

*Uitbreiding van multiculturele geestelijke verzorging* in de intramurale en ambulante gezondheidszorg is zeer gewenst. De aanwezigheid van geestelijk verzorgers uit de eigen traditie is behalve voor de geestelijke verzorging van de allochtone patiënt ook van belang als brugfunctie naar het medisch personeel. Het is niet ongebruikelijk dat allochtonen hun ziekten toeschrijven aan bovennatuurlijke krachten, bij de imam of pandit vindt de patiënt hiervoor begrip. De geestelijk verzorger kan een belangrijke rol spelen in medisch-ethische kwesties, zoals in onderstaand voorbeeld het geval is:

Uitbreiding multiculturele geestelijke verzorging

*Van een allochtoon echtpaar wordt het twee jaar oude kind na een tragische val in hersendode toestand opgenomen. De ziekenhuisimam was met vakantie, daarom zocht zijn protestantse collega voor hem vervanging. Na lang zoeken wordt een Marokkaanse moskeevoorzitter bereid gevonden en deze verleent geestelijke bijstand aan het echtpaar. Op een gegeven moment legt de behandelend arts aan de imam de vraag voor of de beademingsmachine mag worden uitgezet, omdat een medisch zinnvolle behandeling niet meer mogelijk is. Het antwoord van deze imam was een categorisch 'nee'. Als de situatie later wordt nabesproken met de ziekenhuisimam van het AZU, merkt deze op dat uit dit voorbeeld blijkt dat het bieden van geestelijke bijstand professionele kwaliteiten vereist, zoals medische en medisch-ethische kennis. Het is namelijk voor moslims niet altijd ongeoorloofd om bij hersendood de beademingsapparatuur uit te schakelen. Religieuze leiders en begeleiders binnen welke godsdienst dan ook zijn niet automatisch geschikt als geestelijk verzorgers in de gezondheidszorg (Struijs, 1999).*

De mogelijkheid om bij voedselvoorziening rekening te houden met *religieuze spijswetten* moet standaard geregeld zijn in de intramurale gezondheidszorg. Ook gebedsruimten en andere religieus gebonden ruimten of faciliteiten dienen geregeld te worden.

Rekening houden met religieuze voorschriften



In de bestaande methodieken en behandelwijzen zal meer openheid en ruimte moeten zijn voor *inzichten en methodieken uit andere culturen*, zodat een hogere gezondheidswinst kan worden behaald. Het is wenselijk dat er onderzoek verricht wordt naar het gebruik en de toepasbaarheid van *cultuurgebonden geneeswijzen* binnen de gangbare gezondheidszorg (Hoffer, 2000). Vooral in de geestelijke gezondheidszorg is dit aan de orde.

Openstaan voor andere geneeswijzen

Ook inventariserend onderzoek naar de behoefte aan en feitelijk gebruik van de gezondheidszorg voor *cultuur- en religiegebonden rituelen*, zoals besnijdenis en maagdenvliescorrectie is in verband met aanpassing van de organisatie van de zorg van belang. Op basis van de uitkomst van bovengenoemd onderzoek dient een zorgvuldige afweging en regeling te worden gemaakt van *cultuur- en religiegebonden ingrepen*.

Inventariseren behoefte aan cultuur- en religiegebonden rituelen

## 6 Advies

### 6.1 Inleiding

De toename in etnische en culturele diversiteit van de bevolking is een ingrijpende verandering in de samenleving die ook de gezondheidszorg niet ongemerkt voorbijgaat. De wijze waarop patiënten en cliënten hun ziekte beleven en uiten, als ook hun opvattingen over de behandeling ervan kunnen sterk uiteenlopen en soms haaks staan op de opvattingen van zorgverleners. Het zorgaanbod blijkt voorsnóg onvoldoende voorbereid en toegerust op de diversiteit van zorgvragers (hoofdstuk 2 en 3).

Om de toegankelijkheid, kwaliteit en effectiviteit van het zorgaanbod aan migranten te verbeteren, kiest de Raad voor een benadering van ‘zorg op maat’ en ‘vraaggestuurde zorg’. Deze benadering sluit immers goed aan bij de keuze in het zorgaanbod de diversiteit en eigenheid van patiënten binnen de grenzen van een minimale gemeenschappelijke moraal te erkennen (hoofdstuk 4 en 5).

Zorg op maat

De Raad verwijst voor zijn visie op vraaggestuurde zorg naar zijn aanbevelingen in het advies Naar een meer vraaggerichte zorg (mei 1998). Deze zijn als volgt samen te vatten:

- vergroten van de keuzemogelijkheden van patiënten;
- verbeteren van de informatievoorziening aan patiënten;
- meer vraagsturing in de aanbodregulering;
- betere afstemming tussen de stelsels.

Een uitwerking hiervan in relevante aanbevelingen voor dit advies ziet er als volgt uit:

- verbeteren van de informatievoorziening tijdens de hulpverlening;
- verbeteren van de informatievoorziening over het aanbod;
- ontwikkeling en bevordering van goed patiëntschap;
- versterking van de invloed van patiënten op regionaal en landelijk niveau;
- opstellen van regiovisies, waarin het diversiteitsperspectief integraal is opgenomen.

## 6.2 Aanbevelingen

Op grond van de boven beschreven visie beveelt de Raad voor het te voeren interculturalisatiebeleid in de gezondheidszorg de volgende maatregelen aan:

### Aanbeveling 1

Een infrastructuur te ontwikkelen om aanwezige kennis en expertise inzake interculturele zorgverlening toegankelijk te maken voor het gehele veld van de gezondheidszorg. Binnen die structuur moet - als een spin in het web - een landelijk centraal en onafhankelijk steunpunt worden ingesteld of aangewezen worden.

Infrastructuur ontwikkelen en  
centraal steunpunt  
opzetten

#### *Toelichting*

De overheid zal een structureel, samenhangend en op continuïteit gericht interculturalisatiebeleid moeten voeren. In dat kader is het dringend gewenst dat oplossingen gezocht worden om in de leemte aan structurele inbedding van kennis en expertise te voorzien. Als oplossing hiervoor stelt de Raad voor een infrastructuur te ontwikkelen en daarbinnen een centraal steunpunt in te stellen of aan te wijzen. Doel van dit centrale steunpunt is bestaande kennis en expertise in kaart te brengen en systematisch te bundelen, als ook om zorgaanbieders, -verzekeraars, -consumenten en andere belanghebbenden adequaat en doelgericht de weg te wijzen naar aanwezige kennis- en expertise(centra) in bepaalde sectoren of in bepaalde regio's (grote steden).

Nieuwe media, zoals Internet, kunnen een belangrijke bijdrage leveren bij het opbouwen van een landelijk overkoepelend netwerk met regionale en/of sectorale vertakkingen. Tevens kan dit landelijk centrale steunpunt een brugfunctie vervullen tussen het veld en de zorgopleidingen om zo elkaar over en weer van dienst zijn met kennis, ervaring en theorievorming, alsmede om lacunes in kennis en expertise op te vullen.

Voor het ontwikkelen van een infrastructuur kan aansluiting gezocht worden bij bestaande (regionale of wijkgebonden) zorgnetwerken en beroepsverenigingen, zoals District Huisartsen Verenigingen. Ook kunnen verbindingen gelegd worden met reeds ondernomen initiatieven die gericht zijn op de bevordering van een interculturele gezondheidszorg. Zo is er bijvoorbeeld een kenniscentrum in oprichting op het terrein van de ggz (Rotterdam, in samenwerking met de

andere grote steden), een landelijke helpdesk voor migranten met een handicap of chronische ziekte, een regionaal kenniscentrum voor de gehele gezondheidszorg in oprichting (Den Haag) en zijn er initiatieven van brancheorganisaties, zoals van GGZ-Nederland en van het Platform Multiculturele Verslavingszorg. Ook landelijke organisaties op het gebied van de multiculturele samenleving, zoals Forum en NCB, beschikken - zij het met beperkte capaciteit - over kennis en expertise over de gezondheidszorg, die benut kan worden. Tevens is afstemming met activiteiten van NWO/ZON op het gebied van onderzoek (o.a. kennisnetwerk) en praktijkondersteuning van belang. Behalve op landelijk niveau, zou het ook in bepaalde regio's (vooral in de grote steden) en voor bepaalde sectoren zeer wenselijk zijn een centraal steunpunt aan te wijzen of in te stellen.

Het gebrek aan continuïteit, samenwerking, uniformiteit en systematiek in het vergaren en het verspreiden van kennis en expertise kan via de voorgestelde (landelijke) infrastructuur en het centrale steunpunt worden opgelost. Ontwikkelde kennis en expertise, die tot nu toe door tijdelijkheid, gebrek aan evaluatie, gebrek aan uitwisseling en implementatie vaak verloren gingen, kunnen zo behouden blijven en verder ontwikkeld worden. De overheid zal hiervoor in samenspraak met het veld initiatieven moeten nemen en financiële middelen moeten verstrekken.

## **Aanbeveling 2**

Versterking van *intercultureel management* (diversiteitsmanagement) als voorwaarde voor het welslagen van het interculturalisatieproces in de gehele instelling. *Intercultureel personeelsbeleid* is een essentieel onderdeel daarvan.

Intercultureel management en personeelsbeleid met drang bevorderen

### *Toelichting*

Bij instellingen voor gezondheidszorg zal *intercultureel management* met enige drang bevorderd moeten worden. De overheid zal dit krachtig moeten bevorderen bij het management van instellingen, met verwijzing naar de Wet SAMEN en de Wet Kwaliteit Zorginstellingen. Intercultureel management is een essentiële voorwaarde voor het slagen van het interculturalisatieproces. Het gaat om een verandering in de bedrijfscultuur en het cultuursensitief worden van managers.

Het *intercultureel personeelsbeleid* speelt daarbij een cruciale rol. Instroom, doorstroom en behoud van allochtoon personeel

dragen in grote mate bij aan de noodzakelijke differentiatie in het hulpverleningsaanbod, aan een herkenbare en vertrouwenwekkende sfeer voor allochtone patiënten en aan het verbeteren van de organisatie van de zorg. Succes van de instroom van allochtoon personeel hangt vooral af van inspanningen om dit personeel binnen de organisatie te begeleiden, goede carrièremogelijkheden te bieden en voor de organisatie te behouden. Over het aantrekken van allochtone hulpverleners zouden afspraken met streefnormen gemaakt kunnen worden in het kader van meerjarenafspraken met de overheid en in het overleg met de verzekeraars.

De overheid dient met veldpartijen een plan op te stellen hoe intercultureel management zo kan worden gestimuleerd dat het uit de sfeer van vrijblijvendheid komt en structureel en integraal wordt opgenomen in het beleid. Aangezien intercultureel management meestal geen onderdeel is van managementopleidingen, is het van groot belang ook in deze leemte te voorzien (zie ook aanbeveling 4).

### **Aanbeveling 3**

In het kader van de kwaliteitswetgeving zullen instellingen en beroepsbeoefenaren in hun aanbod de *zorg aan allochtonen* moeten *explicitieren*. De Inspectie zal bij haar toezicht op de naleving van de kwaliteitswetgeving het perspectief van culturele diversiteit in de zorg moeten betrekken.

Cultuurgevoeligheid als kwaliteitskenmerk

#### *Toelichting*

De kwaliteitswetgeving voor zorginstellingen en voor beroepsbeoefenaren biedt een goede basis om de cultuurgevoeligheid van de hulp- en zorgverlening als belangrijk kwaliteitskenmerk in te brengen. Implementatie hiervan is echter niet zomaar aan te sturen en zal op verschillende niveaus geëxpliciteerd moeten worden.

Zorgaanbieders hebben hierin een verantwoordelijkheid en zouden via kwaliteitsjaarverslagen en effectrapportages de resultaten van hun interculturalisatiebeleid moeten aantonen en daarop moeten worden beoordeeld. De rol van de Inspectie is in dit verband van groot belang, zij zal expliciet controle moeten uitoefenen op de naleving van de kwaliteitswetgeving en het kwaliteitskenmerk van cultuurgevoelige hulpverlening in het bijzonder. Ook verzekeraars kunnen met eigen instrumenten, bijvoorbeeld door zorgaanbieders via contracteerbeleid daarop aan te spreken en door cliënten via tevredenheidsonderzoek te

toetsen, verbeteringen aanbrengen in de kwaliteit, toegankelijkheid en effectiviteit van de zorg aan allochtone zorgvragers. Patiëntenplatforms kunnen op hun beurt zorgaanbieders en zorgkantoren wijzen op hun verantwoordelijkheid dit kwaliteitskenmerk waar te maken.

Een kwaliteitskader voor de zorg aan allochtonen is enige jaren geleden al ontwikkeld door het NCB, met daarin operationalisaties voor de verschillende kwaliteitsaspecten die de verschillende kwaliteitswetten voorschrijven (Bedaux, *et al.*, 1997). Hoewel het aan wetgeving en kwaliteitskader niet ontbreekt, zijn deze tot nu toe nog nauwelijks beleidsmatig geïmplementeerd. Dit zal in de komende periode wel moeten gebeuren. Inspectie, zorgkantoren en patiëntenbeweging kunnen met eigen middelen bij zorgaanbieders daarop aandringen. Immers, kwaliteitsverbetering van de gezondheidszorg voor allochtone gebruikers is een kwaliteitsverbetering die alle zorggebruikers ten goede komt.

#### **Aanbeveling 4**

Het vak *interculturele zorgverlening* dient een vaste plaats te hebben in het curriculum en de eindtermen van de opleidingen. Nog beter is: in alle vakken integraal aandacht te besteden aan de etnisch-culturele diversiteit van zorgvragers.

Interculturalisatie van  
zorgopleidingen

#### *Toelichting*

Het is van groot belang dat in gezondheidszorgopleidingen, managementopleidingen alsook in het bij- en nascholingsaanbod voor zorgverleners (deskundigheidsbevordering) het curriculum of het cursuspakket in samenspraak met zelforganisaties en deskundigen uit het veld wordt bijgesteld. Het vak *interculturele zorgverlening* (waaronder interculturele communicatie) dient in het curriculum een vaste plaats te hebben. Nog beter zou zijn dat in alle vakken integraal aandacht besteed wordt aan de etnisch-culturele diversiteit van zorgvragers. Bekwaamheid en vaardigheid in interculturele aspecten van de zorg moet ook blijken in de eindtermen van de opleiding. Nieuw opgeleiden zullen zo beter voorbereid en toegerust zijn om zorg op maat te leveren en zich een cultuurgevoelige hulpverleningsattitude eigen te maken. Aandacht voor het diversiteitsaspect zal ook in algemene zin de kwaliteit van hun beroepsuitoefening vergroten.

Er zijn in het verleden verschillende initiatieven ondernomen om in de gezondheidszorgopleidingen meer elementen van

interculturele zorg- en hulpverlening op te nemen. Deze zijn tot nu toe - op een enkele uitzondering na - niet structureel ingebouwd in de opleidingen. Onlangs zijn nieuwe initiatieven op dit vlak ondernomen. Zo is vanuit het Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek van NWO het initiatief genomen een programma Interculturalisatie in het medisch onderwijs te starten. Recentelijk (juni 2000) is over de invulling hiervan oriënterend overleg gevoerd met betrokkenen van alle geneeskundefaculteiten. De Raad ziet hierin een essentiële investering voor de toekomst. Immers, voor het succes van interculturalisatie van de zorg is een opleiding toegesneden op interculturele zorgverlening, een fundamentele voorwaarde.

Het verdient aanbeveling dat het ministerie van VWS het ministerie van OC&W verzoekt om in zorgopleidingen structureel aandacht te besteden aan interculturele zorgverlening en curricula daarop aan te passen. Aangezien intercultureel beleid in instellingen sterk afhangt van het management, is het van groot belang dat ook managementopleidingen ertoe aangezet worden aan (culturele) diversiteit aandacht te besteden.

#### **Aanbeveling 5**

De inschakeling van *allochtone zorgconsulenten* (intermediairs) dient gecontinueerd en organisatorisch ingebed te worden. Dit zal vooral in de vier grote steden dienen te gebeuren.

Organisatorische en financiële inbedding zorgconsulenten

#### *Toelichting*

De inschakeling van *allochtone zorgconsulenten* is een belangrijke verbetering van de kwaliteit van de zorg van vooral individuele zorgverleners (zoals huisartsen) gebleken. Via deze brugfunctie kan zorg op cultuurpassende maat geleverd worden. Het is daarom van belang dat dit initiatief door de landelijke overheid wordt aangemoedigd en door lokale overheden op grotere schaal structureel wordt gestimuleerd en georganiseerd, met name in die regio's waar allochtonen een substantieel deel van het patiëntenbestand uitmaken (grote steden). Ook in intramurale settingen, zoals algemene en psychiatrische ziekenhuizen, zouden intermediairs in een behoefte kunnen voorzien.

Een belangrijk aandachtspunt is de bevordering van een uniforme financiële regeling en organisatorische inbedding van allochtone zorgconsulenten. Hiervoor zou aansluiting gezocht kunnen worden bij het Grote Stedenbeleid, in het

kader van de ontwikkeling van een sociale infrastructuur.

### **Aanbeveling 6**

*Culturele diversiteit* dient een *vast aandachtspunt* te zijn in regionaal overleg en regiovisies ('diversiteitscheck').

Interculturele hulpverlening:  
integraal en permanent

#### *Toelichting*

Het thema *culturele diversiteit* dient uitdrukkelijk, integraal en permanent, onderdeel te zijn van regionaal overleg over de meest gewenste vormen van samenwerking en afstemming binnen de gezondheidszorg. Dit zou vastgelegd kunnen worden in een regiovisie, als deze in de toekomst een min of meer wettelijke status krijgt. Regiovisies zouden niet goedgekeurd mogen worden als het interculturele perspectief daarin ontbreekt.

De Raad acht het vanuit zijn benadering van structurele aandacht voor culturele diversiteit en vanuit de zorg op maat gedachte van groot belang dat op alle niveaus van beleidsvorming, zowel bij de overheid als bij de veldpartijen in de gezondheidszorg de aandacht voor cultuursensitieve hulpverlening voortdurend op de agenda blijft.

Zelforganisaties van allochtonen zullen zoveel mogelijk bij de beleidsvorming betrokken dienen te worden. Andere actoren hierbij zijn het zorgkantoor en de provinciale of lokale overheid.

De Raad gaat er daarbij van uit, dat het bevorderen van goed patiëntschap (door empowerment en voorlichting) en de versterking van invloed van allochtone patiënten zeker wenselijk zijn, maar nu nog moeizaam en langzaam op gang komen. Naarmate het integratieproces in de Nederlandse samenleving vordert, zullen migranten steeds meer gebruik maken van inspraakmogelijkheden en patiënten(klacht)rechten. Op dit moment is het nog niet goed mogelijk om hiervoor concrete aanbevelingen te doen. De overheid en veldpartijen zullen op verschillende niveaus met zelforganisaties van allochtone groepen in overleg moeten treden over versterking van deze invloed. De ontwikkelingen rond de regiovisie bieden daarvoor kansen.

### **Aanbeveling 7**

Bevorderen van *ondersteunings- en overlegstructuren* (interdisciplinaire netwerkvorming en samenwerking) *op wijk-*

Regionale zorgnetwerken  
vormen



en buurtniveau.

#### *Toelichting*

Voor de aanpassing van de hulpverlening op het niveau van de wijk en de buurt lijkt netwerkvorming, zoals die onder andere in de Haagse Schilderswijk (STIOM) tot stand is gekomen van groot belang. Het verdient aanbeveling dat dergelijke *ondersteunings- en overlegstructuren* ook in andere plaatsen tot stand komen. Netwerkvorming zou ook op grotere schaal per sector van de gezondheidszorg gestimuleerd moeten worden, met name voor de geestelijke gezondheidszorg is dat van belang. Hierbij zou ook aansluiting bij zorgkantoren gezocht kunnen worden.

Zeker op het kleinschalige niveau van de wijk of de buurt doen zich goede mogelijkheden voor om de hulpverlening in de dagelijkse praktijk beter te laten aansluiten bij de culturele diversiteit. Op dit niveau is het ook gemakkelijker om de invloed van migranten te versterken en te werken aan goed patiëntschap. Bijeenkomsten (zoals bijvoorbeeld in de moskee) waar huisartsen en allochtone patiënten uit dezelfde buurt kennis nemen van wederzijdse verwachtingen en wensen ten aanzien van het zorgaanbod, zijn hierbij goede instrumenten. De gemeente in samenwerking met lokale zorginstellingen en zelforganisaties van migranten, alsook organisaties als het NCB zouden hierin (meer) initiatieven moeten nemen.

#### **Aanbeveling 8**

*Continue monitoring* en andere vormen van *onderzoek* om de gezondheidstoestand en de zorgconsumptie van allochtone zorgvragers in de tijd te kunnen volgen.

Continue monitoring  
gegevens gezondheids-  
toestand en zorggebruik

#### *Toelichting*

Om de lacunes in kennis op te vullen - kennis die onder meer relevant is voor beleidsvorming - is het noodzakelijk om een systematische en *continue monitoring* van relevante epidemiologische en zorggebruikgegevens op te zetten, zoals dat ook voor de autochtone bevolking gebeurt via de gezondheidsenquête. Andere vormen van onderzoek die prioriteit moeten krijgen, zijn: cohortonderzoek, om zicht te krijgen op risicofactoren voor (psychische) morbiditeit, verklarend en toetsend onderzoek naar factoren die samenhangen met toegankelijkheid van de zorg, drop-out en zorgtrouw, onderzoek naar zorgbehoefte en satisfactie van allochtone cliënten en effectonderzoek naar verschillende

vormen van (cultuurspecifieke) zorg. Deze uitbreiding en afstemming van het onderzoek kunnen bewerkstelligd worden door intensivering en continuering van het wetenschappelijk onderzoek, zoals nu bijvoorbeeld al gebeurt binnen de programmering van NWO/ZON.

Het is wenselijk dat gezondheidszorginstellingen etnische herkomst registreren. Invoeren van een daartoe geschikt standaardregistratiesysteem is een langdurig traject, waarin nu investering nodig is om op termijn resultaat te halen. Het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties heeft een registratiemethode, de zogenaamde BiZa-methode, ontwikkeld, die hierbij gebruikt kan worden.

Standaardregistratie is overigens ook een thema binnen het NWO/ZON-programma Cultuur en Gezondheid.

### **Aanbeveling 9**

Het is in bepaalde sectoren - vooral in de ouderen- en verpleeghuiszorg en in de geestelijke gezondheidszorg – wenselijk ruimte te geven aan de ontwikkeling en continuering van cultuurspecifieke en categorale voorzieningen. Juist in deze sectoren zijn een vertrouwde en herkenbare sfeer van groot belang voor het welzijn van de zorggebruiker.

Ruimte voor cultuur-  
specifieke voorzieningen in  
bepaalde sectoren

#### *Toelichting*

Er zullen ongetwijfeld meer initiatieven komen voor zorgvoorzieningen op etnisch-culturele of religieuze grondslag, zoals dat in het onderwijs al langer het geval is. Het adagium 'algemeen gedifferentieerd beleid waar mogelijk en cultuurspecifiek beleid waar nodig', is hier van toepassing. In de ouderenzorg, in verpleeghuizen en in de geestelijke gezondheidszorg zijn al enige tijd *categoriale voorzieningen* binnen algemene voorzieningen aanwezig. De verwachte toename van deze initiatieven op genoemde terreinen wijst de Raad niet af, mits deze voorzieningen aan de algemene kwaliteitseisen voldoen. Wel lijkt het nuttig de voor- en nadelen aan deze ontwikkeling in kaart te brengen en na verloop van tijd te evalueren. Het is vooral de taak van het veld hierin initiatieven te nemen en ook cliëntenbewegingen, in samenspraak met allochtone zelforganisaties, kunnen hierin een belangrijke rol spelen. De overheid hoeft hierin geen actieve rol te hebben.

### **Aanbeveling 10**

Een groot aantal *maatregelen*, die hier niet genoemd zijn, maar wel in hoofdstuk 5 naar voren zijn gebracht, zal *gecontinueerd*

Continueren van lopende  
aanvullende maatregelen

moeten worden (zie met name 5.4 en 5.5).

#### *Toelichting*

Maatregelen die voorlopig zeker gecontinueerd en verbeterd moeten worden zijn onder meer de inzet van tolken, het inzetten van voorlichtings- en informatiemateriaal in de eigen taal (VETC), het stimuleringsbeleid voor huisartsenpraktijken in achterstandswijken en uitbreiding van multiculturele geestelijke verzorging. Ook bij deze maatregelen is het van belang dat ze een plaats krijgen in de te ontwikkelen infrastructuur.

### **6.3 Implementatie**

De aanbevelingen zijn verschillend van aard, vooral als het gaat om de termijn van uitvoering. Sommige van de aanbevelingen kunnen op korte termijn in uitvoering worden genomen. Het gaat hierbij om aanbeveling 8, 9 en 10. Vanuit de overweging dat op een aantal terreinen structurele verankering van beleid noodzakelijk is, beveelt de Raad de instelling van een task-force aan, die gedurende drie jaar een aantal van de bovengenoemde beleidsaanbevelingen nader gaat operationaliseren. Het gaat hierbij om de aanbevelingen 1 t/m 7.

Task-force voor 3 jaar

Deze task-force zal een duidelijk omschreven opdracht moeten krijgen, waarop ze na afloop van de termijn wordt beoordeeld. De task-force moet een grote bewegingsvrijheid krijgen, dat wil zeggen het mandaat krijgen om dwars door schotten en verkokering heen te opereren. De task-force moet verder stevig zijn samengesteld (een club met tanden), bestaande uit vertegenwoordigers van VWS, van BiZa en van OC&W (gezondheidszorgopleidingen) en van niet-gouvernementele organisaties op het gebied van de zorg en de belangenbehartiging voor allochtonen (zoals zelforganisaties en cliëntenbeweging). Daarnaast zullen ook gezaghebbende personen van relevante sectoren van de gezondheidszorg (zoals uit de huisartsenzorg, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg) alsook van de zorgverzekeraars aan het werk van de task-force moeten deelnemen. De voorzitter moet een aansprekende en gezaghebbende uitstraling hebben. Aan de hand van een concreet actieprogramma zullen deze aanbevelingen en al lopende beleidsinitiatieven moeten worden geoperationaliseerd, gecoördineerd en geïmplementeerd.

met grote bewegingsvrijheid

De bedoelde task-force dient naar de mening van de Raad een stevige verankering te krijgen in het beleid van het ministerie van VWS en van dat van de betrokken veldpartijen, zonder daarbij hiërarchisch gebonden te zijn. Dat kan onder andere gebeuren door de vertegenwoordiging van deze instanties in deze task-force op hoog niveau te laten plaatsvinden, en door een gericht tijdsplan uit te zetten, waarbinnen het actieprogramma zal worden afgewerkt, met tussentijdse rapportages aan de verantwoordelijke bewindslieden van VWS, OC&W (opleidingen) en BiZa. Van deze rapportages zal dan verslag worden gedaan aan het parlement, zodat het onderwerp een vaste plaats krijgt op de politieke agenda.

en stevige verankering  
binnen VWS

Er is een duidelijke verwevenheid van de problematiek van de gezondheidszorg voor allochtonen en seksespecifieke hulpverlening. Binnen het ministerie van VWS zal daarom het werk van bedoelde task-force en die van de al bestaande task-force seksespecifieke hulpverlening op elkaar moeten worden afgestemd. Tevens is er overlap van de werkzaamheden die aan deze nieuwe task-force worden toegedacht met die van het reeds lang bestaande Overlegorgaan Gezondheidszorg en Multiculturele samenleving (OGM). Ook hiermee is interne afstemming noodzakelijk. Een van de taken van de task-force is om een permanente beleidsstructuur voor interculturele gezondheidszorg te ontwikkelen, een adviesfunctie hoort daarin zeker thuis. De adviesfunctie, zoals die tot op heden door het OGM wordt vervuld, zal opnieuw moeten worden beoordeeld en ingevuld, passend bij de beleidsstructuur voor interculturele gezondheidszorg.

Vanwege parallellen  
afstemming met seksespecifieke hulpverlening

### **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,**

*Voorzitter,*

Prof. drs. J. van Londen

*Algemeen secretaris,*

Drs. P. Vos



# Bijlagen





## **Bijlage 1**

### **Relevant gedeelte uit het werkprogramma RVZ 1999**

#### **5 Multiculturalisatie in de gezondheidszorg**

##### **5.1 Het beleidskader**

Een multiculturele samenleving stelt multiculturele vragen aan haar gezondheidszorg en die zal daar een multicultureel zorgaanbod tegenover moeten stellen.

Omdat de gezondheidstoestand van allochtonen gemiddeld minder goed is dan die van autochtonen, moet aan het multiculturele aspect in het zorgaanbod veel aandacht worden geschonken. Dat is ook nodig, omdat het gebruik van de zorgvoorzieningen door allochtonen niet altijd adequaat is. Dit kan te maken hebben met hun sociaal-economische status.

Er bestaan aanwijzingen dat de afstemming van het zorgaanbod op een multiculturele zorgvraag niet optimaal is. En omdat het percentage allochtonen inmiddels betekenisvol is, kan dan een probleem ontstaan, vooral ook door het verhoogde gezondheidsrisico van deze bevolkingsgroep.

BiZa coördineert het allochtonenbeleid in Nederland. Gemeenten vervullen een belangrijke functie. Daarbinnen heeft VWS steeds een actieve rol gespeeld. Over (aspecten van) het zorgbeleid voor allochtonen gingen twee beleidsbrieven naar de Tweede Kamer (over volksgezondheidsbeleid in juli 1995; over verslavingszorg in oktober 1997; over registratie is een brief toegezegd). VWS heeft een groot aantal projecten in gang gezet en initiatieven in het veld gestimuleerd. Dit beleid is tot nu toe per zorgsector ontwikkeld en uitgevoerd.

Een gedetailleerde beleidsvisie is met opzet niet geformuleerd. Wel ging VWS tot nu toe uit van de gedachte dat ook voor allochtonen, de zorg zo algemeen als mogelijk zou moeten worden aangeboden.

Binnen die algemene zorgkaders en met behulp van de algemene wet- en regelgeving probeerde men tot nu toe de kwaliteit, de toegankelijkheid en de effectiviteit van de

gezondheidszorg voor allochtonen te verbeteren. VWS liet daarbij veel over aan het particulier initiatief in de gezondheidszorg. Met een beroep op professionele autonomie en op maatschappelijk ondernemerschap wilde men de multiculturalisatie van het zorgaanbod stimuleren. Het regeerakkoord bevat geen plannen op dit terrein. Wel zijn de contouren van een algemeen beleid gericht op integratie van minderheden geschetst (in het hoofdstuk Kwaliteit en diversiteit van de samenleving).

In het algemene minderhedenbeleid staan centraal: het integratieaspect, de wederzijdse inspanning die dit vraagt, werkgelegenheid, aandacht (ook preventieve) voor de jeugd, de opeenstapeling van problemen en de belangrijke rol van de gemeenten, onder meer bij het bevorderen van sociale cohesie.

## **5.2 Probleemstelling**

Ondanks alle beleidsinspanningen in de afgelopen decennia, bestaat twijfel aan het rendement daarvan. Uit onderzoek blijkt niet dat de achterstand in gezondheid, die allochtonen hebben ten opzichte van autochtonen, substantieel is verminderd. Ook lijkt het gebruik van de zorgvoorzieningen door allochtonen nog niet adequaat te zijn. Problemen worden onder meer gerapporteerd vanuit de geestelijke gezondheidszorg, de jeugdzorg, de huisartsenzorg, de thuiszorg, de verslavingszorg. Vaak worden de problemen in verband gebracht met sociaal-economische omstandigheden (waaronder culturele factoren, huisvesting, arbeid en wijkgebonden factoren). Het vermoeden bestaat ook dat bepaalde veranderingen in de Nederlandse gezondheidszorg onvoldoende worden begrepen in een aantal groepen in de samenleving. Dit zou bijvoorbeeld kunnen gelden voor transmuralisering, voorschrijfgedrag, liberalisering en wetgeving.

Hier ligt een probleem voor burgers/patiënten, voor beroepsbeoefenaren, voor instellingen, voor gemeenten en voor de rijksoverheid. De minister van VWS is verantwoordelijk voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Dat betekent onder meer dat zij moet toezien op een te rechtvaardigen spreiding van zorgaanbod

over de bevolking.

Achterstandsgroepen, in het bijzonder cumulaties van gezondheidsproblemen, dienen dus voldoende beleidsaandacht te krijgen.

In de Nederlandse context betekent dat: een partnership van overheid en veld. Dat zou zich in eerste instantie kunnen richten op het verbeteren van de zorgrelatie met de individuele patiënt, inclusief de daarbij behorende voorlichtingsaspecten en ook inclusief de doelmatigheid en de gepastheid van de zorgconsumptie. Daarnaast is de toegankelijkheid en de klantvriendelijkheid van de instellingen punt van aandacht. Vervolgens zullen overheid en veld naar de effectiviteit van het zorgaanbod van allochtonen moeten kijken.

De vraag is nu: hoe kan de overheid het veld - zorgaanbieders en zorgverzekeraars - overtuigen van het belang van multiculturalisatie? Met behulp van welke beleidspraktijken kan een gunstig investeringsklimaat worden gecreëerd?

### **5.3 Beleidsvragen en adviesdomein**

Gegeven deze probleemstelling, staat de RVZ voor de taak de volgende vragen te beantwoorden in zijn advies aan de minister.

#### *1. Feiten*

- Wat weten wij op dit moment over de zorgconsumptie van allochtonen en over de effecten van deze consumptie?
- Welke initiatieven zijn in de afgelopen jaren genomen, zowel door het veld, door gemeenten, als door het rijk?

#### *2. Analyse*

- Welke resultaten hebben de inspanningen van veld en overheid opgeleverd?
- Hoe kunnen eventuele verschillen in consumptie, kwaliteit en effectiviteit worden verklaard en welke rol speelt de etnisch-culturele factor hierbij?
- Welke toekomstperspectieven voor het overheidsbeleid op het vlak van de multiculturele gezondheidszorg levert dit op?

#### *3. Advies*

- Hoe dienen ordening en organisatie van de

- gezondheidszorg voor allochtonen er uit te zien?
- Hoe moeten de taken tussen overheden en veld worden verdeeld (actieprogramma)?
  - Welk sturingsparadigma en welke sturingsinstrumenten kan en moet de rijksoverheid de komende jaren inzetten en hoe moet de implementatie verlopen?

Het adviesdomein kan als volgt worden getypeerd:

- Bij "allochtoon" moet worden gedacht aan: afkomstig uit een andere cultuur; de Raad zal zich bij de start van het adviesproject nader bezinnen op de definitie.
- Centraal staat in het advies de confrontatie van culturen en de gevolgen die dat heeft voor de afstemming van aanbod en vraag. Transitieprocessen (bijvoorbeeld de constante dynamiek op dit terrein) zijn dan een belangrijk aandachtspunt.
- Het gaat om het aanbod van gezondheidszorg (de gezondheidstoestand komt aan bod in een ander advies), de Raad bekijkt deze per zorgsector (ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg etc.).
- Aandachtspunten in het advies: het personeelsbeleid in en het zorgbeleid van instellingen, beroepsuitoefening, kwaliteit en effectiviteit.
- Het wettelijk kader voor het advies: ZFW/AWBZ, Wgbo, Wet BIG, Kwaliteitswet, WTG en WZV.

#### **5.4 Functie advies**

Het advies moet een rol spelen in een herijking van het zorgbeleid voor allochtonen. De Raad zal de beleidsinspanningen, maar ook de tot nu toe gehanteerde beleidsuitgangspunten, aan een analyse en een evaluatie onderwerpen. Belangrijke kwestie daarbij: is de tijd - na jaren van projectmatig beleid - niet rijp voor een integrerend beleidskader? De Raad kan daaraan een bijdrage leveren. Het advies kan tegelijkertijd een impuls zijn voor nieuw beleid c.q. bijstelling van bestaand beleid. Het kan onder meer een rol spelen bij het totstandkomen van een samenhangende zorgvisie en bij de ontwikkeling van een integraal VWS-beleid op dit terrein.

Naar aanleiding van het kabinetsstandpunt op het advies kan het onderwerp "multiculturalisatie in de gezondheidszorg" opnieuw op de politieke agenda terecht komen. Onderzoek

wijst uit dat dit gewenst is.

De functie van het advies is in tweede instantie: het bijdragen aan een goed overlegklimaat tussen overheid en veld, waarin maatschappelijke verantwoordelijkheid verder kan worden gestimuleerd.

### **5.5 Programmering**

Gegeven de functie die het advies kan spelen, is het gewenst dat de Raad zijn advies uitbrengt begin, dat wil zeggen januari, 2000. Het kan dan in samenhang met activiteiten van ZON een rol spelen bij een parlementair debat in de eerste helft van 2000.

### **5.6 Relevante andere publicaties en instanties**

De Raad zal bij zijn advisering samenwerken met ZON. Deze is door VWS gevraagd een programma op dit terrein voor te bereiden dan wel in de andere programma's aandacht te besteden aan multiculturalisatie. ZON beschikt over enkele gremia, die zich met multiculturalisatie bezighouden. De RVZ kan gebruik maken van hun kennis.

Een eerste inventarisatie van ZON (in oktober 1998 gereed) van de implementatie van zorgvernieuwing voor allochtonen kan een rol spelen bij de start van dit advies. De Raad zal, in samenwerking met ZON, op basis hiervan een specifieke inventarisatie uitvoeren. De bestaande klankbordgroep van de ZON kan bij de advisering worden betrokken.

Voorts zal de Raad contact zoeken met het Sociaal Cultureel Planbureau. Ook met Transact zal, voor het raakvlak van vrouwenhulpverlening en multiculturalisatie, samengewerkt worden.

De WRR heeft het onderwerp multiculturalisatie op zijn agenda staan. De RVZ zal met de WRR overleggen of samenwerking relevant is.

In het veld zijn belangrijke gesprekspartners de deelnemers aan het Treek-beraad en het Overlegorgaan Gezondheidszorg Migranten.

### **5.7 Literatuur**

Medische Wetenschappen - NWO. Programma-overzicht.  
's-Gravenhage, MW-NWO, juni 1998.

NRV. Gezondheidsbeleid voor migranten. Advies over de  
Nederlandse gezondheidszorg in multicultureel perspectief.  
Zoetermeer, NRV, juni 1995.

SCP. Sociale en Culturele Verkenningen 1998. Rijswijk, SCP,  
1998.

WRR. Tweedeling in perspectief. 's-Gravenhage, Sdu  
Uitgevers 1996.  
ZorgOnderzoek Nederland. Programma Verslaving. Thema  
III: Verslavingszorg, preventie en monitoring. 's-Gravenhage,  
maart 1998.

Overheidsbeleid  
Brieven VWS aan Tweede Kamer over volksgezondheidsbeleid  
(juli 1995) en verslavingszorg (oktober 1997).

## **Bijlage 2**

### **Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)**

**Voorzitter:**

Prof. drs. J. van Londen

**Leden:**

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Drs. J.C. Blankert

Mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Drs. E.H.T.M. Nijpels

Mr. A.A. Westerlaken

**Algemeen secretaris:**

Drs. P. Vos





## Bijlage 3

### Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

#### Betrokken raadsleden:

- Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort
- Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick (tot 01 01 2000)

#### Samenstelling projectgroep:

- Mw. dr. A.J. Struijs, projectleiding
- J.B.J. Drewes, arts, projectleiding
- Drs. P.J.G.M. de Bekker, projectmedewerker
- Mw. mr. P. Fontein, projectmedewerker
- Drs. R. Stiekema, projectmedewerker
- Mw. J.J. Lekahena-de Wolf, projectsecretaresse

#### Samenstelling klankbordgroep:

- Mw. prof. dr. I.D de Beaufort, voorzitter
- Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick
- N. Dahhan, arts
- Prof. dr. H.B. Entzinger
- Prof. dr. F.A.M. Kortmann
- Prof. mr. C.W. Maris
- Mw. prof. dr. J. van Mens-Verhulst
- Mw. prof. dr. P.L. Meurs
- Dr. F.G. Öry
- Prof. dr. T.W.J. Schulpen
- Prof. drs. E. van Thijn
- Mw. dr. P. Uniken Venema
- Prof. dr. J. Veenman

#### Geconsulteerde deskundigen:

- Ing. A. Aboutaleb, Forum
- I. Akel, Nederlands Centrum Buitenlanders
- Drs. H.B. Bellaart, Forum
- Mw. dr. E.A.C. Bartels, cultureel antropoloog
- Mw. drs. I. Boedjarath, psycholoog en psychotherapeut
- mw. drs. R. Chandali, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Directie Coördinatie Integratiebeleid Minderheden
- Dr. M.A. Bruijnzeels, NWO/ZON
- Mw. M. Drewes, NIGZ

- Drs. R. van Dijk, Project Allegro
- A. van Egmond, gemeente Den Haag, dienst onderwijs, cultuur en welzijn, bureau Public Health
- Mw. dr. Ph. Essed, TECENA
- Mr. dr. H.K. Fernandes Mendes, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Directie Coördinatie Integratiebeleid Minderheden
- Mw. F. de Graaff, zelfstandig consulent intercultureel management
- Mw. dr. M.J.C. Hellema, gynaecoloog
- Mw. G. van Heteren, arts
- Mw. dr. M. Hoogsteder, Nederlands Centrum Buitenlanders
- Mw. drs. C.M. Jessurun, psychotherapeut RIAGG
- Mw. G. Kleiverda, gynaecoloog
- Drs. R.F. May, Parnassia
- Mw. drs. P.M.F. van Mechelen, Forum
- Drs. H. Mertens, NIZW
- Dr. H.G.J. Nijhuis gemeente Den Haag, dienst onderwijs, cultuur en welzijn, bureau Public Health
- Mw. Z.M. Sieval, psychiater RIAGG
- Mw. L. Singels, NIGZ
- Mw. drs. N. Sönmez, Nederlands Centrum Buitenlanders
- Prof. dr. J. Veenman en mw. drs. S. Denktas, ISEO
- Dr. E. van der Veen, ZON
- J.J. Veerkamp, Zorgverzekeraars Nederland
- A.C.F. Voogt, psychiater, BAVO/RNO
- Mw. drs W.C. Voogt, Inspecteur voor de Gezondheidszorg aan minderheden

**Het concept-advies is in de volgende geledingen besproken en becommentarieerd:**

- Overlegorgaan Gezondheidszorg en Multiculturele Samenleving
- Platform Multiculturele Verslavingszorg
- GGZ-Nederland

Door onderzoekers van het Trimbos-instituut is in opdracht van de RVZ een literatuurstudie verricht. Deze studie is opgenomen in de achtergrondstudie Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg. Betrokken onderzoekers van het Trimbos-instituut:

Mw. drs. L. A. Polikar  
 Mw. drs. K. Hosper  
 Mw. dr. C.H.M. Smits  
 Dr. H.J. Wennink

## Bijlage 4

### Verkenning en afbakening van begrippen

Het centrale begrip in dit advies, 'interculturalisatie', behoeft enige verheldering. Interculturalisatie is momenteel een veelgebruikte beleidsterm in nauwe samenhang met de term 'integratie'. In het algemeen wordt met *integratie* de volwaardige deelname van migranten in (de instituties van) de samenleving bedoeld, terwijl bij *interculturalisatie* het accent ligt op de erkenning van culturele verschillen en van eigen identiteit. Alvorens vast te stellen in welke betekenis de RVZ deze begrippen hanteert, zullen ze eerst nader worden geanalyseerd.

#### **Integratie**

Integratie zegt iets over de manier waarop migranten ontvangen worden in de nieuwe samenleving. Daarnaast zegt integratie iets over de wijze waarop migranten zelf een plaats trachten te verwerven in de ontvangende samenleving. De betekenis van integratie is echter niet eenduidig. Met integratie kan bijvoorbeeld bedoeld worden:

- een assimilatieproces;
- wederzijdse aanpassing en acceptatie;
- een eerlijke verdeling van maatschappelijke kansen;
- volwaardige participatie in de samenleving (Hortulanus, Kunst & Reinsch, 1995).

De eisen die aan migranten gesteld mogen en moeten worden, zo blijkt uit deze opsomming, zijn heel verschillend. Sommigen vinden dat migranten zich volledig moeten aanpassen aan de gewoonten van het ontvangende land. Anderen vinden dat dit niet mogelijk is, omdat er geen vaststaande gewoonten zijn. Weer anderen vinden dat iedereen het recht heeft zijn leven naar eigen inzichten te leiden. De betekenis van integratie en de strategie die daarbij aansluit hangt af van het antwoord op de vraag hoe veel aanpassing nodig is voor een efficiënte integratie.

Niet alleen is er geen eenduidige betekenis aan integratie te geven, er is ook geen eenduidige strategie voor integratie aan te geven. Voor de een is integratie een doel dat te bereiken is via de weg van assimilatie, waarbij eenzijdig, namelijk van de

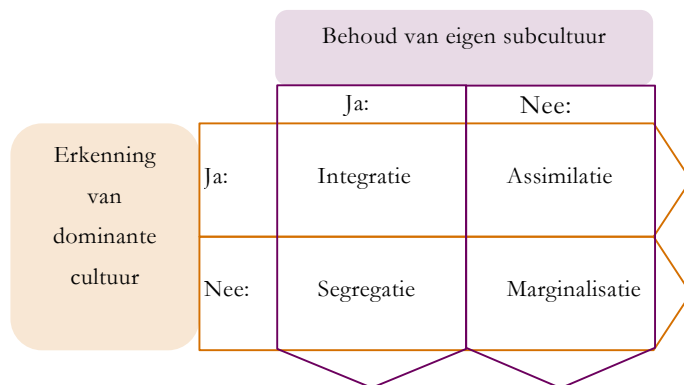
zijde van de migrant, aanpassing aan de ontvangende samenleving wordt gevraagd. Voor de ander is integratie een doel waarbij een proces van wederzijdse aanpassing het middel is om het doel te bereiken. In dat proces van aanpassing worden zowel eisen aan de migrant als ook aan de kant van de ontvangende samenleving gesteld.

Naast deze normatieve invulling van het begrip integratie, waarbij een bepaald type multiculturele samenleving voor ogen staat, kan dit begrip ook in empirische zin worden geanalyseerd. In dat opzicht blijkt een aantal factoren bepalend voor de houding die de ontvangende samenleving aanneemt ten opzichte van migranten.

- De *omvang* en de *zichtbaarheid* van de groep nieuwkomers. De receptie en daarmee het lot van vluchtelingen is sterk afhankelijk van een precaire balans van speciale omstandigheden, politieke verhoudingen, economische belangen en humanitaire motieven.
- De *economische functionaliteit*. Hoe sterker de nieuwkomers voorzien in een maatschappelijke behoefte van de ontvangende samenleving, hoe gunstiger hun bejegening.
- De *conjunctuurgevoeligheid*. Bij een vrij plotselinge, sterke verslechtering van de economische ontwikkeling en in het bijzonder van de arbeidsmarkt kan een, aanvankelijk positieve, of op zijn minst neutrale houding gemakkelijk omslaan in een negatieve (Lucassen&Penninx, 1994). Andersom geldt dat een sterke economische groei kan leiden tot een grotere gastvrijheid en tolerantie ten aanzien van economische immigranten, een situatie die momenteel in Nederland en ook voor de Nederlandse gezondheidszorg weer lijkt te zijn aangebroken. Welke houding ook voortvloeit uit de economische situatie, ze beïnvloedt de integratie.

De verschillende posities die migranten kunnen aannemen ten opzichte van de ontvangende samenleving kunnen verduidelijkt worden aan de hand van volgende figuur.

**Figuur B4-1 Reacties van subculturen op de dominante cultuur**



Bron: Schuyt, 1997

Beide begrippen, integratie en assimilatie, stemmen overeen in de erkenning van de dominante cultuur, maar zij verschillen in de mate waarin de migrant zich daaraan conformeert. Bij integratie zal in meerdere of mindere mate worden vastgehouden aan de leefwijze die overeenstemt met de etnisch-culturele herkomst. Bij assimilatie is de migrant gericht op volledige aanpassing aan de cultuur van de ontvangende samenleving en is op den duur niet meer te herkennen als migrant.

In dit advies van de RVZ wordt *integratie* opgevat als het streven naar volwaardige participatie van migranten in de samenleving en daarmee ook in de gezondheidszorg. Voor de gezondheidszorg is het doel van integratie dat allochtone en autochtone burgers gelijke toegang tot de gezondheidszorg hebben en adequate hulp ontvangen. Om dit doel te bereiken worden inspanningen en aanpassingen van zowel migranten als van de samenleving verwacht. Integratie kan beschouwd worden als een overkoepelende term, waarbij interculturalisatie het proces naar dit doel betreft.

**Interculturalisatie**

*Interculturalisatie* kan opgevat worden als het proces om tot een cultuurgevoelige organisatie van (onderdelen van) deze samenleving te komen. Een interculturele organisatie is in staat in te spelen op verschillende cultuurbepaalde verwachtingspatronen die bestaan in de relevante ‘omgeving’

van de organisatie. Op gezette tijden wordt daarbij nagegaan of de organisatie veranderende cultuurbepaalde omstandigheden nog op een adequate manier tegemoet treedt en tegemoet kan blijven treden.

In de Verenigde Staten spreekt men tegenwoordig in dit verband van *diversity management* en waar het gaat over de middelen om dat te bereiken van *diversity management tools*. Ook in Nederland wordt steeds meer gesproken van diversiteitsbeleid. Met diversiteitsbeleid wordt dan bedoeld een integratiebeleid, waarin de verscheidenheid in identiteit van burgers wordt erkend en ruimte krijgt. Identiteit heeft dan niet alleen betrekking op culturele verschillen, maar ook op bijvoorbeeld religieuze en seksespecifieke verschillen.

In het spraakgebruik wordt vaak de term multicultureel gebruikt, maar deze term kan misverstanden opwekken. De feitelijke en de normatieve betekenis van de term worden vaak door elkaar heen gebruikt.

Een strikt feitelijke betekenis van multicultureel is de vaststelling dat er steeds meer mensen van verschillende etnisch-culturele origine in Nederland wonen. Een combinatie van een feitelijke en een normatieve betekenis van dit begrip komt naar voren in de uitspraak: 'veel migranten zijn onvoldoende geïntegreerd, waardoor de samenleving nog multicultureel is'. Deze uitspraak geeft de feitelijke stand van zaken weer, waarbij onder integratie assimilatie wordt verstaan en multicultureel staat voor een type samenleving waarin verschillende culturen naast elkaar bestaan: een cultureel verzuilde samenleving.

Tevens is deze uitspraak normatief van aard omdat ze een negatief oordeel bevat over dit type samenleving. De uitspraak: 'we moeten toe naar een multiculturele samenleving' heeft een geheel normatieve lading en sluit een positief waardeoordeel in: een multiculturele samenleving is nastrevenswaardig, omdat daarin culturele verscheidenheid geaccepteerd en erkend wordt. Zo blijkt dat de term multicultureel - evenals overigens het geval is met de term integratie - meerduidelijk is en verschillend gewaardeerd kan worden. Om misverstanden te voorkomen en de dynamiek van het proces weer te geven, wordt in dit advies de voorkeur gegeven aan de term 'intercultureel'. Deze term heeft de normatieve betekenis van streven naar een samenleving waarin culturele verscheidenheid erkend wordt en vorm krijgt.

### **Modellen van integratie en interculturalisatie**

Aan de hand van de verschillende scenario's die Etzioni (1996) heeft ontwikkeld kan een aantal modellen voor integratie en interculturalisatie (multiculturalisatie) worden beschreven.

Het eerste model is het *melting pot*-model. De naam van dit model impliceert dat er een proces van wederzijdse aanpassing en acceptatie plaatsvindt. Men kan dit model als assimilationistisch bestempelen. Migranten zullen in deze samenleving een klein beetje van hun eigen identiteit kunnen overdragen aan de samenleving in zijn geheel, maar moeten zich voor het grootste deel aanpassen aan de nieuwe norm. Voor een meer cultuurverschilvriendelijke variant is de term *salad bowl*-model in gebruik. Deze term geeft aan, dat bij vermenging ook verschillen waarneembaar blijven.

Een tweede model is het *rainbow*-model. Integratie en multiculturalisatie volgens dit model komen neer op een nieuwe verzuiling. Groepen zijn sterk georganiseerd en regelen op eliteniveau het bestuur van het land en van de organisatie van de samenleving. Er is slechts geringe interactie tussen de verschillende groepen. Voor migranten die zich niet thuis voelen in een van de groepen is geen plaats. Er is geen ruimte voor diversiteit op individueel niveau. Dit scenario zou voor de gezondheidszorg betekenen dat er aparte zorginstellingen ontstaan voor migranten geënt op religieuze of etnisch-culturele achtergrond. In de onderwijssector is met de oprichting van 'eigen' scholen een dergelijke ontwikkeling in toenemende mate waar te nemen. Ook in de gezondheidszorg zijn ontwikkelingen gaande waarbij migranten gebruik maken van een 'eigen' zorgaanbod. Migranten raadplegen soms eerst of tegelijkertijd traditionele genezers. Bovendien ontstaat er soms binnen het reguliere zorgaanbod een netwerk van allochtone zorgverleners die alleen naar elkaar doorverwijzen.

Een derde model is het *mosaic*-model. In dit model is wel ruimte voor pluriformiteit zowel op collectief als op individueel niveau. Er is interactie tussen individuen en groepen en individuen bepalen zelf of en in welke mate ze integreren. Aanhangers van dit model kampen wel met de vraag hoe zij intolerantie jegens andersdenkenden moeten bestrijden, en zelfs of zij deze wel mógen bestrijden. De gezondheidszorg zal zich in dit scenario niet richten op de verschillende groepen waar de samenleving uit bestaat. Per (allochtone) patiënt zal nagegaan moeten worden welke

'bijzondere' achtergronden mogelijk een rol spelen. Deze benaderingswijze is voor allochtone patiënten niet anders dan voor alle patiënten. Diversiteit geldt in dit scenario vooral op individueel niveau.

### **Integratie en interculturalisatie in het overheidsbeleid**

In zijn reactie op de adviezen *Integratie in perspectief* en *Retoriek en realiteit van het integratiebeleid* van respectievelijk de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) en de Raad voor het Openbaar Bestuur (ROB) gaat het kabinet ervan uit dat: "bij het concept 'multiculturele samenleving' culturen in principe gelijkwaardig zijn." Waaraan direct wordt toegevoegd dat 'die diversiteit natuurlijk zijn grenzen[kent]' (kabinetsreactie op het RMO- en het ROB-advies over integratiebeleid, TK 1998-1999, 26 333-6).

Culturele gelijkwaardigheid is aan bepaalde grenzen gebonden, stelt het kabinet. Grenzen die bepaald worden door de democratische rechtsorde en de in de grondwet verankerde grondrechten. Het kabinet verwijst hierbij naar de nota integratiebeleid 1999-2002 *Kansen krijgen, kansen pakken*. Daarin wordt gesteld: "Vanuit welk waardesysteem burgers hun burgerschap vorm en inhoud geven, is hun eigen zaak, evenzeer als zij de plicht hebben hun waarden te toetsen aan de geldende normstelling. Bij alle dynamiek die onze samenleving eigen is, zullen de democratische rechtsorde en de in de grondwet verankerde grondrechten van de normen de ruggengraat vormen" (TK, 1998-1999, 26 333, nr. 2).

Voor zijn visie op het begrip multiculturele samenleving sluit het kabinet aan bij het onderscheid die de ROB in zijn advies heeft gemaakt. De ROB onderscheidt vijf gradaties van institutionalisering van multiculturaliteit:

1. multiculturaliteit blijft strikt beperkt tot de privé-sfeer;
2. organisaties van minderheden manifesteren zich actief, doch vooral binnen en ten behoeve van de betrokken groep zelf;
3. publieke erkenning van en de steun aan eigen organisaties van minderheden die ook een externe werking hebben en die zich op het publieke domein begeven, bijvoorbeeld: islamitische scholen en eigen woningbouwcorporaties;
4. multiculturaliteit leidt tot differentiatie in maatschappelijke arrangementen met juridische consequenties;
5. zelfbestuur van minderheidsgroepen.



De eerste twee vormen van multiculturaliteit zijn in Nederland volgens de ROB onomstreden en de laatste is niet aan de orde. De debatten over multiculturaliteit spelen zich af rond de derde en vierde gradatie van multiculturaliteit. Het begrip multiculturaliteit kan dus veel 'gedaanten' aannemen. Het kabinet juicht een discussie over dit begrip toe, maar kan en wil zelf niet met een precieze omschrijving komen, vanwege de maatschappelijke dynamiek van het begrip.

Het kabinet onderschrijft wel het pleidooi van de ROB voor 'sensibilisering van culturele verschillen binnen algemene instellingen' en verbindt daaraan de conclusie dat 'het voor de effectiviteit van het functioneren van instellingen van vitaal belang is dat zij er rekening mee houden dat er verschillende minderheidsgroepen zijn in dit land, met verschillende waarden en normen'. Voorts meent het kabinet dat categoriale voorzieningen niet uitgesloten zijn, dat een specifieke benadering nodig kan zijn om processen van marginalisering om te buigen en deze doelgroepen kansen op volwaardige deelname aan de samenleving te bieden.

Participatie van minderheden in besturen moet bevorderd worden, vindt het kabinet met de RMO. Uit het in 1998 uitgekomen onderzoek naar participatie van etnische minderheden in besturen op het gebied van volksgezondheid, welzijn, cultuur en sport blijkt dat de participatie onverminderd laag blijft. Oorzaak zou zijn dat werving van bestuurders vaak in eigen netwerken plaatsvindt, netwerken waaraan minderheden nauwelijks deelnemen.

Het integratiebeleid van etnische minderheden moet zich op het lokale niveau richten vindt het kabinet met de RMO en de ROB: 'juist op het lokale niveau komt de diversiteit in alle toonaarden tot uitdrukking'. De gemeenten zouden vooraf meetbare en realistische doelstellingen moeten formuleren. Het kabinet merkt overigens op dat deze aanbevelingen al een duidelijke concretisering hebben gevonden in de zogenaamde G4/G21 doorstartconvenanten.

Er kleven bezwaren aan het eerder ingevoerde algemene achterstandsbeleid, meent het kabinet. De indruk bestaat dat de aandacht voor specifieke groepen dreigt te verdwijnen bij gebrek aan een monitoringsysteem, dat inzicht geeft in de voortgangresultaten van specifieke doelgroepen. Gebrek aan deze gegevens en het stopzetten van ondersteuning van plaatselijke zelforganisaties van etnische minderheden en/of

het niet meer communiceren met deze groepen over beleidsontwikkeling belemmeren een goed achterstandsbeleid. (Rotterdam is een uitzondering hierop en volgt resultaten van integratiebeleid door middel van een specifieke minderhedenmonitor.)

Het kabinet onderschrijft het pleidooi van de RMO om de eigen organisaties van etnische minderheden een grotere rol te laten vervullen in het integratieproces van deze groeperingen. Kernbegrip in dit beleid is 'burgerschap'. Integratie van etnische minderheden moet leiden tot volwaardig burgerschap van de leden van deze groeperingen. Dit betekent niet alleen de realisatie voor leden van etnische minderheden van sociaal-economische en politiek-juridische gelijkheid, maar ook dat zij actief kunnen mede vormgeven aan de samenleving' (TK, 1998-1999, 26 333, nr. 6).

Uit de kabinetsopstelling valt af te leiden dat het motto 'algemeen waar mogelijk, specifiek waar nodig' nog steeds geldt in het overheidsbeleid, zij het met een accentverandering. Tien jaar geleden was het streven om in het algemeen beleid zo min mogelijk onderscheid te laten doorklinken, een zoveel mogelijk kleurenblind integratiebeleid. Nu wordt een beleid voorgesteld dat diversiteit tot uitgangspunt heeft en te typeren is als een kleurrijk en lokaal georganiseerd integratiebeleid. Algemene instellingen zullen zich moeten afstemmen op culturele verscheidenheid en voor bepaalde doelgroepen zullen 'eigen organisaties' tijdelijk nodig zijn om (hetzelfde) einddoel van integratie te bereiken.

## Bijlage 5

### Verkenning van de doelgroepen

#### 1 Inleiding

Niet-Nederlanders, allochtonen, niet-westerse allochtonen, doelgroepen, etnische minderheden, er zijn enorm veel termen in gebruik die vaak net iets anders betekenen. Dat levert af en toe onduidelijkheden bij de doelgroepenbepaling. Zijn van de Antillen of Suriname afkomstige Nederlanders bijvoorbeeld allochtoon? En hoe zit het met derde generatie Turken en Marokkanen? Wie behoren er eigenlijk tot de doelgroepen van het integratiebeleid?

Enkele begrippen passeren in paragraaf 2 de revue. In paragraaf 3 worden de huidige en de verwachte aantallen en ontwikkelingen gepresenteerd. Deze bijlage sluit af met paragraaf 4 waarin nog enkele kenmerken van de doelgroepen aan bod komen. In deze bijlage is voornamelijk gebruik gemaakt van gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

#### 2 Diverse begrippen bij doelgroepbepaling

De term allochtoon betekent letterlijk van elders afkomstig. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) beschikt over een groot aantal gegevens over allochtonen. Sinds augustus 1999 gebruikt het CBS een nieuwe standaarddefinitie voor allochtonen. Voorheen werden diverse identificatiewijzen door elkaar gebruikt. Enkele identificatiewijzen zijn:

- niet-Nederlanders (land van nationaliteit van een persoon):
- combinatiecriterium op basis van het geboorteland en het land van nationaliteit van een persoon:
- allochtonen volgens de beperkte definitie (voor de zomer van 1999):

*personen die zelf in het buitenland zijn geboren en tenminste één ouder hebben die in het buitenland geboren is (eerste generatie) en personen die zelf in Nederland zijn geboren en waarvan beide ouders in het buitenland geboren zijn (tweede generatie);*

- allochtonen volgens de ruime definitie (voor de zomer van 1999):  
*personen die zelf in het buitenland zijn geboren (eerste generatie) en personen die zelf in Nederland zijn geboren en tenminste één ouder hebben die in het buitenland geboren is (tweede generatie).*
- allochtonen “nieuwe definitie” (sinds de zomer van 1999):  
*personen die zelf in het buitenland zijn geboren en van wie tenminste één ouder eveneens in het buitenland is geboren (eerste generatie) en personen die zelf in Nederland zijn geboren en tenminste één ouder hebben die in het buitenland geboren is (tweede generatie) bezitten.*

Hoewel er goede redenen kunnen zijn om voor diverse doeleinden verschillende definities te gebruiken, is de moeilijke vergelijkbaarheid van allochtonencijfers een nadeel. Volgens de ruime definitie waren er in Nederland per 1 januari 1999 bijna 1 miljoen méér allochtonen dan volgens de beperkte definitie.

In een toelichting bij de laatste definitie staat dat het CBS in de zomer van 1999 een nieuwe standaarddefinitie en standaardindeling van allochtonen in gebruik heeft genomen. Deze nieuwe definitie luidt kort gezegd: “Een allochtoon is een persoon van wie tenminste één ouder in het buitenland is geboren” (CBS 1999).

Uit het voorgaande blijkt dat CBS soms ook onderscheid maakt tussen eerste generatie allochtonen (personen die in het buitenland geboren zijn met minstens één in het buitenland geboren ouder) en tweede generatie allochtonen (personen die in Nederland geboren zijn met minstens één in het buitenland geboren ouder).

Een ander onderscheid is dat tussen westerse allochtonen en niet-westerse allochtonen. Niet-westerse allochtonen of hun ouders zijn geboren in Turkije, Afrika, Latijns-Amerika of Azië met uitzondering van Japan of Indonesië. Westerse allochtonen of hun ouders zijn geboren in Europa (met uitzondering van Turkije), Noord-Amerika, Oceanië, Japan of Indonesië. De reden voor dit onderscheid is ingegeven door de verschillen in sociaal-economische en –culturele positie tussen westerse en niet-westerse allochtonen (CBS, 1999). Autochtonen zijn personen die in Nederland zijn geboren en van wie beide ouders in Nederland zijn geboren. Hiermee

vallen de zogeheten derde generatie allochtonen buiten het bereik van het CBS.

De eerste identificatiewijze (niet-Nederlanders) is (beleidsmatig) eigenlijk de minst zeggende. Om dubbelstellingen te voorkomen wordt aan personen namelijk maar één nationaliteit toegekend. Hierbij wordt de volgende volgorde aangehouden: Nederlandse nationaliteit, West-Europese nationaliteit, andere Europese nationaliteit, niet-Europese nationaliteit. Dit betekent dat mensen die bijvoorbeeld de Nederlandse én de Marokkaanse nationaliteit hebben, in de statistiek als Nederlander zijn geteld en niet als Marokkaan. Veel recentelijk genaturaliseerden zijn daardoor niet meer terug te vinden in statistieken die de derde identificatiewijze hanteren. Bovendien worden kinderen, die geboren zijn in Nederland maar één of twee ouders hebben die in het buitenland geboren zijn, wel tot de allochtonen gerekend en niet tot de niet-Nederlanders.

**Tabel B5-2.1 Allochtonen en autochtonen, 1990-2000 (op 1 januari, \* 1.000 personen)**

	1990	2000	groei	%-groei
niet-westerse allochtonen	831	1.403	572	+68,8%
westerse allochtonen	1.204	1.365	161	+13,4%
autochtonen	12.858	13.094	236	+1,8%
totale bevolking	14.893	15.862	969	+6,5%

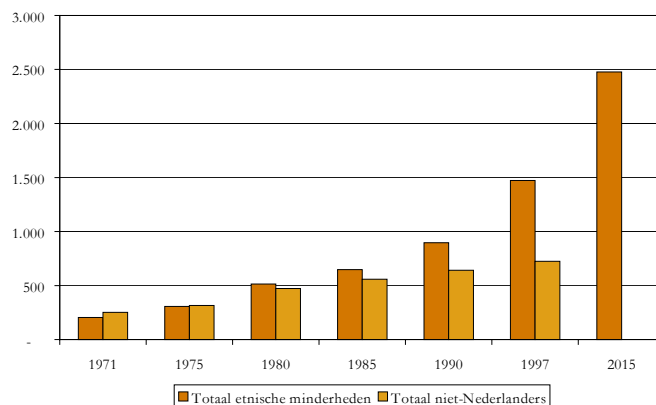
Bron: CBS, 1999

In getallen ziet dat verschil er als volgt uit. In tabel B5-2.1 staat dat het aantal allochtonen (westers en niet-westers) op 1 januari 2000 in totaal 2,8 miljoen bedroeg. Op 1 september 1999 woonden in Nederland daarentegen maar 655 duizend mensen die niet (tevens) over de Nederlandse nationaliteit beschikten. In 1994 was het aantal niet-Nederlanders met 780.000 op zijn hoogst. Daarna is dit aantal gaan dalen, terwijl het aantal allochtonen blijft toenemen. De daling van het aantal niet-Nederlanders is het gevolg van het sterk toegenomen aantal wijzigingen van nationaliteit. Tussen 1992

en 1997 konden hier woonachtige Nederlanders de Nederlandse nationaliteit krijgen zonder de oorspronkelijke nationaliteit op te geven. Dit heeft geleid tot een forse toename van het aantal naturalisaties. Vanaf oktober 1997 is het beleid weer zo, dat iemand die Nederlander wordt afstand doet van de oorspronkelijke nationaliteit (tenzij dat volgens de wetgeving in het oorspronkelijke land verboden is).

Een andere veelgebruikte term naast allochtonen is *etnische minderheden*. Onder etnische minderheden verstaat men eveneens groepen van buitenlandse herkomst, maar dan alleen die groepen die naar veronderstelling in een situatie van sociale achterstand verkeren en die in verband daarmee *doelgroepen van het minderhedenbeleid* zijn. Het gaat daarbij in de praktijk om Turken, Marokkanen, Zuid-Europeanen, Surinamers, Antillianen (Nederlandse Antillen en Aruba), Molukkers, uitgenodigde vluchtelingen en asielgerechtigden uit een groot aantal landen uit de derde wereld en Oost-Europa (SCP, 1999).

**Figuur B5-2.1 Ontwikkeling totaal aantal etnische minderheden en aantal niet-Nederlanders, 1971-2015 (\* 1.000)**

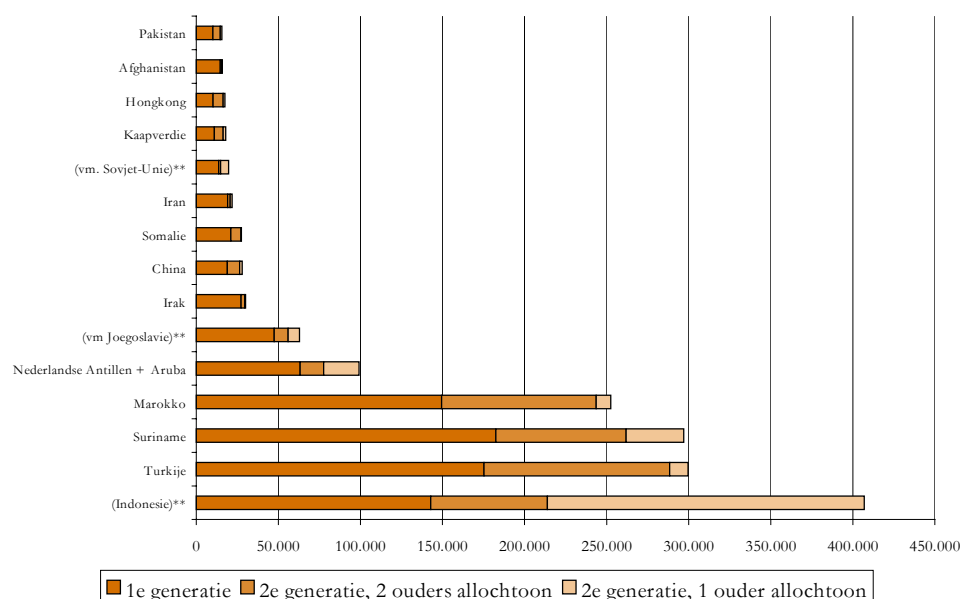


Bron: SCP, Sociaal Cultureel Rapport, 1998

### 3 Huidige aantallen allochtonen en verwachte ontwikkeling

De doelgroepen van dit advies zijn in principe alle etnische minderheidsgroepen van niet-westerse origine. Redenen waarom migranten naar Nederland komen zijn zeer divers en veranderen in de loop van de tijd. Het advies richt zich op die migranten, die zich ongeacht hun migratiemotief hier voor langere tijd of definitief hebben gevestigd. In figuur B5-3.1 zijn de aantallen niet-westerse allochtonen van de eerste en tweede generatie per 1 januari 1999 grafisch weergegeven. De cijfermatige gegevens zijn te vinden in tabel 1.1 in de adviestekst.

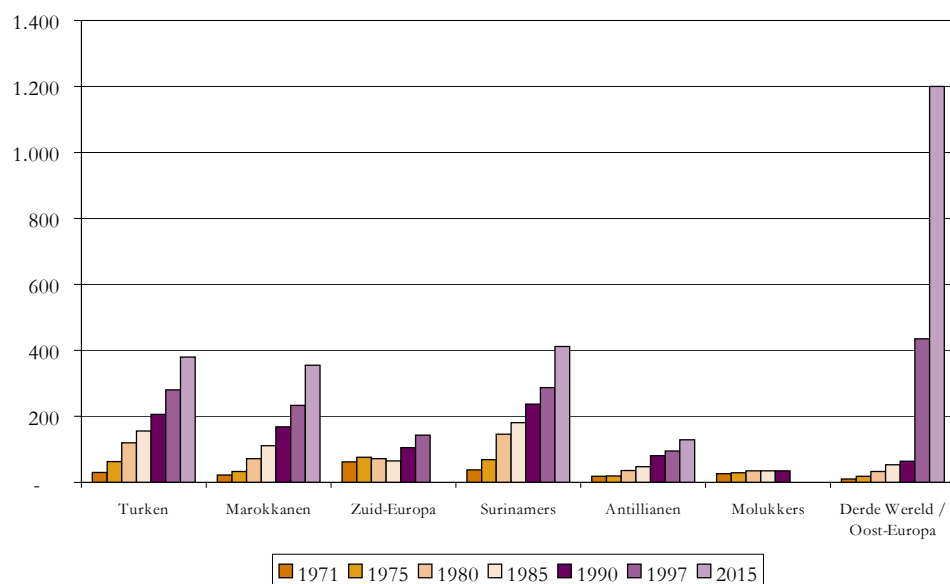
**Figuur B5-3.1 Aantallen allochtonen in Nederland, 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> generatie\*, per 1 januari 1999**



\* Volgens de nieuwe standaarddefinitie van het CBS.  
 \*\* Enkele groepen waarvan niet altijd duidelijk is of ze onder westerse of niet-westerse allochtonen vallen staan tussen haakjes.

Bron: CBS, Maandstatistiek Bevolking, december 1999

**Figuur B5-3.2 Ontwikkeling aantal leden etnische minderheden (1971-2015, \* 1.000 personen)**



Bron: SCP, Sociaal Cultureel Rapport, 1998

Verschillende groepen allochtonen worden tot de doelgroepen gerekend. Allereerst zijn er natuurlijk ‘de grote vier’: Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen/Arubanen. In totaal gaat het daarbij om bijna 950.000 mensen (per 1 januari 1999).

De Molukkers en Zuid-Europeanen worden voor de toekomst niet meer als minderheden gezien. De vier grote groepen van nu blijven de komende 20 jaar doorgroeien (volgens deze cijfers van het SCP: van 0,9 miljoen in 1997 naar 1,3 miljoen in 2015). De grootste groei komt naar verwachting echter van landen uit de Derde Wereld en Oost-Europa (een verdrievoudiging: van 0,4 naar 1,2 miljoen).

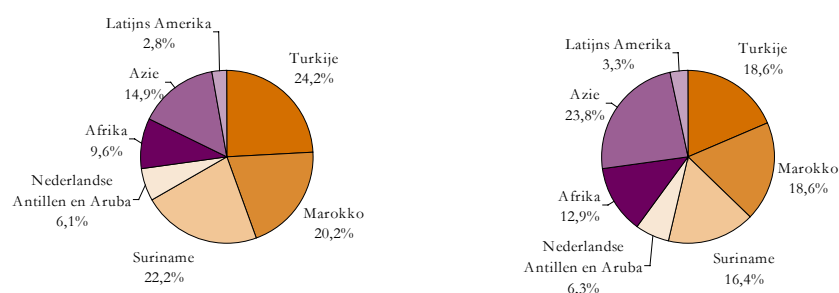
Deze cijfers komen overeen met de gegevens die gepresenteerd zijn in de tweede Allochtonenprognose 1998 (CBS 1999). Daarin is op basis van een aantal veronderstellingen over geboorte, sterfte, migratie en gemengde relatievorming een prognose gemaakt van de allochtone bevolking in Nederland van 1998 tot en met 2015 (let op: hierbij is nog de “oude” beperkte definitie gebruikt). De allochtone bevolking zal in Nederland de komende



decennia blijven groeien. Naar verwachting zijn er in 2015 ongeveer 2,8 miljoen allochtonen van de eerste en tweede generatie in Nederland, waarvan een kwart afkomstig is uit westerse landen, ruim een kwart uit Afrika of Azië en minder dan de helft uit de huidige vier grootste doelgroepen. Zoals blijkt uit figuur B5-3.3 verandert de samenstelling van de etnische minderheden naar herkomst in de loop van de tijd sterk.

**Figuur B5-3.3 Aantal niet-westerse allochtonen, waarneming 1998 en prognose 2015**

Verdeling van de 1,2 miljoen niet-westerse allochtonen naar land, 1998 Verdeling van de 2,0 miljoen niet-westerse allochtonen naar land, 2015



Bron: CBS, Maandstatistiek bevolking, april 1999

Het aantal niet-westerse allochtonen zal door aanhoudende immigratie en door geboorte toenemen van bijna 1,2 miljoen in 1998 tot 2,0 miljoen in 2015. Turken, Marokkanen en Surinamers zullen in omvang blijven toenemen en vormen, ook over vijftien jaar, de grootste groepen. Het aantal Aziaten zal echter sterker groeien. Het aantal westerse allochtonen stijgt licht, van 660 duizend in 1998 tot 770 duizend in 2015.

#### 4 Enkele kenmerken

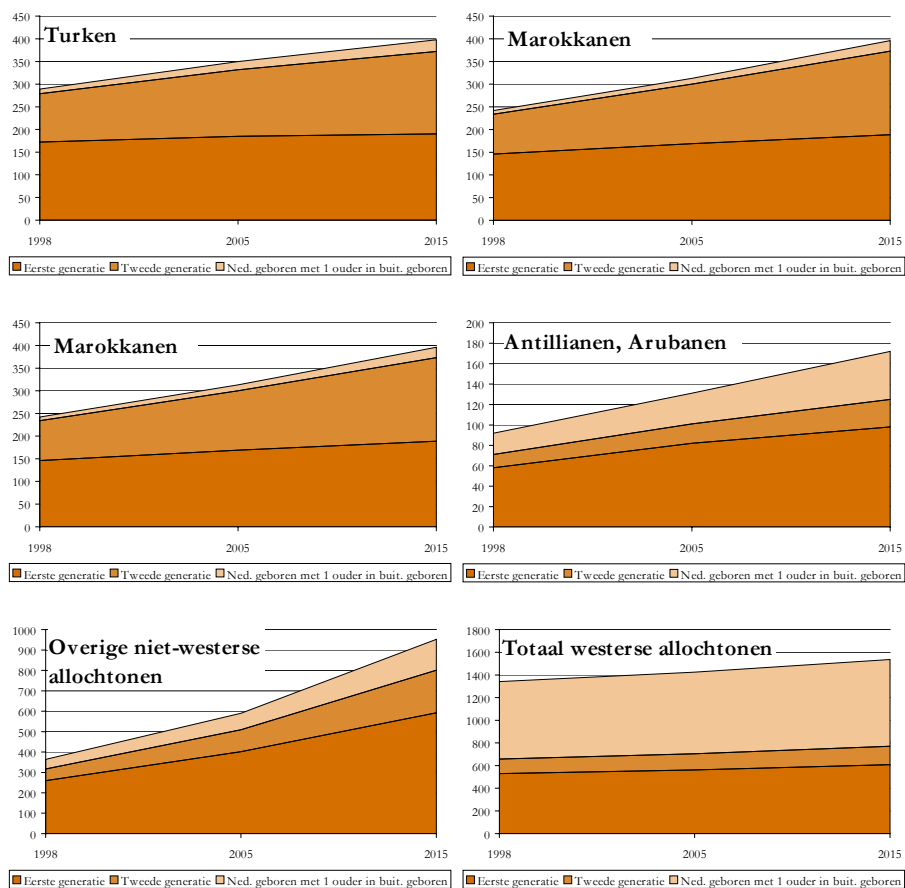
##### *Generatie*

De eerste generatie allochtonen bestaat, zo blijkt uit paragraaf 2, uit de in het buitenland geboren personen met minstens één in het buitenland geboren ouder. De tweede generatie betreft de in Nederland geboren personen, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen personen met twee in het buitenland geboren

ouders en personen met één in het buitenland geboren ouder en één in Nederland geboren ouder.

Migratie bepaalt grotendeels de omvang van de eerste generatie allochtonen. Indirect heeft migratie natuurlijk ook invloed op de tweede generatie, omdat deze generatie geboren wordt uit vrouwen van de eerste generatie. Bij de vier grote groepen in ons land is het aantal personen van de tweede generatie al beduidend te noemen, terwijl bij de andere niet-westerse herkomstlanden de tweede generatie nog nauwelijks aanwezig is. Bij de westerse landen daarentegen is de tweede generatie juist erg groot. Zoals blijkt uit figuur B5-4.1 zijn er, zowel in het heden als voor de toekomst, opvallende verschillen tussen de onderscheiden groeperingen.

**Figuur B5-4.1 Ontwikkeling van de eerste en tweede generatie allochtonen, 1998-2015**



Bron: CBS, Maandstatistiek Bevolking, april 1999

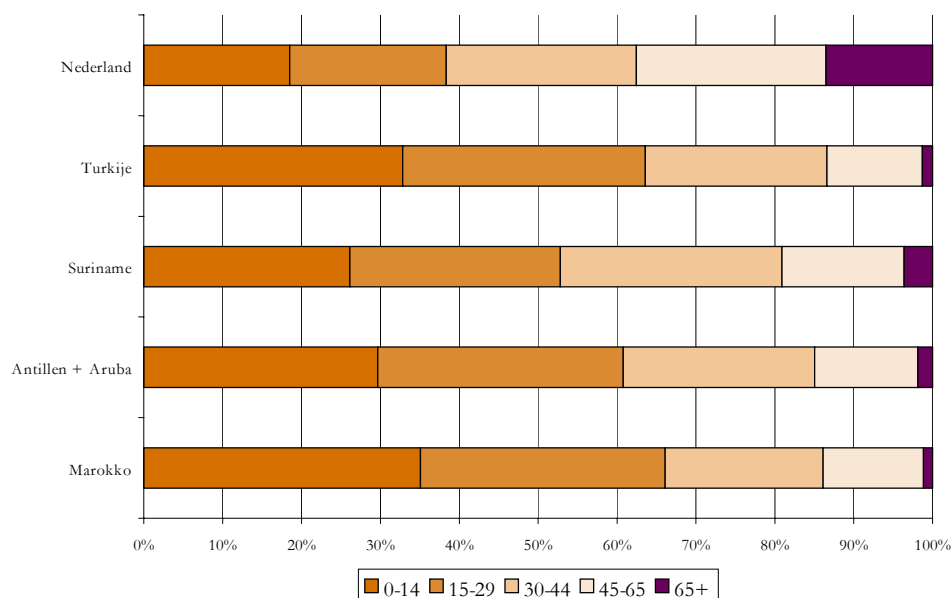
Turken, Marokkanen en Surinamers vormen momenteel de grootste groepen niet-westerse allochtonen. Met name door de groei van de tweede generatie zullen deze groepen in de volgende eeuw in omvang toenemen tot ieder ongeveer 400 duizend personen. De groep Antillianen en Arubanen verdubbelt bijna en zal in 2015 uit ruim 170 duizend personen bestaan. De groep Aziaten is de sterkste groeier onder de overige niet-westerse allochtonen. Het aandeel kinderen geboren uit gemengde relaties verschilt aanzienlijk per

geboorteland. Bij Turken en Marokkanen gebeurt dit nauwelijks en is de verwachting dat het zo zal blijven. Antillianen, Arubanen en (in mindere mate) Surinamers laten hier wel een omvang van betekenis zien. Bij de westerse allochtonen maken de kinderen uit gemengde relaties juist het grootste deel uit.

#### *Leeftijd*

Allochtonen zijn gemiddeld jonger dan autochtonen. Over het algemeen komen eerste generatie allochtonen als ze relatief jong zijn, ze krijgen gemiddeld meer kinderen en op oudere leeftijd keert een aantal weer terug naar het geboorteland.

**Figuur B5-4.2 Leeftijdsopbouw van enkele groepen inwoners van Nederland, 1 januari 1999**



Bron: CBS, Maandstatistiek Bevolking, december 1999

Net als de gehele Nederlandse bevolking zal ook de eerste generatie van de allochtone bevolking vergrijzen. De mate waarin verschilt echter aanzienlijk per groep. Het aantal Turkse 65-plussers van de eerste generatie neemt bijvoorbeeld toe van 3 duizend (2%) in 1998 tot 20 duizend (11%) in 2015. Ook Marokko en, in mindere mate, de Nederlandse Antillen

en Aruba en Suriname laten dergelijke stijgingen zien. Andere allochtonengroepen daarentegen vergrijzen in veel mindere mate.

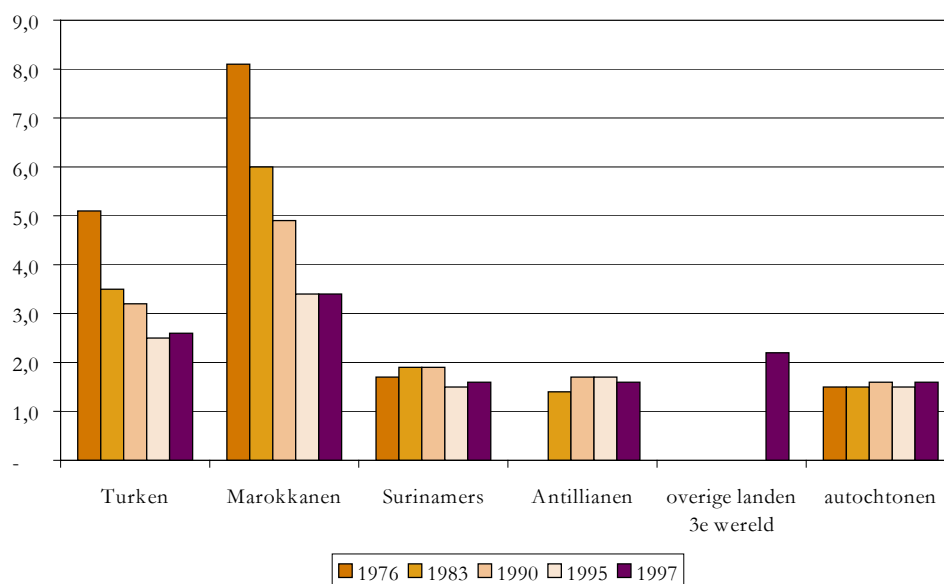
Al met al is de verwachting dat ook in de toekomst de leeftijdsopbouw van allochtonen relatief jong zal zijn. Het aandeel allochtone 65-plussers zal wel stijgen, maar blijft onder het niveau van de autochtone bevolking. Het percentage 65-plussers onder de niet-westerse allochtonen zal toenemen van 3% in 1998 tot 7% in 2015 (vergeleken met een toename van ruim 13% tot bijna 17% voor autochtone 65-plussers).

#### *Fertiliteit*

De omvang en samenstelling van de tweede generatie hangt samen met de omvang en leeftijdsverdeling van de eerste generatie en daarnaast van de vruchtbaarheid van de eerste generatie. Het totaal leeftijdsspecifiek vruchtbaarheidscijfer (Total Fertility Rate, TFR) kan worden opgevat als een maat voor het gemiddeld kindertal per vrouw. Een TFR van 2,1 is het natuurlijke vervangingsniveau. Is de TFR groter dan zal de tweede generatie groter zijn dan de eerste.

Van de vier grootste allochtone bevolkingsgroepen hadden vrouwen die in Marokko zijn geboren in 1997 de hoogste vruchtbaarheid, gevolgd door vrouwen met geboorteland Turkije. Surinaamse en Antilliaanse vrouwen wijken nauwelijks af van autochtone vrouwen wat betreft kindertal. Ten opzichte van begin van de jaren negentig is de TFR van Turkse en Marokkaanse vrouwen afgenomen, in ieder geval tot 1995. Sindsdien is het stabiel of weer licht stijgend. Overigens blijkt dat het vruchtbaarheidscijfers van Turkse vrouwen niet alleen in Nederland, maar ook in Turkije zelf afneemt (OECD 1999).

**Figuur B5-4.3 Vruchtbaarheidcijfer, 1976-1997**



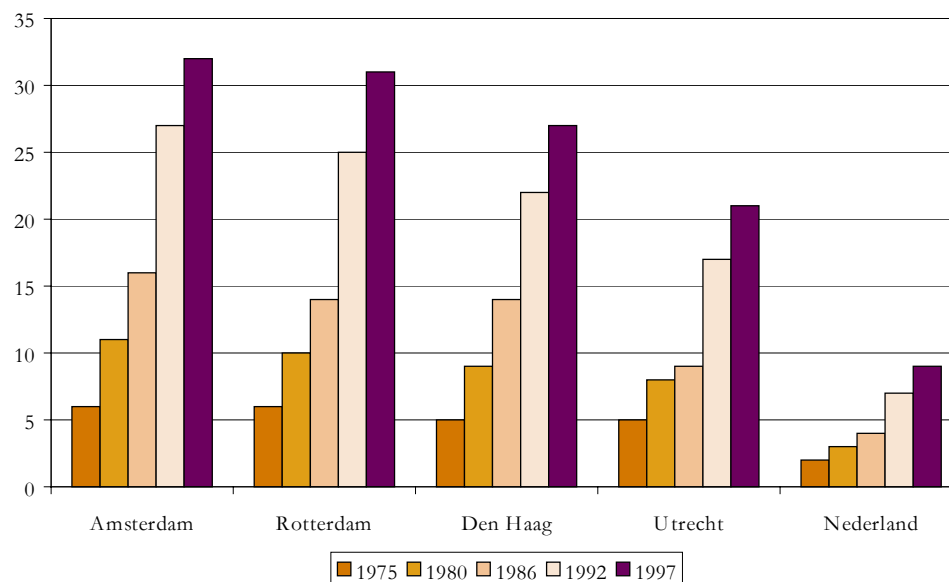
Bron: Sociaal Cultureel Rapport 1998, SCP (1998)

*Woonplaats*

Natuurlijk is de grote concentratie van allochtonen in de grote steden een belangrijk kenmerk. Ruim 40% van de minderhedenbevolking woont in één van de vier grote steden. Van de totale bevolking woont slechts 12,5% in de vier grote steden.

De afgelopen jaren is het percentage minderheden in de grote steden sterk toegenomen. Dit is grafisch weergegeven in figuur B5-4.4.

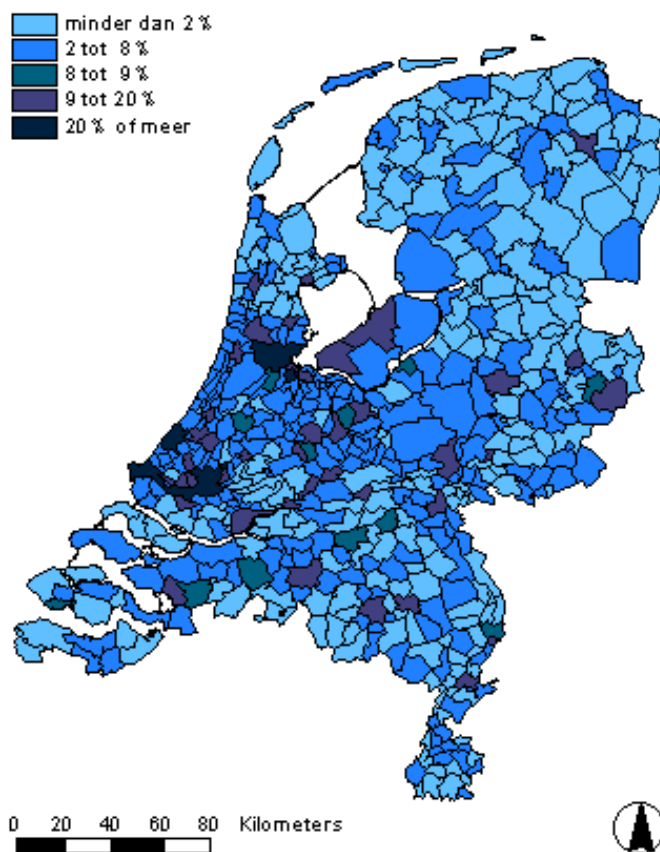
**Figuur B5-4.4** Ontwikkeling percentage minderheden in vier grote steden en in Nederland, 1975-1997



Bron: SCP, Sociaal Cultureel Rapport, 1998

Binnen de grote steden zijn de minderheden weer in bepaalde wijken geconcentreerd. In de Rapportage minderheden 1999 (SCP, 1999) wordt dit beschreven aan de hand van het aandeel niet-westerse allochtonen in viercijferige postcodegebieden in 1998. In Nederland zijn er 3.942 van deze postcodegebieden. Daarvan liggen er 209 in de vier grote steden. Er blijken in totaal 23 postcodegebieden te zijn in Nederland met een allochtone meerderheid, waar dus meer dan 50% van de bevolking allochtoon is. Daarvan liggen er 22 in de vier grote steden. In 73 Nederlandse postcodegebieden komt het aandeel van de niet-westerse allochtonen boven de 30%. Daarvan zijn er 61 in de grote steden. Oftewel, een kleine 30% van de wijken heeft een aandeel allochtonen van meer dan 30% en in ruim 10% van de wijken is dat aandeel zelfs boven de 50%.

Figuur B5-4.5 Percentage niet-westerse allochtonen per gemeente, 1999

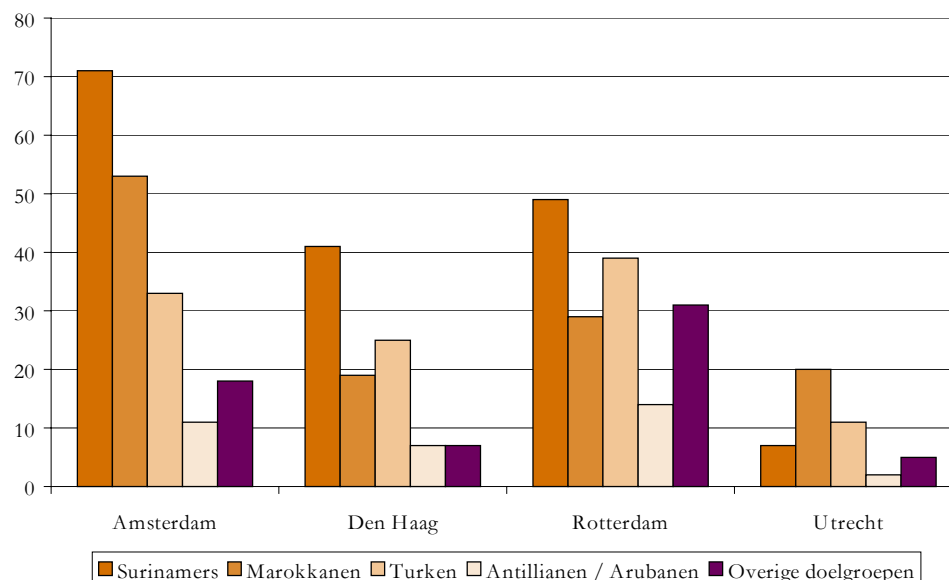


Bron: CBS, Webmagazine, 2000

Surinamers zijn in de steden Amsterdam, Rotterdam en Den Haag de belangrijkste allochtone bevolkingsgroep. In Amsterdam en vooral in Utrecht wonen relatief veel Marokkanen, in Rotterdam en Den Haag juist relatief veel Turken.



**Figuur B5-4.6 Aantal niet-westerse allochtonen in de vier grote steden (1 januari 1999, \* 1.000)**



Bron: CBS, 1999

#### *Arbeidsmarkt*

Autochtonen en westerse allochtonen hebben een betere arbeidsmarktpositie dan niet-westerse allochtonen. Niet voor niets opent Dagevos (1998) zijn slotbeschouwing met de woorden: “het hoge aandeel inactieven bepaalt het beeld van de sociaal-economische positie van allochtonen”. De netto arbeidsparticipatie (die aangeeft welk gedeelte van de bevolking van 15-64 jaar betaald werk heeft van minstens 12 uur per week) bedroeg in 1998 voor autochtonen en westerse allochtonen 60% of meer. Van de allochtonen had slechts 44 procent een baan. Toch nam de arbeidsparticipatie van de niet-westerse allochtonen in de jaren 1994-1998 toe met 7 procentpunten.

De gunstige ontwikkeling van de werkgelegenheid van de afgelopen jaren heeft ook een positief effect gehad op de werkloosheid onder minderheden. De werkloosheid onder niet-westerse allochtonen daalde daardoor flink, met 9 procentpunten tot 16 procent. Omdat tegelijkertijd de werkloosheid onder autochtonen ook sterk gedaald is, bleef

desondanks de werkloosheid onder niet-westerse allochtonen vier maal zo hoog als onder autochtonen.

Het SCP stelt in diverse jaargangen van de Rapportage vast dat de oververtegenwoordiging van Turkse en Marokkaanse mannen in de industrie in de loop van de tijd minder sterk wordt. Er is dus een verschuiving van werkende Turkse en Marokkaanse mannen naar andere sectoren. Dit wordt onder meer veroorzaakt door een generatie-effect, de jongere leeftijdsgroepen gaan relatief vaker aan de slag in de sector reparatie/handel/horeca. De verdeling van Antilliaanse/Arubaanse en Surinaamse mannen over de verschillende sectoren lijkt op die van de autochtone mannen. Surinamers zijn wat vaker werkzaam in de financiële en zakelijke dienstverlening en bij de overheid. Van de allochtone vrouwen werkt over het geheel genomen een veel kleiner deel dan van de mannen. Alleen de Surinaamse vrouwen werken vaker dan de autochtone vrouwen.

## Bijlage 6

### Registratie

#### Identificatie en registratie van etnische herkomst

Sinds enkele decennia voert de overheid een beleid dat er op gericht is de achterstand van minderheden te verkleinen. Voor een goede beleidsvoering inzake de integratie van etnische minderheden is betrouwbare informatie noodzakelijk. Daarmee kunnen ontwikkelingen gevolgd worden en kan men de effectiviteit van het gevoerde beleid beoordelen. In het geval van de vaststelling van etnische herkomst is die betrouwbaarheid niet altijd optimaal waardoor gegevens moeilijk vergelijkbaar zijn. In de meeste registraties op het gebied van gezondheid wordt etnische herkomst in ieder geval (nog steeds) niet eenduidig vastgelegd.

Persoonsregistraties zijn de meest vergaande manier om informatie te verzamelen. Een belangrijk voordeel is de volledigheid van de informatie; het gaat immers om integrale vastleggingen. Dit is met name belangrijk als het gedetailleerde informatie over relatief kleine populaties betreft. Steekproefonderzoek bijvoorbeeld is dan veel minder betrouwbaar. Een nadeel van de registraties vormt de inflexibiliteit van de gegevensbron (het zijn momentopnames en de gegevensset is slechts tegen hoge kosten te wijzigen). Een zwaarwegender bezwaar is dat registratie (van etniciteitsgegevens) in Nederland als zeer gevoelig ervaren wordt vanwege de angst voor misbruik van informatie (zoals in de Tweede Wereldoorlog). Men is daarom zeer terughoudend. *“Slechts indien geen reële alternatieven voorhanden zijn, mag (onder strikte voorwaarden) worden overgegaan tot registratie”* (Den Heeten en Verweij, 1993).

#### *Het nut van registratie*

De verzamelde registratiegegevens kunnen vooral gebruikt worden voor het vaststellen van het relatieve aandeel dat de etnische groeperingen vormen onder de gebruikers van een voorziening, en de ontwikkelingen van dat relatieve aandeel. Voor de vaststelling of een etnische minderheid een *evenredig gebruik* maakt van een voorziening is nog aanvullende informatie nodig, namelijk de etnische samenstelling van de doel

groep van een voorziening. Pas na vergelijking van de samenstelling van de doelgroep met de werkelijke samenstelling van de gebruikers is vast te stellen of er een evenredige deelname is of dat er sprake is van over- of ondergebruik.

Door in gezondheidsregistraties indicatoren van etnische herkomst op te nemen, is het voor een aantal onderwerpen mogelijk om zonder veel extra onderzoek tijdig achterstanden te signaleren. Op langere termijn kan registratie ook een instrument zijn om beleidsmaatregelen te volgen en te evalueren. Doordat de meeste registraties permanent zijn en vaak grote aantallen bevatten, zou het ook mogelijk worden de gezondheid van kleinere migrantengroepen te 'monitoren'. Een cijfermatig voorbeeld: momenteel zijn er 30.000 Irakezen in Nederland. Bij een onderzoek onder 1.000 personen (willekeurig gekozen) zijn er dan gemiddeld maar 2 Irakezen, te weinig om echt iets te zeggen over de groep Irakezen. Zitten er nu 1 miljoen personen in de registratie, dan gaat het over 2.000 Irakezen en dan is de verwachting dat ze meer een afspiegeling vormen van de werkelijkheid. Deze kleinere groepen komen nu in ieder geval onvoldoende aan bod in het weinige onderzoek naar de gezondheidssituatie van migranten. Een kanttekening bij etnische registratie is dat differentiatie en culturele verscheidenheid binnen bepaalde groepen niet goed in beeld komen.

#### *De standaard identificatiemethode*

Er zijn verschillende manieren om etniciteit te registreren, sommige daarvan hebben echter nadelen. Registratie van *nationaliteit* kan leiden tot een onderschatting van de omvang van de etnische groep. Sommige mensen zijn namelijk tot Nederlanders genaturaliseerd of hebben naast de Nederlandse een andere nationaliteit. Registratie van het *geboorteland van de betrokkene* is weliswaar niet aan 'veroudering' onderhevig, maar de tweede generatie blijft niet in beeld. De vraag tot welke etnische groep men zichzelf rekent (*zelfbeeld van de persoon*) levert geen eenduidige antwoorden op, de informatie verandert mee met de opvattingen over culturele identiteit.

De meest volledige en betrouwbare vaststelling van etnische herkomst die, gegeven het huidige juridische kader, in persoonsregistraties mogelijk is, is de methode waarbij gegevens over het geboorteland van de betrokkene zelf, het

geboorteland van diens moeder en vader in combinatie worden gebruikt. In 1992 heeft de Tweede Kamer ingestemd met het regeringsvoorstel om in registraties deze drie objectieve indicatoren voor etnische herkomst op te nemen. Deze methode staat bekend als de BiZa-methode. Er is destijds op grond van privacy-overwegingen afgezien van het gebruik van zelfidentificatie, hoewel een heroverweging op dit punt uitdrukkelijk werd opengehouden (Verweij, 1997).

Voor de grootste minderheidsgroeperingen functioneert de methode op dit moment goed. Een aantal kleinere groeperingen wordt met de huidige werkwijze echter niet, of zeer onvolledig herkend. Op termijn van vijf á tien jaar zal de identificatiekracht van de BiZa-methode, ook ten aanzien van de grote minderheidsgroeperingen afnemen, als gevolg van het relatief en absoluut toenemen van de omvang van de derde generatie. Daarom is door het Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek (ISEO) de aanbeveling gedaan om de huidige criteria aan te vullen met een zelf-identificatievraag (Verweij, 1997). Voorlopig is het echter nog niet zo ver.

#### *Randvoorwaarden (bescherming persoonlijke levenssfeer)*

Zoals al eerder opgemerkt is er een spanningsveld tussen de informatiebehoefte van beleid enerzijds en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de 'geregistreeerden' anderzijds. Er moeten dus zwaarwegende argumenten zijn om registratie van etnische gegevens te rechtvaardigen. Er zijn verschillende bepalingen over de voorwaarden waaronder en de wijze waarop registratie mag plaatsvinden. Naast de Wet persoonsregistraties (WPR) en het Besluit gevoelige gegevens (BGG) zijn dat de Nederlandse Grondwet, de Wet openbaarheid bestuur, het Dataprotectieverdrag, het Europese Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en het Internationale Verdrag van New York inzake de uitbanning van alle vormen van rassendiscriminatie (Verweij, 1997).

In de Wet Persoonsregistraties is opgenomen dat het vastleggen van gegevens een bepaald *doel* moet dienen. Registraties van de overheid en het onderwijs, de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening zijn aan strakkere regels gebonden. Zij mogen slechts gegevens registreren die voor het doel van de registratie *noodzakelijk* zijn voor een goede vervulling van de taak (en de benodigde informatie niet op andere wijze, zoals door gericht onderzoek, kan worden verkregen).

Voor het verzamelen van gegevens die als 'gevoelig' worden aangemerkt, stelt het Besluit gevoelige gegevens nadere regels. Etniciteitsgegevens worden beschouwd als een gevoelig gegeven. Verder geldt de voorwaarde dat de betrokkene geen bezwaar maakt tegen de registratie van persoonsgegevens. Doet de betrokkene dit wel (schriftelijk), dan moet de registratiehouder de gegevens onmiddellijk verwijderen.

#### *Huidige registratie in de gezondheidszorg*

De BiZa-methode heeft in een tijdsbestek van enkele jaren een vrij brede toepassing gevonden. Dat geldt voor zowel onderzoeken als beleidsregistraties en statistieken. Het CBS bijvoorbeeld hanteert in het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS, een onderzoeksparaplu waarbinnen diverse steekproefonderzoeken worden uitgevoerd zoals de Gezondheidsenquête) de BiZa-werkwijze. Bij het gebruik van bepaalde voorzieningen worden echter nog vaak onvergelijkbare identificatiemethoden gebruikt. Soms gaat men uit van de (betrouwbare) gegevens uit de gemeentelijke bevolkingsadministratie. In andere gevallen moet er specifiek gevraagd worden naar het geboorteland van de respondent en diens ouders. Bij onderzoeken wordt dit niet als bezwaarlijk ervaren. Bij persoonsregistraties ligt dat evenwel anders (Verweij, 1997). Functionarissen gaan soms in de praktijk erg verschillend om met het verzamelen van geboortelandgegevens. Enkele redenen daarvoor zijn: verwachte weerstand (ook onder autochtonen), het vermeende stigmatiserende effect van registratie, angst voor misbruik van de als 'gevoelig' gekwalificeerde gegevens.

Bij een onderzoek naar de gebruikte registratiemethoden in Rotterdam (die vaak aansluiten bij landelijke informatiesystemen zoals PIGGz, LADIS en LMR) wordt geconcludeerd dat in veel gevallen wel enige informatie over etnische herkomst wordt geregistreerd (GGD Rotterdam e.o., 1997). Vaak blijft dat beperkt tot de herkomst van de patiënt, de gegevens van de ouders worden niet geregistreerd.

Overigens bestaat er vanuit de landelijke informatievoorzieningen, waaraan gegevens worden verstrekt, nog weinig aandacht voor verbetering van de informatievoorziening. In de toekomstige registratiesystemen in de huisartspraktijk kan de verwerking van geboortelandgegevens in beginsel worden geïntegreerd, de SIG neemt als houder van de Landelijke Medische Registratie een terughoudend standpunt in als gevolg van

privacyoverwegingen en op het terrein van de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg zijn er geen concrete voornemens om de registratie van etnische herkomst te verbeteren.

In het rapport wordt tevens aangegeven dat onvolledigheid van gegevens ervoor zorgt dat in (epidemiologisch) onderzoek de betrouwbaarheid van de registratie problemen kan geven. Met andere woorden, als maar een deel van de daadwerkelijke populatie in de registratie is opgenomen geeft dat een scheve weergave van de realiteit.

Ook Schriemer (1999) deed onderzoek naar de voortgang die is geboekt sinds het invoeren van de BiZa-methode van herkomstbepaling. Daarbij werd expliciet aandacht besteed aan de registratie in de gezondheidszorg. De belangrijkste conclusies zijn dat de bestaande registratie van etnische herkomst in de gezondheidszorg een verbrokken en onvolledig beeld geeft van het voorzieningengebruik van minderheden. Uit onderzoek blijkt eveneens dat er op dit beleidsterrein maar weinig animo is om de informatievoorziening met betrekking tot de herkomstgegevens te verbeteren.

Het bezwaar dat tegen registratie van herkomstgegevens wordt aangevoerd is bekend: de vraag naar herkomstgegevens zou inbreuk doen op de privé-sfeer van mensen. Verder zou het belang van een informatievoorziening die inzicht geeft in de positie en het voorzieningengebruik van minderheden in de gezondheidszorg niet opwegen tegen de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Het zijn de instellingen zelf die deze bezwaren tegen een etnische registratie aanvoeren (Schriemer, 1999). Het (eigen) registratiesysteem van instellingen is de gereedschapskist waar medewerkers iedere dag mee uit de voeten moeten kunnen. Dat betekent ook dat wanneer zij in de dagelijkse praktijk het belang van een uitbreiding van het systeem met herkomstgegevens niet onderkennen, zij niet erg geneigd zijn het belang op meso- en macroniveau zwaarder te laten wegen. Vanuit het perspectief van de medische behandeling nauwelijks aanleiding om etnische herkomst te registreren (GGD Rotterdam e.o., 1997). Immers, voor de uiteindelijke behandeling van de klachten is de etnische herkomst niet relevant. Bij psychosociale en psychiatrische klachten wordt meer een noodzaak gezien om de etnische achtergrond in het

oog te houden. De planning en evaluatie van speciale voorzieningen voor migranten is op instellingsniveau een mogelijke reden om etnische herkomst te registreren.

In veel instellingen voor gezondheidszorg zal de introductie van registratie van etnische herkomst problemen opleveren vanwege technische beperkingen van de bestaande registratiesystemen. Het gebrek aan commitment in het veld en het ontbreken van de technische voorwaarden beperken dus een versnelde aanpassing in beleidsregistraties in de gezondheidszorg.

De veel gehoorde opvatting dat vragen naar herkomstgegevens zal stuiten op bezwaren tegen opname van dergelijke gegevens door minderheden, lijkt ongegrond. Die weerstand blijkt bij cliënten en patiënten vrijwel afwezig (Schriemer, 1999).



## Bijlage 7

### Inventarisatie maatregelen

*In deze bijlage wordt, op basis van een inventarisatie van maatregelen die de laatste 10 jaren genomen zijn, nagegaan welke maatregelen mogelijk zijn om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor allochtonen te verbeteren.*

*Voor dit overzicht is gekozen voor een themagerichte benadering. De thema's zijn ondergebracht in een aantal rubrieken, welke vervolgens zijn onderverdeeld in drie categorieën:*

1. structurele maatregelen;
2. aanvullende maatregelen;
3. cultuurspecifieke maatregelen.

#### **Structurele maatregelen**

Structurele maatregelen zijn maatregelen of initiatieven die de gevestigde situatie voor langere duur of permanent wijzigen vanwege veranderde omstandigheden. Als het om interculturalisatie van de gezondheidszorg gaat, dan moet gedacht worden aan structurele aanpassingen in het gangbare systeem van de gezondheidszorg met als doel het zorgaanbod beter af te stemmen op de zorgvraag die de huidige interculturele samenleving stelt. Structurele aanpassingen betreffen zowel maatregelen aan de top als aan de basis van de organisatie en betreffen de volgende terreinen:

#### *Intercultureel management*

Onder 'intercultureel management' wordt een gedeelde visie op interculturalisatie verstaan, die vertaald kan worden in missie en doelstellingen van de organisatie. Daarnaast zijn vaardigheden nodig om daadwerkelijk 'intercultureel' leiding te geven aan werkprocessen. Intercultureel management wordt momenteel via deskundigheidsbevordering gestimuleerd. Resultaten hiervan hangen af van de bereidwilligheid en activiteiten van het management om intercultureel beleid en uitvoering in de instelling ook werkelijk gestalte te geven (implementatie). Uit evaluerend onderzoek blijkt echter dat het management veelal onvoldoende de mogelijkheden van de instelling aangrijpt om te interculturaliseren. Als oorzaken hiervoor worden genoemd: werkdruk, de-institutionalisering, gebrek aan deskundigheid binnen de organisatie, gebrek aan visie op interculturalisatie.

### *Personeelsbeleid*

Naast 'commitment' aan de top is draagvlak op de werkvloer nodig en dat kan bereikt worden via een beleid dat gericht is op de instroom en vooral ook op het behoud en carrièremogelijkheden van allochtoon personeel in de zorginstelling. Behalve om kwalitatieve redenen is de instroom van allochtoon personeel ook vanwege kwantitatieve eisen - streefcijfer van 5% in 1996 - zoals gesteld in de *Wet Bevordering Evenredige Arbeidsdeelname Allochtonen (WBEAA)*, noodzakelijk. Er is behoorlijk succes geboekt op dit terrein via het TOPAZ-initiatief dat in de periode 1994-1998 is uitgevoerd. De taakstelling om in vier jaar tijd een instroom van 3800 allochtone werknemers in de zorgsector te realiseren, is ruimschoots gehaald. Punt van zorg is behoud en doorstroom van personeel, als ook een ondervertegenwoordiging van allochtone werknemers in bepaalde sectoren van de gezondheidszorg.

### *Inspraak en rechten van patiënten en cliënten*

Ook patiënten en cliënten kunnen als consumenten van de zorg hun invloed aanwenden in het proces van interculturalisatie in de zorg. In juridisch opzicht zijn daartoe verschillende mogelijkheden. Zo biedt De *Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ)* de consument de mogelijkheid invloed uit te oefenen op de collectief gefinancierde zorg via patiënten- en cliëntenraden. De *Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)* regelt het recht van de individuele patiënt of cliënt te klagen over de geboden zorg. Hoewel in het algemeen de positie van patiënten de laatste jaren via recente wetgeving is versterkt en de mogelijkheid van participatie in besluitvormingsprocessen is vergroot, is het aandeel van allochtone patiënten uiterst gering. Het Nederlands Centrum Buitenlanders (NCB) heeft in samenwerking met de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF) initiatieven ontplooid om dit te verbeteren. In Midden-Brabant heeft dit bijvoorbeeld geresulteerd in een Stuurgroep Patiëntenbelangen Migranten Midden-Brabant, die een samenwerkingsrelatie is aangegaan met de RP/CF. (Sönmez en de Jong, 2000)

### *Opleidingen*

In de opleidingen wordt in het algemeen wel aandacht besteed aan interculturele zorgverlening, maar in vrijwel geen enkele opleiding gaat het om een verplicht vak. Soms is het een aandachtspunt in andere vakken, in stages of co-assistent-schappen. Meestal gaat het om onderwijsmodulen

interculturele zorgverlening die op vrijwillige basis gevolgd kunnen worden. Van verschillende kanten, zowel vanuit het werkveld als vanuit de overheidssfeer (VWS/OGM), wordt aangedrongen op structurele en verplichte aandacht voor interculturele zorgverlening in de opleidingen. De onderwijsinstellingen zelf blijven echter meestal in gebreke. Specifieke of integrale aandacht voor interculturele zorg hangt sterk af van de toevallige interesse of ervaring van docenten.

Het structureel ontbreken van onderwijs in interculturele hulpverlening is mede een gevolg van de opleiding die docenten genoten hebben. Zij hebben meestal een 'witte' opleiding achter de rug en niet zelf kennis van of praktijkervaring met allochtone patiënten en cliënten opgedaan.

De verantwoordelijkheid voor goed opgeleide medewerkers ligt bij het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. Het ministerie van Volksgezondheid ziet toe op de kwaliteit van de opleidingen. Instrument hierbij is de *Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg* (BIG) en de *Wet Kwaliteit Zorginstellingen* (WKZ). In de Wet BIG is een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) opgenomen - het Besluit opleidingseisen verpleegkundigen – waarin aandacht wordt besteed aan het adequaat kunnen omgaan met allochtone patiënten: "...kandidaten [dienen] in hun handelen rekening leren houden met de patiënt waar het gaat om zaken als ras, seksuele geaardheid, sociaal-economisch status, cultuur en allochtonen." Hieruit blijkt dat een juridische basis voor structurele aandacht in de opleiding voor verpleegkundigen voor interculturele hulpverlening wel aanwezig is, in de opleidingen wordt daaraan onvoldoende of geen gevolg gegeven.

Er is een enkel voorbeeld van een multiculturele opleiding bekend, zoals bijvoorbeeld een opleiding voor multiculturele psychotherapie. Deze 4-jarige opleiding is een initiatief van de RINO Noord-Holland en in 1993 gestart (Jessurun, 1998). Vanwege gebrek aan deskundige docenten die het roer over kunnen nemen en problemen met het modulensysteem, wordt deze opleiding weer opgeheven. In de universitaire medische opleidingen wordt momenteel op heel verschillende wijze aandacht besteed aan multiculturele aspecten van de zorgverlening. Onlangs (juni 2000) is er op initiatief van NWO/SGO een bijeenkomst geweest met betrokkenen uit deze sector om na te gaan in hoeverre er belangstelling is voor

een project interculturalisatie in het medisch onderwijs. De belangstelling hiervoor was groot.

Verschillende geneeskundefaculteiten zijn bezig met voorstellen of initiatieven om hun opleiding te interculturaliseren. De initiatieven zijn verschillend en meestal niet structureel of integraal van aard. Zo is er een voorstel om het curriculum geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam aan te passen aan de etnische diversiteit van patiënten (Dahhan, 1999). Weer een ander model is een regeling dat Nederlandse studenten geneeskunde (van de Universiteit Groningen) tijdens hun opleiding de mogelijkheid hebben hun co-schappen op de Antillen te lopen. Deze artsen blijken in de praktijk beter om te kunnen gaan met cultuurverschillen dan hun collega's die alleen in Nederland hun opleiding gevolgd hebben (Rojer, 2000). Zo kent iedere universitaire geneeskundefaculteit wel een eigen initiatief. In mindere mate hebben de HBO-opleidingen (nog) initiatieven om studenten meer bekend te maken met de specifieke zorgvragen van allochtone patiënten. Enkele positieve voorbeelden zijn: het Haags-Leids Opleidingsconsortium Psychiatrie heeft al een aantal jaren structureel aandacht voor interculturele zorgverlening en ook De Horst in Driebergen behoort tot de zeer weinige HBO-instellingen die aandacht besteden aan interculturele hulpverlening.

#### *Methodiekwikkeling en behandelwijzen*

Mede als gevolg van tekorten in de opleiding sluiten gangbare methodieken en behandelwijzen onvoldoende aan bij de wijze waarop veel allochtonen hun ziekte beleven, tot uiting brengen en (willen laten) behandelen. Knelpunten zijn een vaak gebrekkige vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en patiënt; gebreken bij de intake, fouten in de diagnostiek, niet bij de zorgvraag passende therapievormen; gebrek aan openstaan in de reguliere gezondheidszorg voor geneeswijzen uit de eigen cultuur van patiënten; zorgverleners die niet genoeg ingespeeld zijn op taal-, communicatie- en cultuurverschillen. De mogelijkheid om tolken in te schakelen wordt te weinig benut, evenals het betrekken van (volwassen) familieleden die behulpzaam kunnen zijn bij communicatieproblemen en cultuurverschillen. In de opleiding hebben zorgverleners niet of nauwelijks kennis, attitude en vaardigheden aangeleerd om cultuur- en moraalverschillen te kunnen overbruggen. Er zijn initiatieven ter verbetering ondernomen, effecten hiervan (op lange termijn) zijn (nog) niet bekend.

### *Organisatie van de zorg*

In de organisatie van de zorg doen zich problemen voor die om structurele aanpassingen vragen. Problemen die in dit verband genoemd worden, houden verband met andere waarden en normen en religieuze voorschriften. Voorbeelden hiervan zijn gemengde verpleging, mannelijke zorgverlener en vrouwelijke patiënt of omgekeerd, rituele voorschriften (rondom bidden, dood en begrafenis), spijswetten, gebedsruimten, kledingvoorschriften, omgang met zieken en ziekenbezoek. Ook is er behoefte aan aparte, 'eigen' woonvoorzieningen en mantelzorg. Daarnaast zijn in de geneesmiddelenvoorziening aanpassingen nodig. Zo staat de standaarddosering ter discussie als gevolg van biologische verschillen tussen patiënten van verschillende etnische groepen.

### **Aanvullende maatregelen**

Bij aanvullende maatregelen gaat het om maatregelen die aanvullend zijn op gebrek aan kennis, deskundigheid en vaardigheden in de zorgverlening aan allochtonen. Aanvullende maatregelen zijn in principe van tijdelijke aard en nodig zolang het gangbare zorgaanbod nog niet voldoende (structureel) is ingespeeld op de behoeften en wensen van allochtone zorgvragers.

### *Consultatiepunten voor zorgverleners*

Niet lang na de komst van de grootste groepen arbeidsmigranten aan het eind van de jaren zestig kwamen er landelijke informatie- en consultatiepunten voor zorgverleners. Aanleiding hiervoor was onder andere dat westers opgeleide zorgverleners door onbekendheid met cultuurbepaalde ziektebeleving van patiënten verkeerde diagnoses stelden. Ook stereotype beeldvorming en een etnocentrische benadering van gezondheidsproblemen vormen een belemmering voor de behandeling en de effecten ervan. Hoewel de behoefte aan voorlichting onder zorgverleners groot is, blijkt de invloed van voorlichting vooral wat individuele zorgverleners (eerste lijn) betreft gering te zijn. Opvallende uitzondering op de behoefte aan consultatie is de tandheilkundige beroepsgroep. Hoewel in de tandheilkundige zorg er ook sprake is van communicatieproblemen tussen tandarts en patiënt, wordt weinig gebruik gemaakt van het ondersteuningsaanbod dat hiervoor beschikbaar is. Voor verschillende werkvelden - gehandicaptenzorg, thuiszorg, GGZ, verpleging en verzorging - worden op dit moment

helpdesks opgezet om expertise te bundelen en centrale aanspreekpunten voor advies aan te bieden. Het NCB heeft een helpdesk voor de hele gezondheidszorg opgezet. Het betreft echter een project, dat vanwege de tijdelijke basis inmiddels weer is afgesloten. (Sönmez en de Jong, 2000)

#### *Voorlichting voor zorgvragers over gezondheid en zorgaanbod*

Sinds 1976 houden verschillende instanties zich bezig met voorlichting voor allochtonen over gezondheid en gezondheidszorg. Voorlichting gebeurt steeds vaker 'voor en door' voorlichters uit de eigen groep. Steeds meer wordt toegewerkt naar een regionale of wijkgerichte voorlichting (netwerken, informatiepunten, spreekuren in eigen taal, lokale migrantenmedia). 'Basisvoorlichting' en 'inhaalvoorlichting' om kennisachterstand in te lopen, is en blijft nodig. Er is behoefte aan andere dan de gebruikelijke vormen van voorlichting. Ook om specifieke groepen, zoals allochtone vrouwen, te bereiken zijn op de doelgroep toegesneden werkwijzen nodig (Richters en van Vliet, 1999). De gangbare vormen, zoals folders, bereiken veel allochtone zorgvragers niet. Bij algemene gezondheidsvoorlichting, zoals voorlichtingscampagnes over astma, hart- en vaatziekten, is meestal niet gedacht aan allochtonen als doelgroep.

#### *Deskundigheidsbevordering*

Er zijn in de loop der jaren veel initiatieven genomen - veelal ondersteund door VWS - om de deskundigheid via bijscholing en nascholing van zorgverleners in de omgang met allochtone patiënten en cliënten te verbeteren. Evaluaties van deze initiatieven zijn echter nauwelijks beschikbaar. Probleem bij deskundigheidsbevordering is de structurele inbedding (implementatie) van verzamelde kennis en expertise. Om aan dit probleem wat te doen worden nu in diverse sectoren landelijke helpdesks opgezet. Zo heeft bijvoorbeeld de Stichting Dienstverleners Gehandicapten in samenwerking met het NCB een Landelijke Helpdesk 'Migranten met een handicap of chronische ziekte' opgezet. Dit initiatief richt zich op uitvoerende dienstverleners, management en besturen in voorzieningen voor lichamelijk en verstandelijk gehandicapten en chronisch zieken. De helpdesk beoogt het in kaart brengen en systematisch registreren van projecten en moet aan het genoemde probleem van structurele inbedding uitkomst bieden. Er zijn vergelijkbare initiatieven bekend in de verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg en thuiszorg.

Vanwege de recente start hiervan, kunnen nog geen resultaten genoemd worden.

#### *Inschakelen tolken*

De tolkendiensten zijn al in 1967 ontstaan. Tolken zijn gratis in te schakelen door hulpverleners in de gezondheidszorg. De dienstverlening door tolkencentra is efficiënt en van hoge kwaliteit; er wordt in 85 talen getolkt. Vanwege de groeiende vraag worden telefonische tolkendiensten ingevoerd. Fysiek aanwezige tolken worden vooral gebruikt in geestelijke gezondheidszorg en bij voorbereiding van belangrijke medische ingrepen. Tot 1996 worden de tolkencentra gefinancierd door het ministerie van VWS en daarna door het ministerie van Justitie. Knelpunten zijn een tekort aan vrouwelijke tolken (vrouwenopvangcentra, bepaalde klachten van vrouwen); wachttijden, tijdsinvestering en regelen van een tolk voor een (individuele) aanvrager is lastig (klacht van huisartsen en specialisten) en tolken beschikken meestal niet over voldoende medische kennis.

#### *Inschakelen intermediairs*

Een nieuwe ontwikkeling is het inschakelen van allochtone intermediairs, ook wel zorgconsulenten of gezondheidsvoorlichters of migrantenvoorlichters genoemd. Het betreft hier de inzet van mensen die - in vergelijking met tolken - over meer medische kennis beschikken en goed thuis zijn in de taal en cultuur van de zorgvragers. Doel van deze intermediaire functie is verhoging van de kwaliteit van de zorg door middel van een brugfunctie tussen zorgvrager en zorgverlener. De intermediair geeft tekst en uitleg bij de 'boodschap' van de zorgvrager aan de zorgverleners en omgekeerd. Deze dienstverlening gebeurt vooral in gezondheidscentra en betreft het verduidelijken van problemen en het zoeken naar een passende oplossing. Het kan gaan om advies, informatie, ondersteuning, bemiddeling, regelen van instanties, brugfunctie naar huisarts en andere zorgsectoren. Op korte termijn heeft het inzetten van deze intermediairs tot doel de zorg aan allochtonen te verbeteren, op lange termijn is de doelstelling structureel van aard, namelijk de zorg te interculturaliseren. Er is behoefte aan meer ondersteuning en vooral structurele en financiële inbedding van allochtone zorgconsulenten. (Verrept, 1995; Kroesen, 1998; Bruijnzeels, 1998; Sönmez en de Jong, 2000).

#### *Preventie en gezondheidsbevordering*

De samenhang tussen sociaal-economische status (SES) en gezondheidstoestand van autochtone Nederlanders is vergelijkbaar met die van sommige immigrantengroepen (Surinamers en Antillianen). Turken en Marokkanen hebben echter vergeleken met Nederlanders met een vergelijkbare levensstandaard een slechtere gezondheidstoestand. Zo is bijvoorbeeld de sterfte onder Turkse en Marokkaanse kinderen tot 15 jaar twee- tot driemaal zo hoog als het geval is onder autochtone kinderen. Het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) is (en blijft) een structureel punt in het VWS-beleid en in het Grote Stedenbeleid van het ministerie van BZK. Via gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) en integrale preventieprogramma's in wijken met een hoge concentratie allochtonen wordt achterstand in de gezondheid van allochtonen bestreden (projecten als 'brede school', 'heel de buurt' en 'veelkleurige stad'). Aandachtspunten op dit gebied zijn onder andere bevordering consultatiebureaubezoek en vaccinatiepercentage, voorlichting over anticonceptie, preventie tienerzwangerschappen, voorlichting aan vrouwen over bevolkingsonderzoeken en aan jongeren over risico's van alcohol, tabak en drugs.

#### **Cultuurspecifieke maatregelen**

Cultuurspecifieke maatregelen zijn maatregelen die getroffen worden om tegemoet te komen aan specifieke aspecten van culturele en religieuze identiteit van patiënten en cliënten. Het tegemoet komen aan deze cultuurspecifieke wensen is van belang omdat ze nauw kunnen samenhangen met de beleving, het gedrag en de behandelwijze van de patiënt of cliënt. Cultuurspecifieke maatregelen kunnen ook beschouwd worden als structurele maatregelen. Ze worden hier afzonderlijk genoemd vanwege hun cultuurspecifieke aard.

#### *Interculturele geestelijke verzorging*

Er zijn verschillende initiatieven genomen om toe te werken naar een interculturele geestelijke verzorging in de gezondheidszorg. Zo kreeg psychiatrisch centrum Rosenberg in 1994 een imam en in 1996 een pandit in vaste dienst na een uitvoerige studie naar behoeften onder cliënten uit niet-westerse culturen. Behalve als geestelijk verzorger functioneert de pandit ook als intermediair tussen zorgverlener en cliënt. Ook het UMC te Utrecht heeft, met steun van VWS, een project multiculturele geestelijke verzorging uitgevoerd, waarvan de vaste aanstelling van een imam een van de



resultaten is. De oprichting van een helpdesk multiculturele geestelijke verzorging is een van de volgende doelstellingen.

#### *Religieuze spijswetten en rituele voorschriften*

Hoewel steeds meer zorginstellingen in de voedingvoorziening rekening houden met religieuze voorschriften van allochtone zorgvragers, is dat (nog) geen gemeengoed. Ook met betrekking tot dood, begrafenis en orgaandonatie zijn bepaalde religieuze voorschriften of opvattingen van belang die aanpassingen of uitbreiding betekenen van de gebruikelijke gang van zaken. Zo hebben sommige moslimgemeenschappen ontheffing gekregen van de Nederlandse wetgeving, waardoor het voor hen mogelijk wordt de dode binnen 36 uur te begraven. Het tegemoetkomen aan religieuze voorschriften levert soms heftige discussies op. Een voorbeeld hiervan is de vraag in hoeverre het toelaatbaar is dat een islamitische co-assistente op de ziekenhuisafdeling de chador (sluier waarbij alleen de ogen niet bedekt zijn) draagt.

#### *Toepassen cultuurgebonden geneeswijzen*

Gezondheidsbeleving en gezondheidszorg zijn cultuurbepaald. In een samenleving waarin de culturele context divers is georiënteerd, is de kans op fricties tussen zorgvraag en zorgaanbod groot. Klachten die in medisch opzicht dezelfde zijn, kunnen door zorgvragers heel anders beleefd en geuit worden. Een oplossing is gebruik te maken van geneeswijzen die geënt zijn op eigen culturele tradities (traditionele geneeswijzen). In het algemeen staat de reguliere gezondheidszorg niet open voor geneeswijzen uit de eigen cultuur. Ze worden dan ook meestal bestempeld als alternatieve geneeswijzen. Allochtone patiënten en cliënten raadplegen echter vaak naast de reguliere zorgverlener een genezer uit de eigen cultuur. Aangezien diagnostiek en behandelmethoden in de (geestelijke) gezondheidszorg vaak niet goed aansluiten bij niet-westerse zorgvragers en ook niet het beoogde effect bereiken, worden - vooral in de ambulante geestelijke gezondheidszorg - met succes initiatieven genomen om de culturele kloof te overbruggen (transculturele psychiatrie; allochtone zorgconsulenten).

#### *Regeling medisch gebonden rituelen*

Zorgverleners, vooral in ziekenhuizen, worden geconfronteerd met de vraag mee te werken aan ingrepen die verband houden met culturele of religieuze rituelen, zoals besnijdenissen en maagdenvliescorrecties. Over de mogelijkheid en wenselijkheid om binnen de gezondheidszorg mee te werken

aan niet medisch noodzakelijke, maar cultureel of religieus wenselijke ingrepen bestaat veel discussie. Hoever te gaan in het respecteren van de culturele of religieuze achtergronden van allochtonen, is een vaak gestelde vraag. Over vrouwen- en meisjesbesnijdenis zijn in 1992 kabinetsuitspraken gedaan en afspraken onder gynaecologen gemaakt die het uitvoeren en (het meewerken aan) deze praktijk niet toelaatbaar achten. Ondanks recente discussies over en voorstellen voor het uitbannen van de praktijk van vrouwenbesnijdenis, zijn er nog geen nieuwe maatregelen getroffen. Ook over jongensbesnijdenis wordt soms weer discussie gevoerd in verband met schending van de integriteit van het lichaam. Toch levert deze, op religieuze voorschriften gebaseerde praktijk, minder problemen op. Over het wel of niet meewerken aan maagdenvlieshersteloperaties zijn de laatste tijd steeds meer discussies ontstaan.

## Bijlage 8

### Lijst van afkortingen

AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
BGG	Besluit Gevoelige Gegevens
BIG	Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg
BVGB	Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
DHV	DistrictsHuisartsenVereniging
GVO	Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
JHV	Jeugdhulpverlening
IGZ	Inspectie Gezondheidszorg
ISEO	Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie- systeem
LMR	Landelijke Medische Registratie
NCB	Nederlands Centrum Buitenlanders
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheids- bevordering en Ziektepreventie
NISBO	Nederlands Islamitische Bond voor Ouderen
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NP/CF	Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschap- pelijk Onderzoek
OC&W	Ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschappen
OGM	Overlegorgaan Gezondheidszorg en Multiculturele samenleving

PIGGZ	Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
ROB	Raad voor het Openbaar Bestuur
RP/CF	Regionale Patiënten en Consumenten Federatie
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SAMEN	Wet Stimulering Arbeidsdeelname Minderheden
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SEGV	Sociaal-Economische Gezondheids- Verschillen
SES	Sociaal-Economisch Status
SGO	Stimuleringsprogramma Gezondheids- Onderzoek
STIOM	Stichting Ondersteuning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening
TOPAZ	Tijdelijk Ondersteuningspunt Allochtonen in de Zorgsector
TBS	Maatregel voor Terbeschikkingstelling
Ti	Trimbos-instituut
VETC	Voorlichting Eigen Taal en Cultuur
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBEEA	Wet Bevordering Evenredige Arbeidsdeelname Allochtonen
WIV&V	Werkgroep Interculturele Verpleging & Verzorging
WKCZ	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
WKZ	Wet Kwaliteit Zorginstellingen
WPR	Wet Persoonsregistratie
ZON	Zorg Onderzoek Nederland

## Bijlage 9

### Literatuur

Amrit. Vijf jaar STIOM: ervaringen op het grensvlak van gezondheidszorg en welzijn. Den Haag: Amrit, 1999.

Baboeram, D. De Stichting Ondersteuning gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (STIOM). *Epidemiologisch Bulletin*, 35, 2000, no. 1, p. 2-12.

Balledux, M. en J. de Mare (red.). *Ouder en kindzorg voor migranten en vluchtelingen*. S.l.: S.n., 1995.

Basisberaad. *Thuis is waar de ander is. Allochtone cliënten in de geestelijke gezondheidszorg en de cliëntenbeweging*. Rotterdam: Basisberaad GGZ, 2000.

Bedaux T., *et al.* *Kwaliteitszorg voor allochtonen: een handreiking voor de praktijk*. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders, 1997.

Bedaux, T. en A. de Wildt. [Allochtonen@zon.nl](mailto:Allochtonen@zon.nl). 1998.

Bellaart, H. *Transculturele toegang tot de jeugdzorg*. Utrecht: VWS/NIZW, 1997.

Bellaart, H. *Interculturalisatie van de jeugdzorg: verslag van de conferentie op 2 oktober 1997 te Ede*. Utrecht: Forum, Instituut voor multiculturele ontwikkeling, 1998.

Bleeker, J.K. en N.F. Reelick. *De gezondheid van Marokkanen in de randstad*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., 1998.

Blumenthal, M. *Een half woord is meestal niet genoeg: aanbevelingen voor het werken met een tolk in gezondheidszorg en onderwijs*. Utrecht: NCB/SDG, 1998.

Bruijnzeels, M.A., T. de Hoop en A.J.J. Voorham. *Migrantenvoorlichting in de huisartsenpraktijk in Rotterdam-Zuid: een evaluatieverslag van de pilotfase*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., 1998.

Bureau Management Ondersteuning. Projectgroep ggz voor allochtonen. Terreinverkenning ggz voor allochtonen. Een inventarisatie van activiteiten en initiatieven op het gebied van de hulpverlening aan allochtonen in de geestelijke gezondheidszorg. Den Haag: Parnassia psycho-medisch centrum, 1999.

Burgmeijer, R.J.F. en J.A.M.W. Rijcken. Verboden toegang?: beschikbaarheid en toegankelijkheid van de ouder- en kindzorg in 1998. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1999.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Allochtonen in Nederland 1998. Voorburg/Heerlen: CBS, 1998.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Allochtonen in Nederland 1999. Voorburg/Heerlen: CBS, 1999.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Maandstatistiek van de bevolking, 1999, no. 4, Voorburg/Heerlen: CBS, 1999.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Index – special. Voorburg/Heerlen: CBS, 1999.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Webmagazine. [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl), mei 2000.

Crommentuyn, R. Besnijdenisproject overbrugt culturele verschillen. Medisch Contact, 53, 1998, no. 25, p. 864-866.

Croon, M. Ontheemde kinderen van Allah. NRC, 19-02-2000.

Dahhan, N. Kerndocument ten behoeve van de aanpassing van het curriculum geneeskunde aan de universiteit van Amsterdam: etnische diversiteit: achtergronden, uitgangspunten en aanbevelingen. Amsterdam: AMC, 1999.

Dalen, L.M. van. Ervaringen met psychische en psycho-sociale problematiek van allochtonen. In: Nijhuis, H.G.J. (red.). Epidemiologisch bulletin, tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag, themanummer: 'Allochtonen en geestelijke gezondheid', 34, 1999, no. 2/3, p. 14-29.

Denktaş, S. De gezondheid van allochtonen. In: ISEO & COS. Minderhedenmonitor 1999. Etnische Minderheden in

Rotterdam. Onderzoek verricht in opdracht van de gemeente Rotterdam. Rotterdam: ISEO & COS, 2000. p. 65-126.

Diepenmaat, A.C.M. en H. Pauw-Plomp. De Amsterdamse vaccinatioestand nader bekeken. Amsterdam: GG&GD, 1995.

Dijk, R. van, *et al.* Interculturele geestelijke gezondheidszorg in de XXIe eeuw: een manifest. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 2000, nr. 2: 134-144.

Dijkshoorn, H., *et al.* Sociaal-economische status als verklaring van verschillen in gezondheid tussen Marokkanen en Nederlanders. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 2000; 78:217-222.

Erp, R. en S. Kraetzer. De communicatie tussen huisartsen en migranten. Epidemiologisch bulletin, 32, 1997, no. 4, p. 10-14.

Es, D. van. De migrant als patiënt: een oriëntatie voor hulpverleners in de gezondheidszorg. Utrecht: De Tijdstroom, 1995.

Etzioni, A. The New Golden Rule. Community and Morality in a Democratic Society. New York: s.n., 1996.

Fakiri, F. El, *et al.* Kraamzorg in allochtone gezinnen. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom en LCVV, 1999.

Fakiri, F. El, *et al.* Quality of care provided by general practitioners as perceived by four ethnic minority groups in the Netherlands: developing a measuring instrument. Praag: EUPHA, 1999.

Fakiri, F. El, *et al.* Kwaliteit van huisartsenzorg vanuit migrantenperspectief: ontwikkeling van een meetinstrument. Utrecht: NIVEL 2000.

GGD Rotterdam e.o. en SIG-zorginformatie. Objectieve indicatoren en etniciteit in de gezondheidszorg. Rotterdam: GGD Rotterdam, 1997.

GGZ Nederland. Lezingen van het ICAA parallelsymposium 'Ebony and ivory'. Utrecht: GGZ Nederland, 1996.

Graaff, F. de (red.). Oudere migranten, onze zorg! Den Haag: bureau Mutant, 1996.

Güzelcan, Y. en H. Örücü. Schizofrenie wordt bij Turkse patiënten niet snel herkend. *Medisch Contact*, 53, 1998, no. 25, p. 857.

Haddouchi, M. El, *et al.* Marokkanen bij de huisarts aan het woord; de mate waarin de huisarts de reden van komst achterhaalt. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2000, no. 5, p. 219-224.

Handboek Interculturele Zorg. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Handboek Minderheden. Houten/Zeventem; Lelystad: Bohn Stafleu Van Loghum: Koninklijke Vermande B.V.

Heeten, J. den en A.O. Verweij. Identificatie en registratie van etnische herkomst. Den Haag: VNG, 1993.

Hijmans van den Bergh, A. Kleurrijk resultaat telt: interculturele kwaliteit in de jeugdzorg. Utrecht: Forum, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling, 1997.

Hoffer, C. Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland. Amsterdam: Thela Thesis Publishers, 2000.

Hoffer, C. Alternatieve vormen van zorg: islamitische geneeswijzen als voorbeeld. In: Haveman, H.B. en P. Uniken Venema (red.). *Migranten en gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996. p. 78-97

Hoogsteder, M *et al.* Meertaligheid en spraak/taalmoeilijkheden bij kinderen. Voorstellen voor beleid en praktijk. Utrecht: NCB, 1999.

Hortulanus, R.P., M. Kunst en P.Q. Reinsch. Allemaal Haarlemmers: contouren van een lokaal integratiebeleid. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1995.

Hugte, G. It takes two to tango: uitvoering en resultaten van de Stichting Werkervaringsplaatsen voor allochtonen in de ggz. Utrecht: GGZ-Nederland, 2000.

Inspectie Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg. Rijswijk: IGZ, 1997.



ISEO & COS. Minderhedenmonitor 1999. Etnische Minderheden in Rotterdam. Onderzoek verricht in opdracht van de gemeente Rotterdam. Rotterdam: ISEO & COS, 2000.

Janssen, C. Malen in molenland. Volkskrant magazine, 2000, no. 28, p. 12-18.

Kleinlugtenbelt, D. en M. Şabanoglu. Het beste van twee werelden: de kracht van het intervisie- en consultatiemodel in de hulpverlening aan allochtonen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 2000, no. 4., p. 349-356.

Kroesen, M. Allochtone zorgconsulent: een brug tussen hulpverlener en cliënt: eindrapportage van het project allochtone zorgconsulenten. Utrecht: PP/CP Schakels, 1998.

Logghe, K.L.R. "De verschillen kun je niet wegpoetsen...": een onderzoek naar de vraag- en aanbodkant van de hulpverlening aan allochtonen in Noord-Brabant. Tilburg: Brabant Ondersteuningsinstituut Zorg, 1998.

May, R.F. De Haagse GGZ en allochtonen. In: Nijhuis, H.G.J. (red.). Epidemiologisch bulletin, tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag, themanummer: 'Allochtonen en geestelijke gezondheidszorg', 34, 1999, no. 2/3, p. 8-13.

Medisch Contact. Themanummer Gezondheidszorg in een multiculturele samenleving, 53, 1998, no. 25.

Mesch, H. en J. van Mens-Verhulst. Vrouwenhulpverlening op het transculturele pad. Utrecht: Universiteit Utrecht, faculteit der Sociale Wetenschappen, 1993.

Mens-Verhulst, J. van. Gelijkheid is niet goed genoeg in de feministische hulpverlening. Rekenschap, 1997, september, p. 156-170.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Integratiebeleid etnische minderheden: Contourennota. Den Haag: Ministerie van BZK, 1994.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid/OGM. Gezondheidsbeleid voor migranten: advies over de

Nederlandse gezondheidszorg in multicultureel perspectief. Zoetermeer: NRV, 1995.

Niekerk, M. van. De tijd zal spreken: Antilliaanse en Turkse ouderen in Nederland. Amsterdam: Het Spinhuis, 1991.

NIGZ, Nationaal instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. Tien jaar voorlichting in de eigen taal en cultuur over gezondheid en opvoeding. Woerden: NIGZ, 1998.

NWO/ZON. Onderzoeksprogramma Cultuur en Gezondheid. Den Haag: ZON, 1998.

OECD. Health data 99. Parijs: OECD, 1999.

Osmose. Kunnen we de anonimiteit van Turkse ouderen doorbreken? Ervaringen met het pilotproject Vice Versa in Nijmegen: een toegankelijk RIAGG voor Turkse ouderen. Arnhem, Osmose, 1999.

Platform Multiculturele Verslavingszorg. Uitwerkingsstappen van het meerjarenplan Naar een verplichtend zorgstelsel?. Utrecht: Platform Multiculturele Verslavingszorg, 1997.

Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity. Dementia matters ethnic concerns: a first European film on minorities and dementia. Bradford: PRIAE, 1999.

Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling. Integratie in perspectief: advies over integratie van bijzondere groepen en van personen uit etnische groeperingen in het bijzonder. Den Haag: Sdu, 1998.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Advies Naar een meer vraaggerichte zorg. Zoetermeer: RVZ, 1998.

Richters, A. en K. van Vliet. Gezondheidsvoorlichting aan Marokkaanse vrouwen in Leiden. Verslag van drie deelonderzoeken. S.l.: Stichting Vrouwengezondheidszorg, 1999

Reijneveld, S.A. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: Do socio-economic factors explain their adverse position? Journal

of *Epidemiology & Community Health*, 1998, no. 53, p. 298-304.

Reijneveld, S.A. en L.M. van Herten. Toegankelijkheid van zorg voor illegalen. Leiden: TNO Preventie en gezondheid, 2000.

Rijkschroeff, B.R., G.T. The en S.M. Wu. Bij leven en welzijn: de positie van oudere Chinezen en oudere Indische Nederlanders vergeleken. Capelle a/d IJssel: Labyrint Publication, 1993.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 : dl. II: Gezondheidsverschillen. Bilthoven; Utrecht, RIVM: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Rojer, R.A. Medische zorg in een multiculturele samenleving. Groningen, Rijksuniversiteit, 2000. Inaugurele rede.

S'Jacob, R. Een kwestie van lange adem: ervaringen met het toegankelijk maken van algemene instellingen voor allochtone ouderen. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn en Verwey-Jonker Instituut, 1996.

Schriems, M.R. Registratie etnische herkomst: uitgangspunten en praktijk. Rotterdam: ISEO, 1999.

Schuyt, C.J.M. Naar een multistruktuurle samenleving. In: Niekerk, M. van, M.P. Lindo en L.A.C.J. Lucassen. Integratie. Justitiële verkenningen, 23, 1997, augustus, p. 61-72.

Smeets, H.M.A.G., E.P. Martens en J. Veenman. Jaarboek Minderheden 2000. Houden/Diegem; Lelystad: Bohn Stafleu Van Loghum: Koninklijke Vermande bv, 2000.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociaal Cultureel Rapport 1998: 25 jaar sociale verandering. Rijswijk: SCP, 1998.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Rapportage ouderen 1998. Rijswijk: SCP, 1999a.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociale en Culturele Verkenningen 1999. Rijswijk: SCP, 1999b.

Sönmez, N. en E. de Jong Kwaliteitszorg voor allochtonen in de praktijk van de gezondheidszorg. Utrecht: NCB, mei 2000.

Struijs, A.J. Minderhedenbeleid en moraal: erkenning van culturele identiteit in het perspectief van de liberale moraal. Assen: Van Gorcum, 1998. Academisch proefschrift.

Struijs, A.J. en F. Brinkman. Botsende waarden: ethische en etnische kwesties in de hulpverlening. 4<sup>e</sup> druk. Utrecht: NIZW, 1999.

Struijs, A.J. Omgaan met andere levensbeschouwingen, moraal en ethiek. In: Handboek Interculturele Zorg. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.

Struijs, A.J. en H.J. Wennink (eindred.). Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Tesser, P.T.M., J.G.F. Merens en C.S. van Praag, m.m.v. J. Idema. Rapportage minderheden 1999. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1999.

Thiel, E. van. De multiculturele huisartspraktijk. Utrecht: Forum, 1999.

Thomas, R. *et al.* Allochtonen en revalidatiezorg. Utrecht: Centre for Migration and Child Health, UMC, 1999.

Tjandu, Stichting. Kiezen voor diversiteit: Tjandu via een allochtone steunfunctie naar een Expertisecentrum Allochtone Verslavingszorg. Utrecht: Stichting Tjandu, 1998.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Beleidsbrief minister van VWS, Volksgezondheidsbeleid in een multiculturele samenleving. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1994-1995. No. 23 409-16.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Kansen krijgen, kansen pakken. Nota Integratiebeleid 1999-2002. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1998-1999. No. 26 333-2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Integratiebeleid 1999-2002: kabinetsreactie op het advies van de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling Integratie in perspectief en het advies van de Raad voor het Openbaar Bestuur Retoriek en

realiteit van het integratiebeleid. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1998-1999. No. 26333-6.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Brief minister Grote Steden- en Integratiebeleid, kabinetsreactie op SCP-rapport De maatschappelijke positie en leefsituatie van de ouder wordende eerste generatie etnische minderheden en motie Dankers. SDU: Den Haag, vergaderjaar 1998-1999. No. 26 333, nr. 8.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Rapport Algemene Rekenkamer, Integratiebeleid etnische minderheden. SDU: Den Haag, vergaderjaar 1998-1999. No. 26 426, nrs. 1-2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Rapportage Integratie Etnische Minderheden. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1999-2000. No. 26 815, nrs. 1-2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Motie Van Vliet, Geestelijke Gezondheidszorg. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1999-2000. No. 25 424, nr. 12.

Verhoeven, R.C., *et al.* Orgaan en weefseldonaties door allochtonen: Faciliterende en belemmerende factoren. *Medisch Contact*, 54, 1999, no. 24, p. 888-890.

Verrept, H. Evaluatie van het project 'Interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg'. S.l.: S.n., 1995.

Verweij, E.O. Vaststelling van etnische herkomst in Nederland: de BiZa-methode nader bekeken. Rotterdam: ISEO, 1997.

Vrieling, I., V.C.M. van Alem en H. van de Mheen. Drop-out onder allochtonen in de ambulante verslavingszorg. Houten: IVV, Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg; IVO, Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving, 2000.

Vriezen, J. Rijst of aardappelen? Indische en autochtone ouderen in Nederland. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993. Academisch proefschrift.

Wal, M. van der. Etnische ongelijkheid in gezondheid bij kinderen. Amsterdam: s.n., 1997. Academisch proefschrift.

Weide, M.G. en M. Foets. Migranten in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1997.

Weijzen, E.M. en M.G. Weide. Accessibility and use of health care services among ethnic minorities. Utrecht: NIVEL, 1999. Werkgroep Interculturele Verpleging & Verzorging. Cultureel passende zorg in de praktijk: consultatie als middel. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.

Werkgroep Interculturele Verpleging. Intercultureel verplegen. Utrecht: De Tijdstroom, 1995.

Wieringen, J.C.M. van, *et al.* Interculturele communicatie in de huisartspraktijk. Utrecht: Centrum voor Migratie en Gezondheid van het kind, Wilhelmina Kinderziekenhuis Utrecht, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, EUR, 1999.

## Bijlage 10

### Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 160170400 t.n.v. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, o.v.v het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement op de publicaties kost f 325,-.

#### Adviezen en achtergrondstudies

99/22	Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)	20,00
99/18	Over e-health en cybermedicine (achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	35,00
99/17	Patiënt en Internet	20,00
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting	20,00
99/15	Professionals in de gezondheidszorg	40,00
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	30,00
99/10	Europa en de gezondheidszorg	25,00
99/09	Ethiek met beleid	25,00
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	25,00
99/05	Octrooiering biotechnologie	30,00
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende sectorstudie	

	(achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt	25,00
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg	25,00
99/02	Verslavingszorg herijkt	25,00
98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	25,00
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	25,00
98/08	Zelftests	25,00
98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	25,00
98/06	Tussen markt en overheid	20,00
98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	20,00
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	25,00
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	30,00
97/20	Besturen in overleg	30,00
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	20,00
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	20,00
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	20,00
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (essay)	10,00
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelen- voorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	25,00
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	25,00
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	40,00
97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	40,00
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	20,00
97/10	Medische hulpmiddelen	30,00
97/09	De toekomst van de AWBZ	30,00
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	20,00
97/06	Beter (z)onder dwang	25,00
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	25,00
97/04	Internationale dimensie volksgezondheids- beleid	25,00



97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	25,00
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	25,00
96/12	Thuis in de ggz	30,00
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	25,00
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	15,00
96/09	Informatietechnologie in de zorg	30,00
96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	25,00
96/07	Preventie en ouderen	25,00
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	20,00
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	15,00
96/04	Sociale zekerheid en zorg	20,00
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	20,00
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	15,00
96/01	Programmatische jeugdzorg	20,00

#### **Bijzondere publicaties**

99/08	Trendanalyse	gratis
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	30,00
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	15,00
--	Volksgezondheid met beleid	gratis

Advies Zorgarbeid in de toekomst  
(ISBN 90-399-1535-0) 39,50

Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst  
(ISBN 90-399-1536-9) 39,50

De publicaties *Zorgarbeid in de toekomst* zijn te bestellen bij SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop postbus 200014, 2500 EA Den Haag, telefoonnummer 070 378 98 80, fax 070 378 97 83

#### *Werkprogramma's*

99/07	Werkprogramma RVZ 2000	gratis
98/03	Werkprogramma RVZ 1999	gratis
97/08	Adviesprogramma RVZ 1998	gratis
97/01	Adviesprogramma RVZ 1997	gratis

#### *Jaarverslagen*

00/01	Jaarverslag 1999	gratis
99/01	Jaarverslag 1998	gratis
98/02	Jaarverslag 1997	gratis
97/02	Jaarverslag 1996	gratis

*Magazines*

98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	3,50
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	3,50

