

Verklaringen voor de ervaren gezondheid van niet-westerse allochtonen in Nederland

Yan Dan van het Reve

940501689010

BSc Gezondheid en Maatschappij

Wageningen University & Research centre

Bachelorscriptie

Begeleider: dr.ir. B.B. Bock

Meelezer: dr.ir. J.P. Jongerden

19 juni 2015

Voorwoord

Voor u ligt de bachelorscriptie die ik heb geschreven ter afronding van mijn bacheloropleiding Gezondheid en Maatschappij aan de Wageningen University & Research centre. In deze scriptie ga ik op zoek naar verklaringen voor de ervaren gezondheid van niet-westerse allochtonen in Nederland en de verschillen tussen de eerste en tweede generatie.

Langs deze weg wil ik twee mensen bedanken die hebben bijgedragen aan deze scriptie. Als eerste wil ik mijn scriptiebegeleider mevrouw B.B. Bock bedanken voor haar goede begeleiding en adviezen tijdens het schrijven van mijn scriptie. Daarnaast wil ik de heer J.P. Jongerden bedanken dat hij als mee-lezer heeft willen optreden.

Yan Dan van het Reve

Wageningen, juni 2015

Samenvatting

In Nederland is het opvallend om te zien dat niet-westerse allochtonen een slechtere gezondheid ervaren, vaker gezondheidsklachten hebben en vaker van de gezondheidszorg gebruik maken. Dit lijkt voornamelijk te gelden voor de eerste generatie. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt dan ook: *Hoe kunnen we verklaren dat niet-westerse allochtonen, met name de eerste generatie, zich minder gezond voelen dan autochtonen in Nederland?*

Er zijn cijfers en feiten van de sites van het CBS, Nationaal Kompas of andere datasites gebruikt om verklaringen te vinden voor het verschil in gezondheid tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen. Daarnaast zijn de determinanten uit het model van Dahlgren & Whitehead systematisch bekeken en onderzocht in de hoofdstukken en zijn er verklaringen uit literatuurstudies gevonden.

Uit statistische gegevens blijken er duidelijke verschillen te bestaan in gezondheid en gezondheidsgedrag tussen de vier bevolkingsgroepen Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen; eerste en tweede generatie; hoog- en laagopgeleiden en mannen en vrouwen. Vervolgens komen verklaringen voor het krijgen of hebben van een ziekte naar verklaringen voor het gevoel van ziek zijn, de behandeling en het succes ervan aan bod. Niet-westerse allochtonen hebben te maken met een aantal factoren die kenmerkend zijn voor hun positie. Deze positie van allochtonen heeft invloed op hun gezondheid.

Uit de analyse komt naar voren dat niet-westerse allochtonen, met name de eerste generatie, meer in de positie is om gezondheidsklachten te krijgen dan autochtonen of de tweede generatie. Zij krijgen meer te maken met situaties waardoor zij zich ziek voelen, die tot ziekte leiden en waarin zij ziek blijven.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	6
1.1 Achtergrond.....	6
1.2 Probleem- en doelstelling	7
1.2 Vraagstelling	7
1.3 Theoretisch kader	7
1.4 Methode	8
2. Verschillen in gezondheid.....	10
2.1 Bevolkingsgroepen	10
2.1.1 Ervaren gezondheid.....	10
2.1.2 Gebruik gezondheidszorg	10
2.1.3 Gezondheidsrisico's	10
2.1.4 Sociale contacten en maatschappelijke participatie	12
2.1.5 Werk	12
2.2 Eerste en tweede generatie niet-westerse allochtonen	13
2.2.1 Ervaren gezondheid.....	13
2.2.2 Gebruik gezondheidszorg	14
2.2.3 Gezondheidsrisico's	14
2.2.4 Sociale contacten en maatschappelijke participatie	14
2.2.5 Werk	15
2.3 Opleidingsniveau	15
2.3.1 Ervaren gezondheid.....	15
2.3.2 Gebruik gezondheidszorg	15
2.3.3 Gezondheidsrisico's	16
2.3.4 Sociale contacten en maatschappelijke participatie	16
2.3.5 Werk	16
2.4 Mannen en vrouwen	16
2.4.1 Ervaren gezondheid.....	17
2.4.2 Gebruik gezondheidszorg	17
2.4.3 Gezondheidsrisico's	17
2.4.4 Sociale contacten en maatschappelijke participatie	18
2.4.5 Werk	18
2.5 Samenvatting.....	18

3. Verklaringen gezondheidsverschillen.....	19
3.1 Krijgen en hebben van gezondheidsklachten.....	19
3.1.1 Genetische aanleg	19
3.1.2 Leefstijl	19
3.2 Gevoel van ziek zijn	19
3.2.1 Perceptie.....	19
3.2.2 Lichamelijk versus psychische klachten	20
3.3 Behandeling en ziek blijven	20
3.3.1 Zorgaanbod en zorgbehoefte.....	20
3.3.2 Zorggebruik.....	21
3.3.3 Kwaliteit.....	22
3.3.4 Interactie	22
3.4 Samenvatting.....	24
4. Positie van allochtonen en gezondheid.....	26
4.1 Kenmerken positie allochtoon	26
4.1.1 SES	26
4.1.2. Werk- en leefomstandigheden.....	26
4.1.3 Leefstijl	27
4.1.4 Culturele integratie	27
4.2 Relatie met ziek worden, zijn, voelen en blijven	29
4.2.1 Lichamelijk zwaar werk	29
4.2.2 Minder kwaliteit woning	29
4.2.3 Minder kennis en lage opleiding	29
4.2.4 Minder inkomen.....	30
4.2.5 Stress	30
4.2.6 Leefstijl	30
4.3 Samenvatting.....	31
5. Beschouwing.....	32
5.1 Conclusie	32
5.2 Aanbeveling.....	32
Literatuurlijst	33

1. Inleiding

In Nederland is het opvallend om te zien dat allochtonen meer gezondheidsklachten ondervinden, een mindere gezondheid ervaren en vaker naar de huisarts gaan dan autochtonen (CBS, 2015b). Van de allochtonen ervaren voornamelijk de niet-westers allochtonen een slechtere gezondheid. Een niet-westerse allochtoon wordt door het Centraal Bureau van de Statistiek [CBS] (z.d.) gedefinieerd als “allochtoon met als herkomstgroepering één van de landen in Afrika, Latijns-Amerika en Azië (exclusief Indonesië en Japan) of Turkije. In Nederland zijn de vier grootste niet-westerse bevolkingsgroepen Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Deze vier bevolkingsgroepen worden ook bedoeld als er over niet-westerse allochtonen in Nederland wordt gesproken.

1.1 Achtergrond

Uit de gegevens van het CBS komt naar voren dat de ervaren gezondheid van de eerste generatie niet-westerse allochtonen een stuk lager is dan die van autochtonen (CBS, 2015b). Daarnaast maken niet-westerse allochtonen meer gebruik van de gezondheidszorg door middel van voorgeschreven medicijnen, frequentere bezoeken aan de huisarts en opnames in het ziekenhuis dan autochtonen. Er is echter een groot verschil in vergelijking met de tweede generatie niet-westerse allochtonen. Zij hebben namelijk een hoger percentage mensen dat hun gezondheid als goed ervaart en maken minder vaak gebruik van de gezondheidszorg dan de eerste generatie.

Opvallend is dat bij de tweede generatie zelfs het tegenovergestelde van toepassing lijkt te zijn in de vergelijking met autochtonen. De tweede generatie heeft namelijk een groter percentage mensen dat een goede gezondheid ervaart, maakt minder vaak gebruik van voorgeschreven medicijnen, gaat minder vaak naar de huisarts en wordt ook minder vaak opgenomen in het ziekenhuis ten opzichte van autochtonen. Zo ervaart ruim 80%¹ van de autochtonen een goede gezondheid tegenover bijna 69% van de eerste generatie niet-westerse allochtonen. Bij de tweede generatie blijkt juist dat bijna 88% van hen een goede gezondheid ervaart, wat meer is dan bij de autochtonen.

Daarnaast lijken er niet alleen gezondheidsverschillen te bestaan tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen, maar ook tussen de vier niet-westerse bevolkingsgroepen zelf. Ook opleidingsniveau en het verschil in geslacht lijken een rol te spelen in de gezondheidsverschillen tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen.

Er zijn een aantal verklaringen in onderzoeken gevonden voor de minder goed ervaren gezondheid van niet-westerse allochtonen. Een bekende verklaring is het cultuurverschil tussen de bevolkingsgroepen. In sommige landen zal men eerder geneigd zijn om naar de huisarts te gaan dan in andere landen. Ook kunnen de verwachtingen tussen de patiënt en de huisarts van elkaar verschillen (Schouten, Meeuwesen, Tromp & Harmsen, 2007).

Wat ook een vaak onderzocht probleem is, zijn communicatieproblemen tussen allochtonen en huisartsen. Dit kan namelijk leiden tot meer stress en onbegrip bij beide partijen wat weer kan leiden tot een vervolfbezoek naar de huisarts (Schouten, Meeuwesen, Tromp & Harmsen, 2007). Verder is één van de bekende verklaringen dat niet-westerse allochtonen vaak horen in de groep mensen met een lage sociaaleconomische status [SES]. Mensen met een lage SES hebben vaak meer gezondheidsklachten en gaan vaker naar de huisarts dan mensen met een hoge SES (Verweij & Lucht, 2010).

Dit zijn echter lang niet alle verklaringen voor de gezondheidsverschillen tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen. Wat zijn bijvoorbeeld de oorzaken dat de eerste generatie niet-westerse allochtonen een slechtere gezondheid lijkt te hebben dan de tweede generatie? Wat geven andere literatuurstudies aan? Dit zijn enkele van de onderwerpen die in de volgende hoofdstukken aan bod zullen komen.

¹ Percentages boven de tien procent worden naar hele cijfers afgerond. Bij percentages onder de tien procent wordt één decimaal achter de komma gebruikt.

1.2 Probleem- en doelstelling

Uit de cijfers van het CBS blijkt dat niet-westerse allochtonen, met name de eerste generatie, in Nederland een slechtere gezondheid ervaren en vaker gebruikmaken van de gezondheidszorg dan autochtonen. Het doel van dit onderzoek is daarom het verkrijgen van meer kennis en inzicht in de ervaren gezondheid van niet-westerse allochtonen in Nederland en de verschillen tussen de eerste en tweede generatie. Op basis van eerdere onderzoeken weten we dat er tevens gezondheidsverschillen bestaan tussen de verschillende bevolkingsgroepen, hoog- en laagopgeleiden en mannen en vrouwen. Er spelen dus meerdere factoren een rol in het verschil tussen de gezondheid van niet-westerse allochtonen en autochtonen in Nederland.

1.2 Vraagstelling

Hoofdvraag

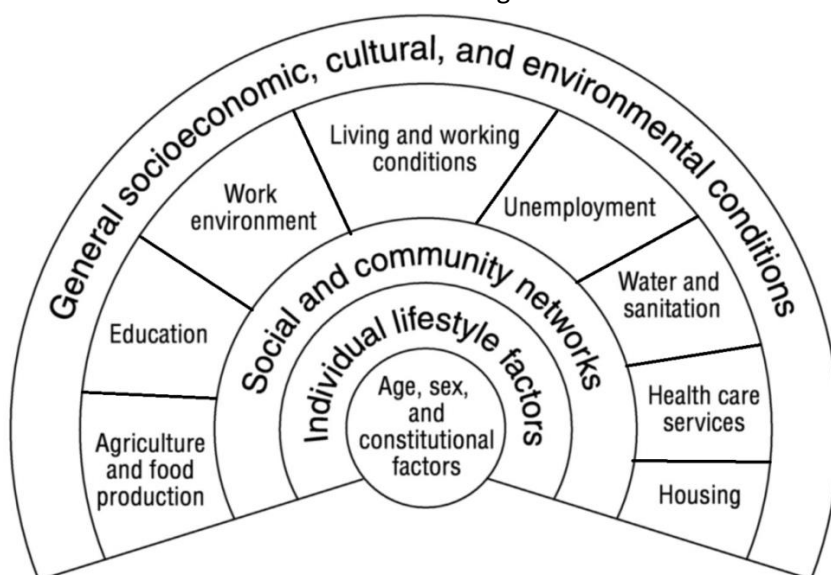
Hoe kunnen we verklaren dat niet-westerse allochtonen, met name de eerste generatie, zich minder gezond voelen dan autochtonen in Nederland?

Deelvragen

1. Waar bestaan de verschillen tussen de gezondheid van niet-westerse allochtonen en autochtonen in Nederland uit?
2. Welke verklaringen worden er in literatuurstudies gevonden?
3. In hoeverre hebben de verklaringen te maken met de positie of status als allochtoon zijnde?

1.3 Theoretisch kader

Op basis van de doelstelling en de geformuleerde vragen van dit onderzoek is er gekozen voor het model van Dahlgren en Whitehead uit 1991. Verscheidene onderzoeken gebruiken het model van Dahlgren en Whitehead om de mogelijke effecten van fysieke en sociale determinanten op gezondheidsongelijkheden te kunnen verklaren (Sheiham et al., 2011). Het model wordt in dit onderzoek gebruikt als hulpmiddel om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Met behulp van de factoren die zich op verschillende niveaus afspelen en de onderlinge relatie met elkaar, kunnen niet alleen de verschillen tussen de gezondheid van niet-westerse allochtonen en autochtonen in Nederland gevonden worden, maar ook de verschillen tussen de generaties. Daarnaast neemt dit model de sociaaleconomische, culturele en milieu factoren mee, wat waarschijnlijk een belangrijk punt is om de laatste onderzoeksvraag mee te beantwoorden. Dit model heeft daarom de voorkeur boven andere gezondheidsmodellen.



Figuur 1. Model van Dahlgren & Whitehead uit 1991

In figuur 1 is te zien dat in het midden van het model de individuele of biologische factoren staan. Onder individuele factoren worden alle aspecten verstaan die te maken hebben met het menselijk lichaam en de genetische factoren, zoals het geslacht, leeftijd of erfelijke afwijkingen (Dahlgren & Whitehead, 1991). Sommige aandoeningen zijn namelijk erfelijk, zoals taaislijmziekte of een aantal vormen van kanker (Kranen & Achterberg, 2011). Niet-westerse allochtonen hebben meer kans op diabetes en tuberculose, waarvan bekend is dat dit deels verklaard kan worden door verschillen in de genetische factoren tussen de bevolkingsgroepen (Kranen, 2012).

Om de individuele factoren heen staan de beïnvloedbare factoren, met als eerste de leefstijl factoren. Voorbeelden van leefstijl zijn beweging, roken, alcoholconsumptie, voeding of drugsgebruik. Wanneer men een bepaald risicovol gedrag vertoont, kan dit direct of indirect gevolgen hebben voor zijn of haar gezondheid. Door een gezonde leefstijl aan te nemen kan een persoon het risico van ziekte of sterfte verkleinen. Volgens de BRAVO-factoren kan iemand een gezonde leefstijl aannemen (Jansen, Schuit & Lucht, 2002). De BRAVO-factoren bestaan uit voldoende Beweging, niet Roken, matige Alcoholconsumptie, juiste Voeding en voldoende Ontspanning. De leefstijlfactoren beweging, roken en alcoholconsumptie en voeding worden verder behandeld in dit artikel.

Om de leefstijl factoren zitten de sociale- en gemeenschapsnetwerken. De leefstijlfactoren worden beïnvloed door de sociale netwerken, zoals familie, vrienden, burens of collega's. Hieromheen staan de leef- en werkomstandigheden en toegang tot voorzieningen. Opleiding, de werkomgeving, het gezondheidszorgsysteem en toegang tot voedsel, water, sanitatie, werk en woning vallen hieronder (Dahlgren & Whitehead, 1991). Het opleidingsniveau is een onderdeel van de leef- en werkomstandigheden, maar wordt ook gebruikt als indicator voor de sociaaleconomische status. 20% van de niet-westerse allochtonen heeft een opleiding in het hoger onderwijs (HBO of WO) gevolgd ten opzichte van 29% van de autochtonen (CBS, 2013). Onder het gezondheidszorgsysteem vallen de kwaliteit en kwantiteit van de verleende gezondheidszorg.

Ten slotte hebben de algemeen sociaaleconomische, culturele en milieu factoren invloed op het hele model (Dahlgren & Whitehead, 1991). Dit speelt zich af op maatschappelijk of macro niveau. Alle determinanten op de verschillende niveaus staan in relatie tot elkaar en beïnvloeden elkaar. De sociale omgeving beïnvloedt de leefstijl van een persoon. De sociale omgeving wordt echter beïnvloed door de leef- en werkomstandigheden terwijl deze weer samenhangen met sociaaleconomische, culturele en milieu factoren. De interactie tussen de biologische, sociale en fysieke factoren worden in het model van Dahlgren & Whitehead duidelijk weergegeven.

1.4 Methode

De onderzoeksmethode in dit onderzoek is een literatuurstudie om de hoofdvraag en de deelvragen te kunnen beantwoorden. Via de databases Scopus en Google Scholar wordt er gezocht naar geschikte literatuur die gebruikt kan worden bij het beantwoorden van de deelvragen en de hoofdvraag. Scopus wordt gebruikt vanwege de uitgebreide database vanuit onder andere de medische, sociale en humane wetenschap. Google Scholar heeft ook erg veel diversiteit in informatie naast wetenschappelijke artikelen, namelijk (delen van) boeken, verslagen of rapporten die nog niet in artikelen verschenen zijn.

Verder kunnen voor specifieke informatie databases als PubMed of Web of Sciences worden gebruikt. De informatie die gebruikt zal worden, zal voornamelijk bestaan uit artikelen uit wetenschappelijke tijdschriften. Daarnaast worden cijfers en feiten van de sites van het CBS, Nationaal Kompas of andere datasites gebruikt om verklaringen te vinden voor het verschil in gezondheid tussen de bevolkingsgroepen.

De determinanten uit het model van Dahlgren & Whitehead zijn systematisch bekeken en onderzocht in de hoofdstukken. De genetische factoren, leefstijl, sociale omgeving, leef- en werkomstandigheden en culturele omstandigheden zullen aan bod komen in zowel het tweede als

het derde hoofdstuk. Aangezien factoren zoals sociale en maatschappelijke participatie en werk indirect te maken hebben met de gezondheid, worden deze factoren in het tweede hoofdstuk besproken.

In hoofdstuk 2 worden de verschillen in gezondheid en gezondheidsgedrag in cijfers uitgedrukt, terwijl het in hoofdstuk 3 vooral gaat om verklaringen te zoeken uit literatuurstudies voor deze verschillen in gezondheid en gezondheidsgedrag. Onderzocht wordt in hoeverre de factoren, ook in onderlinge relaties, de verschillen tussen de gezondheid van niet-westerse allochtonen en autochtonen kunnen verklaren. Verder worden er ook verbanden gelegd tussen de positie of status als allochtoon zijnde en het proces van ziek worden, tot de behandeling en het succes ervan.

De inclusie criteria die gebruikt worden bij de zoektocht naar literatuur zijn: originele en review studies, Engels- en Nederlandstalig onderzoek, kwalitatief en kwantitatief onderzoek, onderzoek waarin de doelgroep gereflecteerd wordt: niet-westerse allochtonen, onderzoek waarin het doel wordt gereflecteerd: het verkrijgen van meer kennis en inzicht in de ervaren gezondheid van niet-westerse allochtonen en ten slotte artikelen vanaf 2005. De zoektermen zullen onder andere zijn: "niet-westerse allochtonen", "allochtonen", "ervaren gezondheid", "gezondheidsklachten" en "verklaringen". Dit omvat uiteraard niet alle termen, maar is slechts een klein deel hiervan. Tijdens het literatuuronderzoek zullen de zoektermen meer specifiek zijn. Voor Engelstalig onderzoek zullen dezelfde zoektermen in de Engelse benaming gezocht worden.

De exclusie criteria zullen zijn: onderzoek anders dan Engels- en Nederlandstalig onderzoek, onderzoek met een andere doelgroep dan niet-westerse allochtonen, onderzoek die de focus legt op andere onderwerpen dan gezondheid, gezondheidsklachten of verklaringen van de minder goed ervaren gezondheid. Ten slotte zullen geen artikelen gebruikt worden die dateren van voor 2005.

De opzet van deze scriptie zal als volgt eruit komen te zien:

- De eerste deelvraag gaat over de verschillen in gezondheid en gezondheidsgedrag. De vier grote verschillen bestaan tussen de vier grootste bevolkingsgroepen en Nederlanders, de eerste en tweede generatie, hoog- en laagopgeleiden en ten slotte mannen en vrouwen. Er wordt bij elke groep gekeken naar de verschillen in ervaren gezondheid, het gebruik van de gezondheidszorg, de gezondheidsrisico's, de sociale contacten en maatschappelijke participatie en ten slotte werk.
- In de tweede deelvraag wordt naar de verklaringen van deze gezondheidsverschillen gezocht. Daarbij wordt gekeken wat de verschillen tussen allochtonen en autochtonen verklaart voor het krijgen of hebben van gezondheidsklachten, het gevoel ziek te zijn, het gebruikmaken van gezondheidszorg en het ervaren succes ervan.
- In de laatste deelvraag wordt nagegaan welke rol de maatschappelijke positie van allochtonen in de relatie tot gezondheid kan spelen. Daarvoor wordt eerst kort de positie van allochtonen beschreven om vervolgens te onderzoeken in hoeverre deze positie de hogere kans om ziek te worden, zich ziek te voelen en ziek te blijven voor niet-westerse allochtonen kan verklaren.

2. Verschillen in gezondheid

Het tweede hoofdstuk gaat over de verschillen in gezondheid tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen in Nederland. Onder niet-westerse allochtonen worden de vier grootste bevolkingsgroepen in Nederland verstaan, namelijk Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Er komen vier duidelijke verschillen in gezondheid naar voren. Ten eerste bestaat er een groot verschil tussen de eerste en tweede generatie niet-westerse allochtonen. Ten tweede is er een verschil in gezondheid tussen hoogopgeleiden en laagopgeleiden. Ten derde is er sprake van gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen. Ten vierde bestaan er nog verschillen in gezondheid tussen de vier grote niet-westerse bevolkingsgroepen in Nederland. Deze verschillen worden in de volgende paragrafen besproken om uiteindelijk de deelvraag van hoofdstuk 2 te kunnen beantwoorden: Waar bestaan de verschillen tussen de gezondheid van niet-westerse allochtonen en autochtonen in Nederland uit?

2.1 Bevolkingsgroepen

In deze eerste paragraaf wordt zowel de gezondheidsverschillen als gezondheidsrisico's zoals leefstijl vergeleken tussen autochtonen (Nederlanders) en niet-westerse allochtonen. Op de niet-westerse allochtonen wordt af en toe dieper ingegaan en onderscheid gemaakt tussen de volgende bevolkingsgroepen: Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen.

2.1.1 Ervaren gezondheid

Als er naar de algemene (ervaren) gezondheid van niet-westerse allochtonen gekeken wordt, lijkt deze minder goed dan die van autochtonen. Zo blijkt 80% van de autochtonen een (zeer) goede gezondheid te ervaren tegenover 77% van de niet-westerse allochtonen (CBS, 2015b). Het percentage mensen dat hun gezondheid als minder dan goed ervaart is dan ook met 19% lager bij autochtonen in vergelijking met niet-westerse allochtonen met 24% (CBS, 2014b). Daarnaast blijkt dat van de autochtonen 10% psychisch ongezond is, terwijl dit het geval is bij ruim 19% van de niet-westerse allochtonen (CBS, 2015b). Een persoon is psychisch ongezond wanneer deze minder dan 60 scoort op de Mental Health Inventory (MHI) volgens het CBS. Bij langdurige aandoeningen lijken er weinig verschillen te zijn tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen. Volgens het CBS (2015c) komt kanker echter bij meer autochtonen (7,0%) voor dan bij niet-westerse allochtonen (1,4%).

2.1.2 Gebruik gezondheidszorg

Het percentage mensen dat in 2014 contact heeft gehad met de huisarts is gelijk voor autochtonen en niet-westerse allochtonen waarbij het in beide gevallen gaat om bijna 68%. Autochtonen maken wel iets meer gebruik van de specialist (40%), de tandarts (79%) en de fysiotherapeut (24%) tegenover respectievelijk 33%, 74% en 15% van de niet-westerse allochtonen (CBS, 2015b). Het aantal ziekenhuisopnames, dagopnames en opnames met overnachtingen is ook gelijk tussen de twee groepen. Autochtonen maken wel iets meer gebruik van de thuiszorg met 8,5% tegenover 6,6% van de niet-westerse allochtonen. Over het algemeen zijn autochtonen en niet-westerse allochtonen even tevreden over de zorgverleners (CBS, 2014c). Verder maken niet-westerse allochtonen minder gebruik van voorgeschreven medicijnen, maar juist meer van niet-voorgeschreven medicijnen in vergelijking met autochtonen (CBS, 2015b).

2.1.3 Gezondheidsrisico's

Onder gezondheidsrisico's vallen factoren van de leefstijl zoals beweging, roken, alcohol en voeding. De leefstijl van een persoon bepaalt in grote mate hoe gezond iemand leeft. Bovendien heeft een persoon controle over zijn of haar eigen leefstijl, waardoor het belangrijk is om een gezonde leefstijl aan te moedigen en goede voorlichting te geven over het belang van een gezonde leefstijl.

Beweging

Uit onderzoek naar beweeggedrag tussen etniciteiten van het CBS (2015c) en Hildebrandt, Bernaards & Stubbe (2013) komt naar voren dat niet-westerse allochtonen minder bewegen en sporten dan autochtonen. De beweegnorm is volgens Hildebrandt, Bernaards & Stubbe (2013) 5 dagen in de week 30 minuten matig intensief bewegen. Onder matig intensief bewegen worden activiteiten als fietsen, wandelen, sporten of (huishoudelijk) werken verstaan. 42% van de niet-westerse allochtonen voldoet in 2009 aan de beweegnorm tegenover 60% van de autochtonen. Onder de niet-westerse bevolkingsgroepen voldoet 25% van de Marokkanen aan de beweegnorm (Hildebrandt, Bernaards & Stubbe, 2013).

Als er gekeken wordt naar de soort beweging blijkt dat niet-westerse allochtonen vaker lopen naar hun bestemming. Andere activiteiten doen zij juist minder. Niet-westerse allochtonen sporten bijvoorbeeld minder dan autochtonen, maar als zij sporten, besteden ze meer tijd aan het sporten (Hildebrandt, Bernaards & Stubbe, 2013). Een groter deel van de niet-westerse allochtonen vindt dat het belang van sporten wordt overdreven, moet zich vaker ertoe zetten en denkt dat ze genoeg bewegen door andere activiteiten. Redenen om te sporten voor niet-westerse allochtonen zijn vaker het uiterlijk en afvallen en minder vaak voor plezier of sociale contacten dan voor autochtonen (Hildebrandt, Bernaards & Stubbe, 2013).

De verschillen in beweging zouden een deel van het gezondheidsverschil in overgewicht kunnen verklaren. Als er namelijk gekeken wordt naar de Turkse en Marokkaanse jeugd blijkt dat twee keer zoveel van deze kinderen (30%) als Nederlandse kinderen (14%) op jonge leeftijd overgewicht hebben (Bakel & Zantinge, 2013).

Roken

In 2013 rookten in totaal 22% van de niet-westerse autochtonen tegenover 23% van de autochtonen (CBS, 2015c). Uit onderzoek van Savelkoul, Zeegers, Blokstra & Verweij (2014) blijkt dat Turken meer roken dan Nederlanders en met name de Turkse mannen. Marokkanen roken juist minder dan Nederlanders, vooral door het geringe aantal vrouwelijke Marokkanen. Roken kan leiden tot een verhoogde kans op longaandoeningen, zoals longkanker, een longontsteking of bronchitis. 2,0% van de niet-westerse allochtonen heeft wel eens last van een acute longontsteking of bronchitis tegenover 1,5% van de autochtonen. Er lijkt dus weinig verschil te zitten in het rookgedrag en de gezondheidsuitkomsten door rookgedrag tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen.

Alcohol

Van de niet-westerse allochtonen drinkt 47% geen alcohol tegenover slechts 16% van de autochtonen (CBS, 2015c). Het aantal zware (14%) of overmatige drinkers (9%) is dan ook groter bij autochtonen dan niet-westerse allochtonen. Marokkanen en Turken drinken minder dan Nederlanders. Verder drinken niet-westerse jongeren ook minder dan autochtone jongeren (Kuunders & Laar, 2009). Religie speelt een belangrijke rol of allochtonen wel of geen alcohol drinken.

Voeding

Voeding is een belangrijke determinant in het beïnvloeden van de gezondheid. Er zijn enkele verschillen tussen de voedselconsumptie van niet-westerse allochtonen en autochtonen. De meeste mensen halen de dagelijkse norm van 200 gram groente en twee stuks fruit per dag niet met uitzondering van Turkse vrouwen (Boer & Rossum, 2013). Turkse en Marokkaanse gezinnen eten echter wel meer groente en fruit, terwijl ze ook vaker onverzadigd vet eten dan autochtonen (Berg, 2010).

Echter hebben beide bevolkingsgroepen evenals de Nederlandse bevolkingsgroep een te hoge inname van verzadigd vet (Boer & Rossum, 2013). Niet-westerse allochtonen krijgen daarnaast minder vitaminen en mineralen binnen dan autochtonen. Turken en Marokkanen van 18 tot 30 jaar krijgen minder calcium, vitamine D en ijzer binnen dan de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid (Berg, 2010; Boer & Rossum, 2013). Door verschillen in het voedingspatroon en het aanbod van

voedingsmiddelen in Nederland en het herkomstland hebben niet-westerse allochtonen meer kans op een te lage inname van bepaalde voedingsstoffen.

Voeding, maar ook voldoende beweging, niet roken en weinig alcohol hebben invloed op de bloeddruk van een persoon. Van de niet-westerse allochtonen heeft 14% last van een hoge bloeddruk tegenover 17% van de autochtonen (CBS, 2015b).

De verschillen in beweging, rookgedrag, alcoholgebruik en voeding met betrekking op de leefstijl zouden een deel van de gezondheidsverschillen kunnen verklaren tussen de bevolkingsgroepen. Weinig beweging kan leiden tot overgewicht, roken veroorzaakt een verhoogde kans op longaandoeningen, overmatig alcoholgebruik is slecht voor de gezondheid en voeding kan onder andere invloed hebben op het gewicht en de bloeddruk.

2.1.4 Sociale contacten en maatschappelijke participatie

Sociale contacten en maatschappelijke participatie zijn indirect van belang voor gezondheidsverschillen, omdat weinig contact met mensen ervoor kan zorgen dat mensen eenzaam worden, zich niet betrokken kunnen voelen en uiteindelijk depressief kunnen raken (Schmeets, 2010). Als allochtonen weinig contact hebben met autochtonen of weinig interesse tonen in de buurt waar zij wonen, kunnen zij zich minder een Nederlander voelen of zich niet thuis voelen. Dit heeft invloed op de psychische gezondheid (Schmeets, 2010).

Niet-westerse allochtonen hebben in 2013 vaker dagelijks contact met familieleden en vrienden dan autochtonen, maar minder met burens (CBS, 2014d). Nederlanders doen juist vaker mee aan activiteiten van verenigingen dan niet-westerse allochtonen. Wat opvalt is dat Marokkanen en vooral Turken voornamelijk omgaan met mensen van dezelfde herkomstgroep (CBS, 2012). Antillianen gaan zelfs meer om met autochtonen dan met mensen van dezelfde herkomstgroep. Toch krijgen Marokkanen, Surinamers en Antillianen niet vaak autochtonen op bezoek. Ongeveer één derde krijgt nooit bezoek van autochtone vrienden of burens. Bij Turken ligt dit percentage zelfs op bijna 50%. Voor autochtonen geldt dat twee derde nooit bij allochtonen langskomt (CBS, 2012).

Hoewel het contact van niet-westerse allochtonen met familie, vrienden en burens niet onderdoet of zelfs beter is, lijkt de maatschappelijke en politieke participatie achter te blijven in vergelijking met autochtonen (Schmeets, 2010; CBS, 2012). Zo zijn niet-westerse allochtonen minder geïnteresseerd in politiek, maar gaan ook minder vaak stemmen dan autochtonen. Van de niet-westerse bevolking volgen Turken de Nederlandse politiek het minst, terwijl Surinamers dit het vaakst doen. Ook doen niet-westerse allochtonen minder vaak aan activiteiten mee van verenigingen en zijn ze minder vaak vrijwilliger voor evenementen (Schmeets, 2010; CBS, 2012; CBS, 2014d;). Surinamers en Antillianen nemen wel vaker deel aan activiteiten of bijeenkomsten van verenigingen dan Turken en Marokkanen.

Als er gekeken wordt naar de religie blijkt dat moslims minder deelnemen aan maatschappelijke activiteiten ten opzichte van andere religies of niet-religieuzen (Schmeets, 2010). Onder de grootste groepen niet-westerse allochtonen in Nederland zijn mensen onder andere afkomstig uit Turkije en Marokko. In deze landen zijn de meeste mensen islamitisch. Er lijkt dus een verband te zitten tussen niet-westerse allochtonen, religie en maatschappelijke participatie. Met name de Turkse herkomstgroep lijkt zich te richten op de eigen gemeenschap terwijl Surinamers en Antillianen meer op Nederland gericht zijn (CBS, 2012). Dit betekent dat Turkse mensen een groter gezondheidsrisico lopen op psychische klachten ten opzichte van Surinamers en Antillianen, omdat zij zich minder op de Nederlandse maatschappij richten. Daardoor hebben Turken meer kans om eenzaam te worden, zich niet thuis te voelen of depressief te raken (Leij & Horne, 2012).

2.1.5 Werk

De arbeidspositie van een persoon kan invloed hebben op de gezondheid. Uit onderzoek is gebleken dat het hebben van werk gezond is (Eysink, Klein Hesselink & Houtman, 2014). Hierbij moet vermeld worden dat niet elke vorm van werk even gezond is. Zo kan zwaar werk in de bouw of werken in de mijnen meer lichamelijk belastend zijn. Voordelen van werken zijn het hebben van structuur, de

sociale contacten en herstel bij ziekte. Echter als de arbeidsomstandigheden ongunstig zijn, kunnen deze de gezondheid negatief beïnvloeden. Dit kan leiden tot stress, ziekteverzuim, gezondheidsklachten en arbeidsongeschiktheid (Eysink, Klein Hesselink & Houtman, 2014).

Onder de bruto-arbeidsparticipatie wordt "het aandeel van de (werkzame en werkloze) beroepsbevolking in de potentiële beroepsbevolking" verstaan (CBS, 2015a). De netto-arbeidsparticipatie is "het aandeel van de werkzame beroepsbevolking in de potentiële beroepsbevolking" (CBS, 2015a). In 2014 was de bruto-arbeidsparticipatie van autochtonen 73% en van niet-westerse allochtonen 60%. De netto-arbeidsparticipatie was 68% onder autochtonen en 48% onder niet autochtonen. 7,4% van de autochtonen was werkloos tegenover 20% van de niet-westerse allochtonen (CBS, 2015a). Van de niet-westerse allochtonen heeft dus een minder groot percentage een baan en zijn er meer mensen werkloos in vergelijking met autochtonen. Surinamers hebben de hoogste arbeidsdeelname, terwijl Turken en Marokkanen de laagste arbeidsdeelname hebben (CBS, 2012).

Naast arbeidsparticipatie is het uurloon onderdeel van de werkomstandigheden. Uit onderzoek over banen bij de overheid in 2008 van Mooij, Bottelberghs, Goedhuys, Tillaart & Wagner (2010) kwam naar voren dat niet-westerse allochtonen minder verdienen dan autochtonen. Een deel van deze verschillen in uurloon kunnen verklaard worden door leeftijd, opleidingsniveau en het soort werk (Mooij et al., 2010).

Verder heeft de economische crisis van 2008 veel invloed gehad op onder andere de werkgelegenheid. Voornamelijk niet-westerse allochtonen werden hard getroffen door deze crisis (CBS, 2012). Dit komt doordat zij minder vaak een vaste baan hebben dan autochtonen, waardoor deze groep als eerste hun baan verliest.

2.2 Eerste en tweede generatie niet-westerse allochtonen

In de vorige paragraaf is naar voren gekomen dat er verschillen in gezondheid zijn tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen. Hierbij wordt er geen rekening gehouden met de verschillen tussen de eerste en tweede generatie allochtonen. Er blijkt echter dat de tweede generatie duidelijk andere uitkomsten in gezondheid vertoont dan de eerste generatie niet-westerse allochtonen. Daarom wordt dit onderwerp in deze paragraaf behandeld.

2.2.1 Ervaren gezondheid

Het percentage niet-westerse allochtonen met een goed ervaren gezondheid is 77% tegenover 80% van de autochtonen (CBS, 2015b). Als er echter een onderscheid wordt gemaakt tussen de generaties van niet-westerse allochtonen komt naar voren dat 88% van de tweede generatie een (zeer) goede gezondheid ervaart, wat zelfs meer is dan de ervaren gezondheid van autochtonen. Van de eerste generatie ervaart 69% een (zeer) goede gezondheid. Het percentage eerste generatie niet-westerse allochtonen dat hun gezondheid als minder dan goed ervaart, is dan ook met 34% evenredig aan de tweede generatie met 24% (CBS, 2014b). Er is nu een duidelijk verschil te zien in de ervaren gezondheid tussen de eerste en tweede generatie niet-westerse allochtonen.

Ook in andere opzichten zijn er verschillen in de gezondheid tussen de eerste en tweede generatie niet-westerse allochtonen. Zo is van de eerste generatie 22% psychisch ongezond, terwijl dit het geval is bij 13% van de tweede generatie (CBS, 2015b). Van de tweede generatie heeft 16% een langdurige aandoening, wat ruim elf procent minder is dan bij autochtonen. Verder heeft meer dan het dubbele percentage van de eerste generatie met 37% een langdurige aandoening (CBS, 2015b). 7,7% van de eerste generatie lijdt aan diabetes type 2, terwijl slechts 0,4% van de tweede generatie hier aan lijdt. Daarnaast heeft van de eerste generatie 3,7% ooit een beroerte, 4,2% een hartinfarct gehad en 1,9% kanker gehad tegenover respectievelijk slechts 1,7%, 0,0% en 0,7% van de tweede generatie (CBS, 2015b). De tweede generatie van niet-westerse allochtonen lijdt over het algemeen niet alleen minder aan langdurige aandoeningen dan de eerste generatie niet-westerse allochtonen, maar ook minder dan autochtonen.

2.2.2 Gebruik gezondheidszorg

Het percentage van de eerste generatie niet-westerse allochtonen dat voorgeschreven medicijnen gebruikt, is ruim twee keer zo hoog (40%) in vergelijking met de tweede generatie (18%) (CBS, 2015b). Ook gebruikt de eerste generatie iets meer niet-voorgeschreven medicijnen (43%) dan de tweede generatie (38%). Uit onderzoek van Verweij & Elferink (2011) blijkt bijvoorbeeld dat de eerste generatie twee keer zo vaak medicijnen tegen diabetes krijgt als de tweede generatie of autochtonen, omdat zij ook meer aan diabetes lijden dan de andere twee groepen. Daarnaast kan het verschil in medicijngebruik tussen de generaties aan het leeftijdsverschil liggen.

Verder gaat de eerste generatie niet-westerse allochtonen vaker naar de huisarts (73%), de specialist (39%), de fysiotherapeut (17%) of de psycholoog (10%) dan de tweede generatie met respectievelijk 62%, 26%, 12% en 7% (CBS, 2015b). De tweede generatie gaat wel juist iets vaker naar de tandarts, maar dit kan ook voor controle en dus preventief zijn. Naast het gebruik van de zorgverleners heeft de eerste generatie vaker een dagopname (8,6%) of opname met overnachting (6,2%) in het ziekenhuis dan de tweede generatie waarvan 4,4% een dagopname en 3,8% een opname met overnachting heeft gehad (CBS, 2015b).

Er is weinig verschil in de tevredenheid met de huisarts, specialist of ziekenhuis tussen de eerste generatie niet-westerse allochtonen en de tweede generatie (CBS, 2015b). De tweede generatie lijkt met maar een paar decimaal verschil net iets vaker tevreden te zijn dan de eerste generatie.

2.2.3 Gezondheidsrisico's

Beweging

Van de niet-westerse allochtonen voldoet de eerste generatie met 34% het minst aan de beweegnorm (CBS, 2015c). Verder heeft de eerste generatie niet-westerse allochtonen met 52% vaker overgewicht dan de tweede generatie met 30% of autochtonen met 43% (CBS, 2015c). Dit kan deels veroorzaakt worden door te weinig beweging, maar kan ook liggen aan het voedingspatroon.

Roken

Er is weinig verschil tussen het rookgedrag van de eerste en tweede generatie van niet-westerse allochtonen (CBS, 2015c). Vrouwen van de tweede generatie roken vaker tijdens de zwangerschap dan de eerste generatie (Savelkoul et al., 2014).

Alcohol

Van de tweede generatie drinken iets meer mensen geen alcohol (50%) in vergelijking met de eerste generatie (46%) en zijn minder mensen zware (3,9% tegenover 7,5%) of overmatige drinkers (0,0% tegenover 4,3%) dan de eerste generatie (CBS, 2015c).

Voeding

De eerste generatie kookt voornamelijk traditionele gerechten, terwijl de tweede generatie eerder westers kookt met af en toe traditionele ingrediënten (Berg, 2010). Gemak speelt hierbij een belangrijk rol, waardoor er vaker voor westerse gerechten gekozen wordt die sneller klaar zijn. Ook de vraag van de kinderen naar westerse gerechten geeft de doorslag om vaker westerse gerechten te koken. Traditionele gerechten worden voornamelijk bij de ouders (de eerste generatie) gegeten of in het weekend bereid. Bij het eten van traditionele gerechten wordt er vaak veel en uitgebreid gegeten. Daarnaast wordt bij het traditioneel bereiden veel vet door middel van roomboter of bakolie gebruikt (Berg, 2010).

2.2.4 Sociale contacten en maatschappelijke participatie

De tweede generatie niet-westerse allochtonen richten zich vaker dan de eerste generatie op contacten buiten de eigen herkomstgroep (CBS, 2012). Zij gaan vaker met autochtonen om, terwijl de eerste generatie vaker met mensen uit de eigen herkomstgroep omgaat. Daarnaast is de tweede generatie meer actief in het verenigingsleven en hebben zij meer vertrouwen in de medemens dan

de eerste generatie. De eerste generatie doet echter meer aan vrijwilligerswerk dan de tweede generatie (CBS, 2012).

2.2.5 Werk

De tweede generatie niet-westerse allochtonen heeft vaker een baan, is minder vaak werkloos en heeft over het algemeen een hoger onderwijs- en beroepsniveau dan de eerste generatie (CBS, 2012). Volgens Loog (2013) hebben tweede generatie niet-westerse vrouwen even vaak een baan als autochtone vrouwen. Niet-westerse vrouwen, zowel de eerste (36%) als tweede generatie (46%), hebben bovendien vaker een voltijdbaan dan autochtone vrouwen (27%).

De economische crisis in 2008 heeft onder andere veel invloed gehad op de werkgelegenheid. De tweede generatie niet-westerse allochtonen werd geraakt door de crisis (CBS, 2012). Een groot aantal kreeg een bijstandsuitkering, doordat zij vaak jonger dan autochtonen of de eerste generatie zijn en de werkloosheid in deze jongeren groep vaak hoog is.

2.3 Opleidingsniveau

Het opleidingsniveau heeft ook een rol in de gezondheidsverschillen. Meer niet-westerse allochtonen hebben een lager opleidingsniveau dan autochtonen. In 2012 had 41% van de niet-westerse allochtonen een opleiding vmbo of mbo1 en lager gevolgd ten opzichte van 29% van de autochtonen (CBS, 2013). 20% van de niet-westerse allochtonen hebben in hetzelfde jaar een opleiding in het hoger onderwijs (HBO of WO) gevolgd tegenover 29% van de autochtonen (CBS, 2013).

Wanneer het onderwijsniveau lager is, wordt het subjectief welbevinden ook lager (CBS, 2015b). Verder geldt hoe lager het onderwijsniveau, hoe vaker mensen naar de huisarts gaan. Niet-westerse allochtonen hebben niet alleen vaker een lager opleidingsniveau, maar ervaren ook een slechtere gezondheid.

2.3.1 Ervaren gezondheid

De ervaren gezondheid is minder goed bij mensen in het algemeen met een laag onderwijsniveau, terwijl mensen met een hoog onderwijsniveau een betere gezondheid ervaren. Van de mensen die alleen het basisonderwijs hebben gevolgd, ervaart 47% de gezondheid als minder dan goed. Daarentegen ervaart slechts 11% van de mensen die het wetenschappelijk onderwijs hebben gevolgd de gezondheid als minder dan goed. Van de mensen die hun gezondheid goed of zeer goed ervaren, heeft 53% het basisonderwijs gevolgd tegenover 89% van de mensen die het wetenschappelijk onderwijs hebben gevolgd (CBS, 2014b).

Niet-westerse allochtonen hebben vaker een lager opleidingsniveau en hun ervaren gezondheid is ook minder goed (CBS, 2013; CBS, 2015b). Niet-westerse allochtonen lijken dus een minder goed ervaren gezondheid te hebben, deels omdat hun opleidingsniveau ook lager is.

2.3.2 Gebruik gezondheidszorg

Hoe hoger de opleiding van een persoon, hoe minder vaak deze gebruik maakt van voorgeschreven medicijnen en meer van niet voorgeschreven medicijnen. Andersom geldt dat hoe lager de opleiding, hoe meer er gebruik wordt gemaakt van voorgeschreven medicijnen en minder van niet voorgeschreven medicijnen (CBS, 2015b). Laagopgeleiden in het algemeen maken ook meer gebruik van de huisarts of specialist en hebben vaker een ziekenhuisopname met overnachting of dagopname in vergelijking met hoogopgeleiden. Zij gaan echter minder vaak naar de tandarts, fysiotherapeut of psycholoog dan hoogopgeleiden (CBS, 2015b). Daarnaast zijn laagopgeleiden meer tevreden met de diensten van de huisarts, specialist, fysiotherapeut dan hoogopgeleiden. Zij zijn echter minder tevreden met diensten van de tandarts en het ziekenhuis dan hoogopgeleiden (CBS, 2014c).

De eerste generatie niet-westerse allochtonen maakt meer gebruik van voorgeschreven en niet-voorgeschreven medicijnen dan de tweede generatie. Ook maakt de eerste generatie meer gebruik van de huisarts, specialist en het ziekenhuis, maar minder van de tandarts dan de tweede generatie

(CBS, 2015b). Daarnaast is de eerste generatie meer tevreden met de diensten van de huisarts, even tevreden met diensten van de specialist en het ziekenhuis, maar minder tevreden met de diensten van de tandarts dan de tweede generatie (CBS, 2014c). De eerste generatie niet-westerse allochtonen heeft over het algemeen ook een lager onderwijsniveau dan de tweede generatie, dus dit kan verband houden met het vaker gebruik van de gezondheidszorg en de tevredenheid van de gezondheidszorg.

2.3.3 Gezondheidsrisico's

Hoe lager het onderwijsniveau van mensen, hoe ongezonder de leefstijl wordt. Mensen met een lager onderwijsniveau roken meer, zijn vaker zware of overmatige drinkers en hebben vaker last van matig tot ernstig overgewicht (CBS, 2015c). Turkse en Marokkaanse jongeren en de eerste generatie niet-westerse allochtonen hebben dan ook vaker last van overgewicht dan Nederlanders. Hun opleidingsniveau is ook meestal lager dan die van autochtonen of van de tweede generatie.

Alhoewel niet-westerse allochtonen vaak een lager opleidingsniveau hebben, roken zij over het algemeen minder en drinken minder of zelfs geen alcohol in vergelijking met autochtonen (CBS, 2015c). Dit heeft voor een groot deel te maken met hun religie, waarbij bijvoorbeeld alcohol drinken verboden is. Verder kiezen hoogopgeleide allochtonen minder vaak om uitgebreid en traditioneel te koken, maar juist vaker voor gemak en westerse gerechten omdat zij minder tijd hebben door hun werk (Berg, 2010). Voornamelijk de eerste generatie kookt nog vaak traditioneel en uitgebreid. Bij traditionele gerechten wordt er echter veel vet gebruikt en veel gegeten.

2.3.4 Sociale contacten en maatschappelijke participatie

Mensen met een lager onderwijsniveau hebben vaker dagelijks contact met familieleden, vrienden en burens dan mensen met een hoger onderwijsniveau (CBS, 2014c). Dit zou deels kunnen verklaren waarom niet-westerse allochtonen vaker dagelijks contact met familieleden en vrienden hebben aangezien zij over het algemeen vaker een lagere opleiding doen of hebben gehad dan autochtonen. Hoogopgeleide allochtonen brengen echter vaker de tijd door met mensen buiten hun eigen herkomstgroep dan laagopgeleiden (CBS, 2012).

Verder hebben laagopgeleide niet-westerse allochtonen vaker een positiever oordeel over de buurt dan hoogopgeleide niet-westerse allochtonen. Zij vinden hun buurt ook vaker gezellig en voelen zich vaker thuis dan hoogopgeleiden (CBS, 2012). Hoogopgeleiden zijn juist weer actiever in het verenigingsleven en doen vaker vrijwilligerswerk dan laagopgeleiden.

2.3.5 Werk

Het onderwijsniveau heeft ook invloed op de arbeidsparticipatie. Hoe hoger het onderwijsniveau, hoe meer mensen er werken en minder mensen werkloos zijn (CBS, 2015a). Omdat meer niet-westerse allochtonen laag opgeleid zijn, zijn zij vaker werkloos dan autochtonen. Daarnaast heeft het onderwijsniveau invloed op de kwaliteit van werk. Laagopgeleiden doen namelijk vaker lichamelijk zwaar werk, hebben een lagere functie op het werk of hebben geen vast contract. Van de eerste generatie niet-westerse allochtonen, die meestal laag- of ongeschoold waren, deden veel lichamelijk zwaar werk zoals in de mijnen werken (Jennissen & Oudhof, 2007). Daarnaast bestaat werk van een lagere kwaliteit vaak uit veel eentonigheid, weinig uitdaging en weinig autonomie.

2.4 Mannen en vrouwen

Naast de gezondheidsverschillen tussen de verschillende bevolkingsgroepen, de eerste en tweede generatie en hoog- en laagopgeleiden, bestaan er verschillen in de gezondheid tussen mannen en vrouwen. Vrouwen ervaren over het algemeen een minder goede gezondheid dan mannen en maken ook meer gebruik van de gezondheidszorg (CBS, 2015b).

2.4.1 Ervaren gezondheid

Vrouwen hebben en ervaren meer gezondheidsklachten dan mannen. Daarnaast bestaan er verschillen tussen mannen en vrouwen in verschillende bevolkingsgroepen. Turkse vrouwen en Marokkaanse mannen hebben bijvoorbeeld vaker last van depressieve klachten dan autochtonen (Houben-van Hertten & Verweij, 2013). Tussen 2006 en 2012 had 21% van de Marokkaanse mannen depressieve klachten tegenover 7% van de autochtone mannen. Van de Turkse vrouwen had 26% depressieve klachten tegenover 11% van de autochtone vrouwen (Houben-van Hertten & Verweij, 2013). Het aantal Turkse vrouwen dat antidepressiva gebruikt in 2011 ligt ook een stuk hoger dan bij autochtone vrouwen, voornamelijk onder de 45 tot 55 jarigen (Houben-van Hertten & Verweij, 2013). Naast het verschil in depressieve klachten is er ook een ander voorbeeld in het verschil in een verhoogde bloeddruk tussen autochtonen en niet-westerse allochtonen (Verschuren, Valkengoed & Leent-Loenen, 2008). Uit onderzoek gehouden in Amsterdam blijkt dat Turkse en Marokkaanse vrouwen minder vaak een verhoogde bloeddruk hadden dan Nederlandse vrouwen. Echter komt een verhoogde bloeddruk vaker voor bij oudere Turkse en Marokkaanse mannen dan Nederlandse mannen (Verschuren, Valkengoed & Leent-Loenen, 2008). Bij beide uitkomsten moet gezegd worden dat de determinanten leeftijd en overgewicht een rol hebben gespeeld in de uitkomsten, omdat er meer jongere allochtonen in de doelgroep zitten. Daarom hebben zij minder last van klachten als een verhoogde bloeddruk.

Meer vrouwen hebben ooit eens kanker (7,6%) heeft gehad dan mannen (4,9%) (CBS, 2015b). Niet-westerse allochtonen krijgen echter minder vaak kanker dan autochtonen (CBS, 2014b)

2.4.2 Gebruik gezondheidszorg

Tussen mannen en vrouwen bestaat niet alleen een verschil in de ervaren gezondheid, maar ook in het gebruik van de gezondheidszorg. Vrouwen in het algemeen maken meer gebruik van de gezondheidszorg en medicijnen dan mannen (CBS, 2015b). Zij gaan vaker naar de huisarts (73%), specialist (43%), tandarts (80%), fysiotherapeut (26%), psycholoog (9,7%) en hebben vaker een opname met overnachting (8,1%) dan mannen met respectievelijk 63%, 37%, 76%, 20%, 1,7% en 7,2% die gebruikmaken van de zorgverleners. Bovendien maken zij vaker gebruik van de thuiszorg (8,5% om 4,0%) dan mannen (CBS, 2015b).

2.4.3 Gezondheidsrisico's

Roken

In Nederland roken mannen in het algemeen meer dan vrouwen (CBS, 2015c). Onder jongeren in verschillende bevolkingsgroepen roken Marokkanen en met name Marokkaanse meisjes het minst. Echter als er gekeken wordt naar zwangere vrouwen in de verschillende bevolkingsgroepen, blijkt dat Turkse en Marokkaanse vrouwen minder vaak stoppen met roken dan Nederlandse vrouwen (Savelkoul et al., 2014).

Alcohol

Kuunders & Laar (2009) zeggen dat mannen in Nederland over het algemeen meer drinken dan vrouwen. Marokkaanse (6-12%) en Turkse mannen (23-28%) drinken minder dan Nederlandse mannen (82-88%). Het percentage Marokkaanse en Turkse vrouwen drinken (0-11%) is in vergelijking met Nederlandse vrouwen (70%) een stuk lager.

Voeding

De meeste mensen halen de dagelijkse norm van 200 gram groente en twee stuks fruit per dag niet met uitzondering van Turkse vrouwen (Boer & Rossum, 2013). Ook hebben Turkse en Marokkaanse vrouwen een hogere inname van gezonde vetzuren dan Nederlandse vrouwen.

2.4.4 Sociale contacten en maatschappelijke participatie

Vrouwen hebben iets vaker contact met familieleden en vrienden dan mannen (CBS, 2012). Het contact met de burens of deelname aan activiteiten van verenigingen is wel gelijk tussen mannen en vrouwen in het algemeen. Van de verschillende bevolkingsgroepen gaan de allochtone vrouwen minder vaak naar activiteiten of bijeenkomsten van verenigingen.

2.4.5 Werk

Er zijn over het algemeen meer mannen die werken en niet werkloos zijn dan vrouwen (CBS, 2015a). Surinaamse, Antilliaanse of Arubaanse vrouwen hebben wel een hoger percentage arbeidsparticipatie dan autochtone vrouwen (Loog, 2013). Surinaamse vrouwen hebben dan ook het vaakst een voltijd baan.

Uit onderzoek van Mooij et al. (2010) blijkt dat autochtone vrouwen minder verdienen dan autochtone mannen. Niet-westerse vrouwen van 55 tot 65 jaar verdienen juist meer dan niet-westerse mannen en autochtone vrouwen.

2.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk gaat het om de deelvraag: Waar bestaan de verschillen tussen de gezondheid van niet-westerse allochtonen en autochtonen in Nederland uit? We zijn te weten gekomen dat er niet alleen verschillen in gezondheid en gezondheidsgedrag bestaan tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen, maar ook tussen de niet-westerse bevolkingsgroepen, de eerste en tweede generatie, hoog- en laagopgeleiden en ten slotte tussen mannen en vrouwen.

Bij beschouwing van de bevolkingsgroepen bestaan er duidelijke verschillen tussen Turken, Marokkanen en Surinamers, Antillianen. De laatste twee bevolkingsgroepen lijken een beter ervaren gezondheid te hebben, maken minder gebruik van de gezondheidszorg en hebben meer sociale contacten met autochtonen dan Turken en Marokkanen. Daarnaast hebben Surinamers de hoogste arbeidsparticipatie van de vier grootste niet-westerse bevolkingsgroepen, terwijl Turken en Marokkanen de laagste arbeidsparticipatie hebben.

Van de tweede groep zijn vooral de verschillen het grootst tussen de eerste generatie niet-westerse allochtonen en autochtonen. De eerste generatie heeft een slechter ervaren gezondheid, maakt meer gebruik van de gezondheidszorg, heeft andere gezondheidsrisico's, heeft minder sociale contacten met autochtonen, is minder maatschappelijk betrokken, en heeft minder vaak werk dan de tweede generatie niet-westerse allochtonen en autochtonen. De tweede generatie lijkt zelfs een beter ervaren gezondheid te hebben en maakt minder vaak gebruik van de gezondheidszorg dan autochtonen.

De gezondheidsverschillen tussen hoog- en laagopgeleiden zijn ook opvallend. Niet-westerse allochtonen hebben over het algemeen een lager opleidingsniveau dan autochtonen. Laagopgeleiden laten in alle opzichten slechtere cijfers zien ten opzichte van hoogopgeleiden met betrekking op gezondheid en gezondheidsgedrag. Zo maken laagopgeleiden vaker gebruik van de gezondheidszorg, hebben zij een slechter ervaren gezondheid, hebben een ongezondere leefstijl met meer roken en alcoholgebruik, en zijn ze vaker werkloos.

De laatste groep laat ten slotte ook duidelijk gezondheidsverschillen zien tussen mannen en vrouwen. Zo ervaren vrouwen meer gezondheidsklachten en maken zij meer gebruik van de gezondheidszorg dan mannen. Mannen vertonen echter meer gezondheidsrisico's, zoals meer drinken, roken, en minder fruit en groente eten dan vrouwen. Dit geldt voor zowel autochtone als niet-westerse allochtone mannen. Verder zijn minder mannen werkloos en verdienen zij over het algemeen meer dan vrouwen.

3. Verklaringen gezondheidsverschillen

In hoofdstuk 2 is naar voren gekomen dat de verschillen in gezondheid tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen in Nederland voornamelijk in de volgende vier groepen voorkomen: verschillende bevolkingsgroepen, eerste en tweede generatie allochtonen, hoog- en laagopgeleiden en mannen en vrouwen.

In dit hoofdstuk wordt gezocht naar de verklaringen van de etnische gezondheidsverschillen in literatuurstudies. De deelvraag van hoofdstuk 3 luidt daarom als volgt: Welke verklaringen worden er in literatuurstudies gevonden? Daarbij volgen de paragrafen elkaar op in analogie van een ziekte, namelijk van verklaring voor het krijgen of hebben van een ziekte naar verklaringen voor het gevoel van ziek zijn, de behandeling en het succes ervan.

3.1 Krijgen en hebben van gezondheidsklachten

De eerste fase is het krijgen en het hebben van gezondheidsklachten voordat men naar de huisarts gaat. In deze fase is het belangrijk om te kijken naar de oorzaak van de gezondheidsklachten. Komen deze klachten door de genetische aanleg en is het erfelijk bepaald? Of heeft leefstijl een groot aandeel in het ontstaan van de gezondheidsklachten?

3.1.1 Genetische aanleg

Bepaalde erfelijke ziekten komen vaker of juist minder vaak voor bij bepaalde bevolkingsgroepen. Sikkkelcelziekte is een voorbeeld van een ernstige erfelijke ziekte die veel bij Surinamers en Antillianen voorkomen (Suurmond, Seeleman & Stronks, 2007b). Daarnaast komen aandoeningen als tuberculose, diabetes, hart- en vaatziekten en depressies vaker voor bij allochtonen dan Nederlanders. Het verschilt echter per bevolkingsgroep of een aandoening vaker voorkomt. Zo komt diabetes het vaakst voor bij Surinamers en in verhouding met Nederlanders minder vaak bij Turken en Marokkanen. Hart- en vaatziekten komen in vergelijking met Nederlanders vaker voor bij Turken en Surinamers, maar juist minder vaak bij Marokkanen (Suurmond, Seeleman & Stronks, 2007b). De meeste vormen van kanker komen ook minder vaak voor bij niet-westerse allochtonen dan autochtonen.

Het is niet altijd duidelijk of bepaalde aandoeningen erfelijk zijn bepaald of dat andere factoren een rol spelen. Zo kan diabetes type 2 door zowel genetische factoren ontstaan als door omgevingsfactoren en leefstijl. Bij het krijgen van kanker lijkt de genetische aanleg wel een rol te spelen, omdat de meeste vormen van kanker minder vaak voorkomt bij niet-westerse allochtonen (Kranen & Achterberg, 2011).

3.1.2 Leefstijl

Over het algemeen hebben niet-westerse allochtonen een andere leefstijl dan autochtonen in Nederland. Er kan niet geconcludeerd worden dat zij een ongezondere leefstijl hebben dan Nederlanders. Niet-westerse allochtonen bewegen en sporten weliswaar minder, maar op Turkse mannen na roken zij minder dan autochtonen (Hildebrandt, Bernaards & Stubbe, 2013; Savelkoul et al., 2014; CBS, 2015b). Daarnaast drinken zij minder alcohol dan Nederlanders. Zo drinkt bijna de helft van de niet-westerse bevolking nooit alcohol (Kuunders & Laar, 2009). Religie speelt hierbij een belangrijke rol. Verder halen alleen Turkse vrouwen de dagelijkse norm van groente- en fruitconsumptie. Niet-westerse allochtonen krijgen echter minder vitaminen, mineralen en bepaalde voedingsstoffen naar binnen dan autochtonen (Boer & Rossum, 2013). Op sommige onderdelen in de leefstijl doen niet-westerse autochtonen het dus minder goed dan autochtonen, maar op sommige onderdelen doen zij het juist beter.

3.2 Gevoel van ziek zijn

3.2.1 Perceptie

De perceptie van gezondheid en ziekte verschilt per individu. Individuele factoren kunnen zijn hoe iemands persoonlijke ervaringen zijn met gezondheid en ziekte. De beleving hiervan hangt echter

deels af van de verwachtingen die een persoon heeft over gezondheid en de gezondheidszorg. Als de verwachtingen anders zijn, is de kans groter dat de beleving ook anders zal zijn.

Door culturele verschillen kan wat men als gezond en ziek ervaart en benoemt verschillen. Het is belangrijk dat de perceptie en interpretatie van gezondheidsklachten niet al te veel verschilt tussen de arts en de patiënt. Wanneer de allochtone patiënt de klachten anders ervaart en benoemt dan een autochtone patiënt zou doen en zoals artsen gewend zijn, kan de arts een ander ziektebeeld voor ogen hebben. De arts krijgt door deze andere benoeming van de klachten (door een andere ervaring van de allochtone patiënt) een andere interpretatie van de klachten. Als gevolg hiervan kan de arts een verkeerde diagnose stellen met een verkeerde behandeling (Meeuwesen, Harmsen & Bruijnzeels, 2006).

Uit onderzoek van Meeuwesen, Harmsen, Bernsen & Bruijnzeels (2006) blijkt dat er veel miscommunicatie en onbegrip bestaat tussen artsen en allochtone patiënten in Nederland. Door de verschillende percepties van gezondheid en ziekte bestaat er een grotere kans op onjuiste diagnoses, minder acceptatie met de geadviseerde behandelingen en meer ontevredenheid bij allochtone patiënten.

Suurmond, Seeleman & Stronks (2007b) zeggen dat bepaalde opvattingen over wat goede zorg is cultuurgebonden zijn. Voorbeelden zijn opvattingen over zelfredzaamheid, psychosociale hulpverlening, ziekteverklaring en openlijk praten over ziekte en dood.

3.2.2 Lichamelijk versus psychische klachten

Uit onderzoek blijkt dat allochtone patiënten hun ziekte en klachten vaak anders beschrijven dan artsen gewend zijn of zelf zouden doen (Suurmond & Seeleman, 2006). Bij somatische klachten kan dit leiden tot veel miscommunicatie en onbegrip tussen beide partijen. Een allochtone patiënt ervaart bijvoorbeeld lichamelijke klachten bij stoornissen die de arts als psychisch interpreteert. Als gevolg neemt hij de somatische klachten niet serieus en/of behandelt die niet.

Een voorbeeld zou zijn dat een niet-westerse patiënt naar de huisarts gaat met gezondheidsklachten. De patiënt omschrijft wat hij of zij voelt, bijvoorbeeld hoofdpijn en buikpijn. De dokter kan geen lichamelijke bijzonderheden vinden, beschouwt deze klachten daarom als psychisch en geeft de patiënt wat pillen mee. Het medicijn blijkt niet te helpen tegen de lichamelijke klachten, waarna de patiënt weer terug gaat naar de huisarts met hetzelfde probleem. Deze situatie herhaalt zich een aantal keer, waardoor de patiënt zich niet serieus genomen voelt en de huisarts ongeduldig wordt. De patiënt ervaart de lichamelijke klachten wel als vervelend en ernstig, terwijl de huisarts het gevoel heeft dat hij of zij hier niets tegen kan doen, en denkt dat de klachten psychisch zijn. Door een verschillende beleving en benoeming van de klachten, verschilt ook de interpretatie van de klachten. Op deze manier komen de perceptie en interpretatie van gezondheid en ziekte niet met elkaar overeen, wat uiteindelijk tot een onjuiste diagnose en behandeling kan leiden. De behandeling en het succes ervan worden in de volgende paragraaf besproken.

3.3 Behandeling en ziek blijven

In deze paragraaf worden de verschillen in het laatste proces van ziek worden naar de behandeling of ziek blijven beschreven. De volgende onderwerpen worden hierbij behandeld: verschil in zorgaanbod en zorgbehoefte, zorggebruik en interactie.

3.3.1 Zorgaanbod en zorgbehoefte

Volgens Suurmond, Seeleman & Stronks (2007b) is de aansluiting bij allochtonen tussen zorgaanbod en zorgbehoefte niet altijd even goed. De volgende vijf knelpunten komen hierbij aan bod: kennis zorgaanbod, culturele achtergrond, sociaaleconomische positie, maatschappelijke uitsluiting en communicatieproblemen.

Ten eerste worden Nederlandse hulpverleners opgeleid om vraaggerichte zorg te verlenen. Hiermee wordt er vanuit gegaan dat de zorgvragers hun zorgbehoeften duidelijk kunnen formuleren. Daarvoor is kennis en inzicht in het zorgaanbod nodig. Allochtonen zijn echter niet altijd op de

hoogte van de mogelijkheden van het Nederlandse zorgsysteem en het zorgaanbod. Daarom is het belangrijk dat hulpverleners informatie geven aan allochtone patiënten over de mogelijke zorgvoorzieningen en eventueel doorverwijzingen geven. Doordat de niet-westerse patiënten minder kennis over het zorgaanbod hebben, kunnen zij ook minder in hun zorgbehoefte voldoen.

Ten tweede heeft de culturele achtergrond invloed op de opvattingen over de gezondheidszorg. In Nederland is bijvoorbeeld zelfredzaamheid een belangrijke waarde in de gezondheidszorg. Van patiënten wordt verwacht dat zij op een gegeven ogenblik weer voor zichzelf kunnen zorgen. Allochtone patiënten zijn echter meer gewend dat zieken of gehandicapten volledig en tot het einde van de ziekte verzorgd worden (Suurmond, Seeleman & Stronks, 2007a). Verder wordt in Nederland psychische hulp als heel normaal en gebruikelijk gezien wanneer mensen iets ernstigs hebben meegemaakt.

Bij allochtonen ligt op psychische hulp veelal een taboe, omdat zij het idee hebben dat psychische klachten betekenen dat je gek bent. Uit onderzoek is gebleken dat allochtone patiënten voornamelijk behoefte hebben aan praktische hulp in plaats van psychische hulp wanneer zij maatschappelijke zorg nodig hebben (Suurmond, Seeleman & Stronks, 2007a). Allochtone patiënten hebben vaak ook meer moeite om vrijuit over ziekte en dood te praten. Soms verzwijgen zij hun ziekte of belangrijke klachten aan de arts, maar ook de familie, waardoor zij geen noodzakelijke medische hulp krijgen. Schaamte en een gebrek aan assertiviteit speelt een rol om geen psychische of medische hulp in te schakelen.

Ten derde heeft de sociaaleconomische positie invloed op zorgbehoefte van allochtonen. Zij hebben over het algemeen een lagere sociaaleconomische status dan Nederlanders. Voornamelijk allochtonen uit de eerste generatie hebben vaker ongeschoold en zwaar werk. Dit kan het volgen van de medicatievoorschriften bemoeilijken wanneer deze allochtone patiënt in de ploegendienst werkt en niet het belang ziet of de mogelijkheid er niet voor heeft om zich aan de medicatievoorschriften te houden (Suurmond, Seeleman & Stronks, 2007a).

Het vierde probleem is maatschappelijke uitsluiting. Tegenwoordig wordt er geprobeerd zo veel mogelijk rekening te houden met de gebruiken van andere etniciteiten. Echter komen directe en indirecte discriminatie nog steeds voor. Een voorbeeld van onbedoelde uitsluiting is de afwezigheid van een gebedsruimte van de familie om op hun eigen manier afscheid te nemen van de zieke of overledene (Suurmond, Seeleman & Stronks, 2007a).

Het laatste knelpunt tussen zorgaanbod en zorgbehoefte zijn communicatieproblemen. In hoofdstuk 3.3.4 wordt verder ingegaan op de interactie tussen allochtone patiënten en autochtone zorgverleners en de miscommunicatie die hierbij kan ontstaan.

3.3.2 Zorggebruik

In hoofdstuk 2 is duidelijk geworden dat er verschillen zijn in het zorggebruik tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen in Nederland. Er kunnen een aantal verklaringen hiervoor gegeven worden. Kennis, sociaaleconomische status, culturele achtergrond en verwachtingen lijken allemaal een rol te spelen in het verschil in zorggebruik.

Voornamelijk de eerste generatie niet-westerse allochtonen maken vaker gebruik van de huisarts en andere zorgverleners (CBS, 2015b). Zij maken juist minder gebruik van de tandarts of preventieve onderzoeken. Ook laagopgeleiden maken over het algemeen vaker gebruik van de gezondheidszorg. Niet-westerse allochtonen hebben vaker een lager opleidingsniveau behaald en hebben daarmee over het algemeen een lagere sociaaleconomische status dan Nederlanders (CBS, 2015b). Het gebrek aan kennis lijkt dus een belangrijke oorzaak in het verschil in zorggebruik tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen.

Niet-westerse ouderen lijken bijvoorbeeld minder gebruik te maken van voorzieningen voor ouderen. Ontbrekende kennis van het zorgaanbod lijkt de voornaamste reden te zijn, vooral bij Marokkaanse en Turkse ouderen. Echter is er soms minder behoefte aan een bepaalde voorziening, zoals maaltijdvoorzieningen bij niet-westerse ouderen in vergelijking met autochtone ouderen (Seeleman, Essink-Bot & Stronks, 2008; Graeff, Mistiaen, Graeff, Muijsenbergh, Devillé, Galesloot, Lamkaddem, Geest & Francke, 2012). Daarnaast spelen er ook andere factoren mee waarom niet-

westerse ouderen minder gebruik maken van de thuiszorg. Dit kan te maken hebben met de culturele achtergrond of de sociale omgeving. In sommige culturen, met name Marokkaanse en Turkse landen, is het een traditie dat de kinderen of familie gaan zorgen voor de ouderen of dat ouderen naar het herkomstland terugkeren om daar te overlijden (Seeleman, Essink-Bot & Stronks, 2008; Graeff et al., 2012). Gevoelens van schaamte en eer spelen een rol in de sociale omgeving om geen gebruik te maken van de thuiszorg.

3.3.3 Kwaliteit

Een andere factor is de kwaliteit van de gezondheidszorg die de verschillen in gezondheid kunnen verklaren. Suurmond, Seeleman & Stronks (2007b) zeggen dat bepaalde opvattingen over wat goede zorg is cultuurgebonden zijn. In het onderzoek van Seeleman, Essink-Bot & Stronks (2008) over kwaliteit worden de indicatoren 'handelen volgens de standaard norm', patiëntgerichtheid en therapietrouw behandeld.

De indicator 'handelen volgens de standaard normen' houdt in dat zorgverleners zich aan de standaard normen houden hoe zij patiënten horen te behandelen. Uit onderzoek komt echter naar voren dat bij niet-westerse allochtonen consulten korter van duur zijn, een arts minder aandacht besteed aan de patiënten, vaker een verkeerde inschatting wordt gemaakt en de arts automatisch vooroordelen heeft (Suurmond & Seeleman, 2005). De verkeerde inschattingen komen deels door communicatieproblemen tussen de arts en de allochtone patiënt waar in hoofdstuk 3.3.4 nader op ingegaan wordt. Belangrijk is hier om te constateren dat door onder andere communicatieproblemen de kwaliteit van de zorg in het geding komt.

Met de indicator patiëntgerichtheid wordt bedoeld in welke mate de gezondheidszorg aansluit op de behoefte van de patiënt. Het is de bedoeling dat de patiënt zich niet ongemakkelijk voelt, maar vertrouwen heeft in de zorgverleners en positieve ervaringen beleeft met de gezondheidszorg. Als gevolg van de slechtere interactie en miscommunicatie kan de kwaliteit van de behandeling sterk verminderd worden. Beide partijen geven namelijk aan dat zij problemen hebben in het contact met elkaar (Seeleman, Essink-Bot & Stronks, 2008).

Onder therapietrouw worden onder andere het opvolgen van medicatievoorschriften, het opvolgen van doorverwijzingen en het zich houden aan vervolgconsulten (Seeleman, Essink-Bot & Stronks, 2008). Wanneer patiënten zich niet houden aan de medische voorschriften of afspraken dan gaat de kwaliteit van de behandeling ook achteruit. Een taalbarrière bij niet-westerse patiënten vergroot nog eens de kans op nalatigheid van therapietrouw (Meeuwesen et al., 2006). Wanneer er sprake is van wederzijds begrip vergroot dit juist de kans op therapietrouw (Seeleman, Essink-Bot & Stronks, 2008; Leij & Horne, 2012).

3.3.4 Interactie

Er is veel onderzoek gedaan naar de communicatie tussen allochtone patiënten en autochtone zorgverlener. Dit wordt vaak als een oorzaak gezien van de gezondheidsverschillen tussen niet-westerse patiënten en autochtone patiënten. Bij bezoeken aan de huisarts, specialisten of het ziekenhuis moet men namelijk duidelijk kunnen communiceren wat de klachten en situatie rondom de persoon zijn. Als er zich taalproblemen, verschillende verwachtingen, vooroordelen of persoonlijke voordoelen in een consult kan er veel onbegrip en miscommunicatie ontstaan. Dit kan leiden tot verkeerde diagnoses, verkeerde behandeling, onenigheid over diagnose en behandeling en vervolgens gebrekkige navolging van de behandeling of veel vervolgconsulten (Suurmond & Seeleman, 2006).

3.3.4.1 Taal

Sommige allochtonen hebben moeite om zich te uiten in de Nederlandse taal (CBS, 2012). Dit kan een barrière vormen tussen de patiënt en de hulpverlener.

Het leren van de Nederlandse taal is voor bepaalde bevolkingsgroepen lastiger dan voor andere bevolkingsgroepen. Zo hebben Turken en Marokkanen meer moeite met het (leren) spreken van Nederlands dan Surinamers en Antillianen (CBS, 2012; Leij & Horne, 2012). Dit komt doordat

Nederlands een van de talen is die in het herkomstland gesproken wordt. Het niet goed beheersen van de Nederlandse taal heeft op jonge leeftijd al gevolgen voor het opleidingsniveau (CBS, 2012). Allochtone kinderen die niet goed Nederlands kunnen spreken, scoren lager op de Citotoets van het basisonderwijs, waardoor zij een lager niveau van het vervolgonderwijs zullen gaan volgen.

Voor niet-westerse patiënten die zich niet goed in het Nederlands kunnen uiten tegenover de arts zijn tolken een ideale oplossing. Het gebruik van professionele tolken blijkt ook goed te werken (Seeleman, Essink-Bot & Stronks, 2008; Graeff et al., 2012). Echter wordt in de praktijk nog niet optimaal gebruik gemaakt van tolken. Artsen doen vaak nog beroep op informele tolken, zoals familieleden of vrienden, omdat professionele tolken nog niet altijd voorhanden zijn (Graeff et al., 2012; Leij & Horne, 2012). Deze informele tolken zijn handig, maar kunnen niet als volledig betrouwbaar worden gezien. Meer informatiemateriaal dat aangepast is aan verschillende etnische bevolkingsgroepen zouden ook een uitkomst kunnen bieden om de taalbarrière kleiner te maken (Seeleman, Essink-Bot & Stronks, 2008; Leij & Horne, 2012).

3.3.4.2 Verwachtingen

Een consult kan een onvoldaan gevoel geven als er niet aan de verwachtingen wordt voldaan door de arts of patiënt. Het gaat hierbij om de rol die een arts of patiënt vervult. In Nederland valt de huisarts onder de eerstelijnszorg waar patiënten zonder verwijzingen naartoe kunnen voor (kleine) gezondheidsklachten en controles. De Nederlandse gezondheidszorg is zo georganiseerd dat van de huisarts wordt verwacht dat deze een gemoedelijke sfeer creëert, informatie verschaft, rekening houdt met de voorkeuren van de patiënt, de patiënt helpt met inzicht krijgen in de voordelen en nadelen van een behandeling of ziekte en ten slotte een behandeling aanraden (Suurmond & Seeleman, 2006). De huisarts bekijkt de klacht van de patiënt en kan de klacht ter plekke behandelen, een medicijn voorschrijven of doorverwijzen naar de specialist. Soms kan de huisarts geen bijzonderheden vinden en is er geen oplossing voor de klacht. De arts verwacht van een patiënt dat deze duidelijk kan verwoorden wat zijn of haar klacht is, vragen stelt, meedenkt in de opties in behandelingen en uiteindelijk zijn of haar voorkeur in de behandeling uit (Suurmond & Seeleman, 2006).

In sommige landen is de rol van een arts of patiënt anders dan in Nederland en daarmee de verwachtingen van de patiënt tegenover de arts. In niet-westerse landen zijn mensen gewend om minder direct te communiceren en het geaccepteerde verschil in macht tussen de arts en patiënt is groter (Meeuwesen et al., 2006; Suurmond & Seeleman, 2006). In sommige culturen is men minder gewend om zich assertief op te stellen en voor controles naar een arts te gaan. In westerse landen is men meer gewend om samen een besluit te nemen wat betreft de behandeling voor de patiënt en heeft de patiënt meer autonomie (Meeuwesen et al., 2006; Suurmond & Seeleman, 2006). Er kan een discussie ontstaan tussen de arts en patiënt.

De verwachtingen van allochtone patiënten in de gezondheidszorg kunnen verschillen van autochtone patiënten, waardoor het gedrag ook anders wordt. Zo wordt er door allochtone patiënten meer gebruik gemaakt van gezondheidsdiensten buiten de gebruikelijke werktijden ('s avonds en in het weekend) om (Meeuwesen et al., 2006). In sommige landen is men namelijk gewend dat huisartsenposten en ziekenhuizen op alle tijden en dagen in de week beschikbaar zijn, ook voor niet dringende klachten.

In bepaalde (voornamelijk niet-westerse) culturen is het dus minder gebruikelijk om de arts tegen te spreken en zich assertief op te stellen (Suurmond & Seeleman, 2005; Meeuwesen et al., 2006). Dit heeft te maken met de culturele achtergrond van een persoon. Verder heeft de individuele kijk of andere mensen controles en beslissingen over de gezondheid van een persoon mogen maken, invloed op iemands verwachtingen en houding tijdens een consult (Meeuwesen et al., 2006). Deze houding kan mogelijk beïnvloed zijn door de sociale omgeving van een persoon. Daarnaast heeft iemands verwachtingen van de gezondheidszorg invloed op het gedrag dat men toont. De verwachtingen die een persoon heeft over gezondheid en de gezondheidszorg hebben ook invloed op de perceptie hiervan. Als de verwachtingen anders zijn, is de kans groter dat de beleving ook anders zal zijn (Meeuwesen et al., 2006).

3.3.4.3 Vooroordelen

Tussen autochtonen en etnische minderheden bestaan er vaak vooroordelen. Uit onderzoek blijkt dat vooroordelen van invloed zijn op de interactie tussen allochtone patiënten en autochtone artsen (Seeleman, Essink-Bot & Stronks, 2008).

Artsen maken bijvoorbeeld snel informatieclusters in hun hoofd als ze onder tijdsdruk komen te staan, door middel van stereotypering, vooroordelen en het gebruik van sociale categorieën voor de patiënt (Suurmond & Seeleman, 2006; Seeleman, Essink-Bot & Stronks, 2008). Een gevolg hiervan is dat een arts minder aandacht en tijd besteedt aan allochtone patiënten en daardoor relevante informatie kan missen of negeren, waardoor er een verkeerde inschatting wordt gemaakt in de ziekte en behandeling.

Onderzoek van Seeleman, Essink-Bot & Stronks (2008) wijst ook op problemen met vooroordelen en stereotypering. Allochtone patiënten geven vaker aan dat zij discriminatie hebben ervaren in de gezondheidszorg. Dit zou deels verklaard kunnen worden doordat autochtonen zich, al dan niet bewust, bevooroordeeld opstellen tegenover allochtonen. Dit kan dus ook gelden voor artsen en zorgverleners. Een groot deel van de niet-westerse allochtonen heeft het gevoel dat zij niet begrepen worden, terwijl een klein deel het gevoel heeft dat de huisarts minder tijd aan hen besteden dan aan autochtone patiënten (Seeleman, Essink-Bot & Stronks, 2008). Dit kan de slechtere relatie tussen arts en allochtone patiënt verklaren. Bovendien komen vooroordelen en stereotypering vooral voort uit de samenleving en zijn ze gebaseerd op culturele, uiterlijke en algemene kenmerken.

3.3.4.4 Schaamte en assertiviteit

Uit het onderzoek van Meeuwesen et al. (2006) blijkt dat bij het contact tussen de arts en allochtone patiënten minder sociale praatjes worden gehouden, beide partijen minder vriendelijk naar elkaar zijn, de arts zich minder bekommerd om de patiënt en de patiënt zelf minder hartelijk is. Verder blijkt dat allochtone patiënten minder betrokken zijn bij medische besluiten, een weinig opgebouwde relatie hebben met de arts, minder vertrouwen hebben in de arts en minder tevreden zijn met de gezondheidszorg (Meeuwesen et al., 2006). De minder persoonlijke sfeer kan verklaard worden omdat de allochtone patiënt moeite heeft om zich te uiten in de Nederlands taal. Ook kan de minder goede relatie tussen de allochtone patiënt en de autochtone arts te maken hebben met schaamte vanuit de kant van de allochtone patiënt en dat zij zich minder assertief opstellen waardoor het consult wat moeizamer verloopt.

Wanneer een allochtone patiënt door schaamte niet alle informatie en klachten durft te vertellen, ontstaat er een gebrek aan informatie voor de arts, ontbreekt er vertrouwen in beide partijen en kan dit leiden tot een minder persoonlijk consult met een onjuiste diagnose of behandeling. Dat niet-westerse allochtonen vaker minder assertief zijn, kan leiden tot een grotere afstand in de relatie tussen de allochtone patiënt en de autochtone arts. De patiënt is daarom minder betrokken bij besluiten en vaker minder tevreden met het consult of de behandeling.

3.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk ging het over de deelvraag: Welke verklaringen worden er in literatuurstudies gevonden? We weten dat er verschillende verklaringen in literatuurstudies worden gevonden voor de gezondheidsverschillen tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen. In dit hoofdstuk is er onderscheid gemaakt in analogie van een ziekte, van verklaringen voor het krijgen of hebben van een ziekte naar verklaringen voor het gevoel van ziek zijn, de behandeling en het succes ervan.

Bij het krijgen of hebben van gezondheidsklachten zijn de genetische factoren en de leefstijl van belang. Een aantal erfelijke aandoeningen komt vaker voor bij bepaalde bevolkingsgroepen, zoals sikkelcelziekte, tuberculose, diabetes en hart- en vaatziekten. De meeste vormen van kanker komen juist minder vaak voor bij allochtonen dan autochtonen. Verder verschilt de leefstijl tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen, maar kan er niet geconcludeerd worden dat niet-westerse allochtonen een ongezondere leefstijl hebben. Zij bewegen minder en krijgen weliswaar minder van

bepaalde voedingsstoffen naar binnen, maar roken ook minder en drinken minder alcohol dan Nederlanders.

Bij het gevoel van ziek zijn gaat het om de perceptie van gezondheid en ziekte en lichamelijke versus psychische klachten. De perceptie van gezondheid en ziekte is vaak cultureel gebonden. Door een andere ervaring en benoeming van klachten dan Nederlandse artsen gewend zijn, kan deze een andere interpretatie van de klachten krijgen en als gevolg hiervan een verkeerde diagnose stellen met een verkeerde behandeling. Daarnaast kunnen er problemen ontstaan in de communicatie bij somatische klachten. Een allochtone patiënt kan lichamelijke klachten ervaren bij stoornissen die de arts als psychisch interpreteert.

Ten slotte worden bij de behandeling en het succes ervan de volgende factoren meegenomen: zorgaanbod en zorgbehoefte, het zorggebruik, kwaliteit en interactie. Er komen vijf knelpunten naar voren bij de aansluiting tussen zorgaanbod en zorgbehoefte: kennis zorgaanbod, culturele achtergrond, sociaaleconomische positie, maatschappelijke uitsluiting en communicatieproblemen. Voor het verschil in zorggebruik tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen zijn vier verklaringen gevonden: kennis, sociaaleconomische status, culturele achtergrond en verwachtingen. Verklaringen voor het verschil in kwaliteit van de gezondheid zijn artsen die zich niet altijd aan de standaard norm houden, onvoldoende patiëntgerichtheid en nalatigheid van therapietrouw bij allochtone patiënten. Bij verklaringen met betrekking op de interactie spelen taal, verwachtingen, vooroordelen en schaamte en assertiviteit een rol in het verschil in gezondheid tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen.

4. Positie van allochtonen en gezondheid

In hoofdstuk 3 zijn de verklaringen behandeld van de gezondheidsverschillen tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen in Nederland. Er komen zowel interactieproblemen naar voren als de verschillen in de gezondheidszorg tussen de bevolkingsgroepen.

In dit hoofdstuk wordt er gekeken welke verklaringen die gegeven zijn te maken hebben met de positie of status als allochtonen zijnde in Nederland. De deelvraag luidt daarom: In hoeverre hebben de verklaringen te maken met de positie of status als allochtoon zijnde? In het eerste deel wordt uitgelegd wat de kenmerken van de positie of status van allochtonen zijn. In het tweede gedeelte worden er relaties gelegd met het ziek worden, zijn, voelen en blijven.

4.1 Kenmerken positie allochtoon

In het eerste deel van dit hoofdstuk gaat het over de kenmerken van de positie van een allochtoon. De volgende kenmerken zullen behandeld worden: sociaaleconomische status, de werk- en leefomstandigheden, leefstijl en ten slotte de culturele integratie die weer in subcategorieën wordt onderverdeeld.

4.1.1 SES

Een belangrijke kenmerk van allochtonen in Nederland is dat zij over het algemeen een lagere sociaaleconomische status hebben. Eén van de indicatoren van de SES is het opleidingsniveau. Van de niet-westerse allochtonen hebben de meeste mensen het vmbo of lager gevolgd, namelijk 41% tegenover 29% van de autochtonen (CBS, 2013). 20% van de niet-westerse allochtonen heeft een opleiding in het hoger onderwijs (HBO of WO) gevolgd tegenover 29% van de autochtonen. Dit betekent dat er in verhouding minder hoogopgeleide niet-westerse allochtonen dan autochtonen zijn.

Een andere indicator van de SES is het inkomen. Dit is natuurlijk gerelateerd aan het opleidingsniveau dat een persoon gevolgd heeft en de beroepsstatus die iemand heeft. Uit gegevens van het CBS (2014a) en uit onderzoek van Mooij et al. (2010) blijkt dat niet-westerse allochtonen gemiddeld een lager inkomen hebben dan autochtonen. De tweede generatie allochtonen heeft een net iets hoger gemiddeld inkomen dan de eerste generatie allochtonen. Het maakt voor de vergelijking tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen niet uit of het om actieve, niet-actieve of personen zonder inkomen gaat. In elke categorie hebben niet-westerse allochtonen een lager gemiddeld inkomen dan autochtonen. Actief houdt in dat mensen hun eigen inkomen verdienen en niet-actief betekent dat mensen hun inkomen halen uit uitkeringen, pensioen, alimentatie of studiefinanciering. Met mensen zonder inkomen worden personen bedoeld die hun inkomen halen uit eigen vermogen, kinderbijslag of huursubsidie (CBS, 2014a).

Niet-westerse allochtonen hebben dus over het algemeen een lager onderwijsniveau gevolgd en hebben ook een lager gemiddeld inkomen. Hierdoor hebben zij een lager sociaaleconomische status dan autochtonen.

4.1.2. Werk- en leefomstandigheden

Mensen met een lager opleidingsniveau hebben vaker een lagere positie op de arbeidsmarkt. De kwaliteit en de functie van het werk kan hiermee lager zijn. Bepaald werk is namelijk meer lichamelijk belastend, minder afwisselend en heeft men minder autonomie. Daarnaast hebben mensen met een lagere kwaliteit of functie bij het werk vaker te maken met flexibele contracten, waardoor zij eerder werkloos raken als er mensen in het bedrijf ontslagen moeten worden. Ook zijn er meer mensen met een lager opleidingsniveau werkloos dan mensen met een hoger opleidingsniveau (CBS, 2015a). De eerste generatie allochtonen deed voornamelijk kwalitatief laag en zwaarder werk, zoals in de mijnen of bij de hoogovens (Jennissen & Oudhof, 2007).

Een groot deel van de niet-westerse allochtonen leeft in buurten waarin zij de meerderheid van de bevolking uitmaken (voornamelijk in de Randstad) of in gemengde buurten (Raets, 2010). De leefbaarheid in de buurten waar niet-westerse allochtonen de meerderheid vormen, zijn vaker

dichtbevolkt en de woningen hebben een lagere kwaliteit wat voor overlast kan zorgen. De sociaaleconomische positie is in deze buurten zijn ook slechter, ze hebben lagere inkomens en zitten vaker in de bijstand (Raets, 2010). In deze buurten is de buurtbinding ook minder goed, omdat er meer huurwoningen zijn waardoor men sneller verhuist dan in een buurt met meer koopwoningen. In deze buurten zijn wel veel basisvoorzieningen zoals scholen, kinderdagverblijven, recreatie- en uitgaansgelegenheden en culturele voorzieningen zoals bibliotheken, theaters en musea, omdat er veel mensen wonen die gebruik maken van de voorzieningen (Raets, 2010).

4.1.3 Leefstijl

Zoals in hoofdstuk 2 en in hoofdstuk 3.1.2 naar voren is gekomen, blijkt dat allochtonen niet zozeer een ongezonere leefstijl hebben dan Nederlanders. Niet-westerse allochtonen drinken en roken over het algemeen minder dan autochtonen (Kuunders & Laar, 2009; Hildebrandt, Bernaards & Stubbe, 2013; Savelkoul et al., 2014; CBS, 2015b). Religie speelt hierbij een belangrijke rol in de keuze om wel of niet te roken of drinken. Niet-westerse allochtonen doen verder ook minder aan beweging en sport. Daarnaast krijgen ze minder vitamines en niet voldoende voedingsstoffen naar binnen (Boer & Rossum, 2013).

De leefstijl van niet-westerse allochtonen is dus niet zozeer ongezonder, maar wel anders dan die van autochtonen.

4.1.4 Culturele integratie

Culturele integratie gaat over in hoeverre een niet-westerse allochtoon maatschappelijk geïntegreerd is en zich gebonden voelt. Daarbij gaat het enerzijds om de verbondenheid met de Nederlandse samenleving en zaken zoals de Nederlandse taal kunnen spreken, contact met Nederlanders in het sociale netwerk en het ervaren van discriminatie. Daarnaast is het belangrijk om na te gaan in hoeverre allochtonen het gevoel hebben hun eerdere thuisbasis verloren te hebben en als het ware ontworteld geraakt te zijn. Dat kan gepaard gaan met een fundamenteel gevoel van onzekerheid en verlies dat ook wel *cultural bereavement* wordt genoemd (Bhugra & Becker, 2005).

Taal

Zoals al eerder aan bod gekomen is, blijkt taal een barrière te zijn in de interactie met zorgverleners. Kenmerkend voor allochtonen is dat zij vaak moeite hebben met het spreken van de Nederlandse taal. Er is hierin echter wel een groot verschil tussen de bevolkingsgroepen. Surinamers en Antillianen kunnen goed Nederlands spreken en spreken dit veel thuis, omdat Nederlands een gesproken taal is in het land van herkomst. Turken hebben juist moeite met de Nederlandse taal in zowel schrijf-, lees- en spreekvaardigheid (CBS, 2012; Leij & Horne, 2012).

Taal is erg belangrijk voor de communicatie in allerlei situaties. Je goed kunnen uiten in de taal die de zorgverlener ook spreekt, zorgt voor minder miscommunicatie. Daarnaast zorgt het kunnen spreken van Nederlands ervoor dat iemand zich meer geïntegreerd en een Nederlander voelt (Vliet, 2010).

Sociale netwerk

Sommige niet-westerse allochtonen hebben meer moeite met het integreren in de Nederlandse samenleving. Zij blijven voornamelijk contacten houden binnen de eigen kringen die bestaat uit mensen uit hetzelfde herkomstland (CBS, 2012). Daarnaast zijn zij minder actief in het verenigingsleven, minder politiek actief of minder begaan met de buurt waarin zij wonen. Voornamelijk een deel van de eerste generatie niet-westerse allochtonen is minder actief in het verenigingsleven, in de politiek en in de buurt. De tweede generatie heeft vaker contact met Nederlanders en zijn actiever in het verenigingsleven en in de politiek.

Discriminatie

Ook krijgen niet-westerse allochtonen vaker te maken met discriminatie, racisme, vooroordelen en stereotypering. Dit kan stress en psychische klachten opleveren en helpt niet mee om zich een Nederlander te voelen. Ongeveer de helft van de Marokkaanse en Turkse mensen ervaart wel eens

discriminatie (Dijk, Agyemang, Wit & Hosper, 2010). Verder ervaart de eerste generatie meer discriminatie dan de tweede generatie. Voornamelijk de eerste generatie niet-westerse allochtonen heeft dan ook het gevoel zich minder een Nederlander te voelen dan de tweede generatie (Vliet, 2010; CBS, 2014b). Surinamers voelen zich van de niet-westerse allochtonen het vaakst Nederlander met bijna 80%, terwijl Turken zich het minst vaak een Nederlander voelen met slechts 40% (Vliet, 2010).

Discriminatie kan op twee verschillende niveaus plaatsvinden (Dijk et al., 2010). Ten eerste kunnen personen individueel discriminatie ervaren. De discriminatie is persoonlijk en tegen deze ene persoon gericht. Van de Marokkaanse jongeren wordt driekwart wel eens persoonlijk gediscrimineerd, terwijl meer dan de helft van de Turkse jongeren persoonlijk gediscrimineerd wordt (Dijk et al., 2010). Ten tweede kan er discriminatie op groepsniveau plaatsvinden. Dit kan gebeuren met bijvoorbeeld sollicitaties naar een baan. De allochtoon wordt minder snel gekozen op basis van herkomst. Dit soort discriminatie is niet zozeer persoonlijk gericht, maar de allochtoon wordt wel gediscrimineerd omdat de desbetreffende persoon bij een bepaalde groep toegewezen wordt. Discriminatie op groepsniveau gebeurt het meest door de politie, maar komt ook voor in de gezondheidszorg (Suurmond & Seeleman, 2005; Seeleman, Essink-Bot & Stronks, 2008; Dijk et al., 2010). Dit heeft deels te maken met vooroordelen en stereotypering.

Allochtonen die bijna nooit gediscrimineerd worden, geven aan dat zij gelukkiger zijn dan personen die af en toe gediscrimineerd worden. Wanneer een persoon vaak gediscrimineerd wordt, dan is de persoon het minst vaak gelukkig (Houwen & Moonen, 2014). Er lijkt dus een verband te zijn tussen discriminatie en hoe gelukkig een persoon zich voelt. Dit blijkt ook uit het onderzoek van Dijk et al. (2010) waarin het verband is aangetoond tussen discriminatie en psychische klachten. Personen die vaker gediscrimineerd worden, hebben vaker depressieve klachten, stress en angst. Discriminatie heeft als gevolg dat men een slechter ervaren gezondheid, meer drugsmisbruik, fysieke en psychologische gezondheidsproblemen heeft (Dijk et al., 2010).

Heimwee en cultural bereavement

Toen de eerste generatie naar Nederland immigreerde, leverde dit als gevolg erg veel stress op welke invloed had op de mentale gezondheid. Er was sprake van verlies van culturele normen, religieuze gebruiken, sociale hulpverlening, aanpassingen aan een nieuwe cultuur en veranderingen in de identiteit (Bhugra & Becker, 2005). Het migratieproces zelf kan al heel stressvol zijn als deze problematisch verloopt. Uiteindelijk gaat het erom dat de allochtonen zich kunnen aanpassen aan het nieuwe land waar ze wonen en zich hier kunnen settelen.

Soms hebben allochtonen ondanks dat zij zich thuis voelen in Nederland last van heimwee naar hun thuisland. De eerste generatie niet-westerse allochtonen heeft meer last van heimwee dan tweede generatie (CBS, 2012). Zij voelen zich ook minder vaak een Nederlander of zich thuis in Nederland dan de tweede generatie. Onder 39% van de Turkse mensen komen gevoelens van heimwee vaak op, terwijl 62% zich wel thuis voelt in Nederland (CBS, 2012). Bij de helft van de Surinamers en Antillianen komen nooit gevoelens van heimwee op, ook voelt meer dan 70% zich thuis in Nederland. Marokkanen hebben niet zo vaak gevoelens van heimwee als Turken, al heeft 50% soms last van heimwee. Zij voelen zich wel even vaak thuis als Turken.

Wanneer de immigrant zich niet kan aanpassen aan het nieuwe land, het thuisland extreem veel mist en daarom niet kan functioneren, dan is er sprake van meer dan heimwee. Bhugra & Becker (2005) hebben onderzoek gedaan naar *cultural bereavement*. *Cultural bereavement* houdt in: De ervaring van de immigrant dat een resultaat is van het verlies van sociale structuren, culturele waarden en identiteit: de persoon blijft zodanig leven in het verleden dat dit het dagelijks leven belemmert. De persoon kan getroffen worden door angsten, morbide gedachten en woede die de mogelijkheid om door te gaan met het dagelijks leven ontsieren (Bhugra & Becker, 2005). De migratie betekent het verlies van alles wat bekend is, inclusief de taal, attitudes, waarden, sociale structuren en ondersteunende netwerken.

Cultural bereavement kan veel stress, psychotische-, angst- en stemmingsstoornissen opleveren. De psychische stoornis is ook opgenomen in de DSM-IV classificatiesysteem. De duur van *cultural*

bereavement verschilt tussen verschillende bevolkingsgroepen. Wanneer de depressieve symptomen langer dan twee maanden aanhouden of extreem tot uiting komen, dan is er sprake van een grote depressieve periode (Bhugra & Becker, 2005). Toch is *cultural bereavement* een belangrijk aspect om de ervaring van een migrant te kunnen begrijpen.

4.2 Relatie met ziek worden, zijn, voelen en blijven

In deze paragraaf worden de volgende situaties beschreven en hun relatie met ziek worden, zijn, voelen en blijven: lichamelijk zwaar werk, een minder kwaliteit woning, minder kennis en een lagere opleiding, minder inkomen, stress en leefstijl. Al deze situaties hebben een negatieve invloed op de gezondheid van mensen. In deze paragraaf wordt niet uitgelegd waar het verschil uit bestaat, zoals in de vorige paragraaf aan bod is gekomen, maar alleen in hoeverre het gevolgen kan hebben voor gezondheid en daarmee de gezondheidsverschillen kan verklaren.

4.2.1 Lichamelijk zwaar werk

Wanneer men lichamelijk zwaar en kwalitatief laag werk doet, is de kans groter op gezondheidsklachten. Er kan sprake zijn van meer lichamelijke inspanning en belasting, meer ploegendiensten, minder autonomie en minder afwisseling. Dit betekent dat er lichamelijke klachten kunnen ontstaan door de lichamelijke belasting en bijvoorbeeld slaapgebrek door de ploegendienst. Naast de lichamelijke klachten kunnen ook psychische klachten ontstaan door de eentonigheid van het werk of weinig uitdaging door geen autonomie te hebben (Eysink, Klein Hesselink & Houtman, 2014).

De eerste generatie niet-westerse allochtonen die naar Nederland kwamen gingen daarna vooral lichamelijk zwaar werk doen (Jennissen & Oudhof, 2007). Veel eerste generatie allochtonen, met name die afkomstig waren uit Turkije en Marokko, werden juist voor dit werk geworven en werden naar Nederland gehaald.

De ervaren gezondheid van de eerste generatie niet-westerse allochtonen is ook minder goed dan van de tweede generatie (CBS, 2015b). Daarnaast hebben zij vaker last van psychische klachten dan de eerste generatie. Het lichamelijk zwaar werk kan één van de verklaringen zijn dat de eerste generatie een minder goede (psychische) gezondheid ervaart.

4.2.2 Minder kwaliteit woning

Het verschil in de mindere kwaliteit van woning tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen is in hoofdstuk 4.1.2 aan bod gekomen. De consequenties hiervan zijn dat de bewoners van de kwalitatief slechtere woningen veel overlast van elkaar hebben. Daarnaast moeten alle mensen de voorzieningen in de dichtbevolkte buurt met elkaar delen. Dit heeft een negatieve invloed op de leefbaarheid en de saamhorigheid in de buurt (Raets, 2010). Een gevolg van de kwalitatief slechtere woning, de minder goede leefbaarheid en binding van de buurt is dat de bewoner gestrest of depressief kan raken, omdat deze niet rustig en 'leuk' woont. Dit probleem wordt niet vanzelf opgelost waardoor men hier iets tegen zal moeten te doen om de gezondheidsklachten te verminderen.

4.2.3 Minder kennis en lage opleiding

Een lagere opleiding en minder kennis leidt tot de situatie dat mensen minder actief met gezondheid en gezond gedrag bezig zijn. Dit zorgt ervoor dat zij een hoger risico hebben om gezondheidsklachten te krijgen en ziek te worden. Wanneer zij eenmaal gezondheidsklachten hebben of ziek zijn, kan de mindere kennis en lagere opleiding ervoor zorgen dat mensen niet goed weten hoe zij met deze klachten of ziekte om moeten gaan voordat zij naar de dokter zijn geweest. Soms kunnen bepaalde klachten simpel verholpen worden thuis, maar moet men wel de juiste kennis hiervoor hebben.

Er zijn duidelijke verschillen te zien in opleidingsniveau en ziekte tussen de eerste en tweede generatie, maar ook tussen mannen en vrouwen. De eerste generatie heeft over het algemeen een

lagere opleiding gevolgd dan de tweede generatie. Zij ervaren ook een minder goede (psychische) gezondheid dan de tweede generatie.

4.2.4 Minder inkomen

Minder inkomen zorgt ervoor dat men het minder comfortabel voor zichzelf kan maken. Wanneer er echt sprake is van een laag inkomen, bijvoorbeeld onder het minimumloon, dan kan men zich ongelukkiger voelen en kan dit leiden tot psychische klachten zoals stress en depressiviteit (Houwen & Moonen, 2014). Een laag inkomen kan namelijk als gevolg hebben dat men extra moeite moet doen om rond te komen, niet kan rondkomen of zelfs schulden krijgt. Daarnaast kunnen mensen met een laag inkomen kwalitatief minder goede spullen veroorloven, zoals etenswaren of kleding dat vaker kapot gaat, en minder activiteiten en spullen voor de ontspanning of vrije tijd. Moeite hebben met het rondkomen van het inkomen zijn vaak langdurige zorgen die psychische klachten kan opleveren en niet eenvoudigweg verholpen kunnen worden.

Zoals in hoofdstuk 3.1.1 beschreven wordt, verdienen niet-westerse allochtonen over het algemeen minder dan autochtonen (Mooij et al., 2010 ; CBS, 2014a). Minder inkomen zorgt ervoor dat men zich een kwalitatief minder goede woning kan veroorloven. Een kwalitatief mindere woning zorgt ervoor dat de leefomstandigheden minder goed zijn, wat in hoofdstuk 3.2.2 naar voren komt. Dit kan lichamelijke klachten opleveren, maar ook psychische klachten. Niet-westerse allochtonen hebben ook vaker last van psychische klachten. Een minder inkomen zou een deel hiervan kunnen verklaren.

4.2.5 Stress

Discriminatie helpt niet mee voor een niet-westerse allochtoon om zich Nederlander te voelen. Dit kan leiden tot situaties van eenzaamheid, stress, angst of depressiviteit wat niet bevorderlijk is voor de psychische en ervaren gezondheid (Dijk et al., 2010). Veel van de bovenstaande situaties kunnen leiden tot stress, zoals lichamelijk zwaar werk, een minder goede kwaliteit woning en minder inkomen.

Zoals in de vorige paragrafen wordt uitgelegd, hebben niet-westerse allochtonen vaak te maken met deze situaties die tot stress kunnen leiden. Zij hebben niet voor niets vaker last van psychische klachten. Voornamelijk de eerste generatie is met 22% psychisch ongezond tegenover 13% van de tweede generatie (CBS, 2015b).

4.2.6 Leefstijl

Een gezonde leefstijl heeft als gevolg dat men bijvoorbeeld vaker last van onder- of overgewicht heeft, meer hart- en vaatziekten krijgt, niet lekker in de vel zit, oftewel meer lichamelijke en psychische klachten krijgt. Met een ongezonde leefstijl kan men ziek worden (bv. longkanker door te roken), ziek zijn (bv. obesitas door ongezonde voeding), zich ziek voelen (bv. energieloos door te weinig beweging), maar ook ziek blijven (bv. permanente leverbeschadiging door alcohol) als men hier niets aan verandert.

Turkse en Marokkaanse kinderen hebben op jonge leeftijd twee keer zo vaak overgewicht dan Nederlandse kinderen (Bakel & Zantinge, 2013). Ook heeft de eerste generatie niet-westerse allochtonen veel vaker last van overgewicht dan de tweede generatie (CBS, 2015b). Dit zou deels kunnen komen doordat niet-westerse allochtonen te weinig beweging krijgen en minder vaak aan sport doen en deels aan de voeding die zij binnen krijgen (Berg, 2010; Boer & Rossum, 2013; Hildebrandt, Bernaards & Stubbe, 2013). Toch is de leefstijl van niet-westerse allochtonen over het algemeen niet ongezonder dan die van autochtonen. Zij roken namelijk minder en drinken minder alcohol dan Nederlanders.

4.3 Samenvatting

In het vierde hoofdstuk wordt de laatste deelvraag behandeld: In hoeverre hebben de verklaringen te maken met de positie of status als allochtoon zijnde? Hierbij wordt er onderscheid gemaakt tussen de kenmerken van de positie of status van allochtonen en de relatie met het ziek worden, zijn, voelen en blijven.

We weten nu dat niet-westerse allochtonen over het algemeen een lager sociaaleconomische status hebben dan autochtonen. Zij hebben gemiddeld een lager opleidingsniveau en een lager inkomen. Verder leven niet-westerse allochtonen vaker in slechtere werk- en leefomstandigheden. Zij hebben een lagere positie op de arbeidsmarkt, zijn vaker werkloos en leven vaker in dichtbevolkte buurten met woningen van een lagere kwaliteit. Echter de leefstijl van niet-westerse allochtonen is niet zozeer ongezonder, maar wel anders dan die van Nederlanders. Zij roken minder en drinken minder alcohol, maar bewegen ook minder en krijgen niet altijd voldoende voedingsstoffen naar binnen. Daarnaast voelen niet alle niet-westerse allochtonen zich cultureel geïntegreerd in Nederland. Sommigen spreken de Nederlandse taal niet goed, hebben weinig sociale contacten met autochtonen, worden vaak gediscrimineerd of hebben last van heimwee. Wanneer iemand het thuisland extreem veel mist en daarom niet kan functioneren in de huidige maatschappij, dan is er sprake van *cultural bereavement*.

Er worden een aantal relaties gelegd tussen situaties van allochtonen en het ziek worden, zijn, voelen en blijven. Niet-westerse allochtonen hebben vaker een lagere positie op de arbeidsmarkt, wat leidt tot meer kwalitatief laag en lichamelijk zwaar werk bij voornamelijk de eerste generatie. Daarnaast kunnen er psychische klachten ontstaan door de eentonigheid of weinig autonomie van het werk. Verder zorgt de mindere kwaliteit van de woning dat mensen in een dichtbevolkte buurt alle voorzieningen met elkaar moeten delen en veel overlast van elkaar hebben. Dit heeft een negatieve invloed op de leefbaarheid van de buurt en op de psychische gezondheid. Een lager kennis- en opleidingsniveau heeft als gevolg dat mensen minder actief met gezondheid en gezond gedrag bezig zijn of niet weten hoe zij hier mee om moeten gaan. Tevens zorgt een laag inkomen voor meer stress om rond te komen. Veel situaties waarmee niet-westerse allochtonen te maken krijgen, kunnen leiden tot situaties van eenzaamheid, stress, angst of depressiviteit. Zij hebben daarom een slechtere psychische gezondheid dan autochtonen. Voornamelijk de eerste generatie krijgt vaker te maken met stress en is daarom vaker psychisch ongezond dan de tweede generatie. Ten slotte kan de leefstijl invloed hebben op de gezondheid. Door ongezond te leven kunnen zowel lichamelijke als psychische klachten ontstaan.

5. Beschouwing

In dit laatste hoofdstuk worden de conclusies van dit onderzoek weergegeven. Eerst wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag, waarna er een korte aanbeveling komt.

5.1 Conclusie

Met behulp van de deelvragen die in hoofdstuk 2 tot en met 4 zijn behandeld, kunnen we nu verklaren hoe het komt dat niet-westerse allochtonen, met name de eerste generatie, zich minder gezond voelen dan autochtonen in Nederland. We kunnen concluderen dat de eerste generatie niet-westerse allochtonen zich niet alleen statistisch gezien minder gezond voelen en vaker last hebben van gezondheidsklachten, maar ook in de positie zijn om meer gezondheidsklachten te krijgen dan de tweede generatie.

De eerste generatie heeft namelijk ook aanleg voor bepaalde genetische aandoeningen, een andere perceptie en interpretatie van gezondheid en ziekte, minder kennis van de Nederlandse gezondheidszorg, een andere culturele achtergrond met andere verwachtingen, een lager sociaaleconomische status en problemen in de interactie met taal, vooroordelen, schaamte en assertiviteit. Daarnaast leven zij vaker in slechtere werk- en leefomstandigheden en hebben vaak problemen met de culturele integratie. Deze factoren zorgen er allemaal voor dat zij zich minder gezond voelen, vaker last krijgen van (psychische) gezondheidsklachten en daardoor vaker van de gezondheidszorg gebruik maken.

De eerste generatie trekt de gemiddelde cijfers van gezondheidsklachten van de eerste en tweede generatie niet-westerse allochtonen naar beneden, waardoor uit de totale cijfers van niet-westerse allochtonen een slechtere gezondheid naar voren lijkt te komen dan bij autochtonen. Factoren die kenmerkend zijn voor niet-westerse allochtonen zijn namelijk bij de eerste generatie sterker aanwezig dan bij de tweede generatie. Hoewel veel van bovenstaande kenmerken ook van toepassing zijn op de tweede generatie niet-westerse allochtonen, hebben zij in mindere mate met de problemen te maken waar de eerste generatie tegenaan loopt, omdat zij als voordeel hebben dat zij in Nederland opgegroeid zijn en zich minder hoeven aan te passen. Daarom voelen zij zich gezonder, hebben minder last van gezondheidsklachten en maken minder gebruik van de gezondheidszorg dan de eerste generatie.

5.2 Aanbeveling

Naar aanleiding van dit onderzoek kan er een aanbeveling gedaan worden. Uit de resultaten blijkt dat het voor de eerste generatie niet-westerse allochtonen erg moeilijk zal worden om hun positie in Nederland en daarmee hun gezondheid te veranderen. Zij hebben te maken met de gevolgen van een heel andere culturele achtergrond en een sociale achterstand. De tweede generatie niet-westerse allochtonen heeft al veel minder te maken met de gezondheidsproblemen waar de eerste generatie tegenaan loopt, deels omdat zij zich minder hoeven aan te passen. De derde generatie is nu in opkomst, maar daar is nog weinig onderzoek naar gedaan vanwege de leeftijd. Het zou in de toekomst interessant zijn om te onderzoeken of er nog steeds grote gezondheidsverschillen zullen bestaan tussen de tweede en derde generatie niet-westerse allochtonen.

Literatuurlijst

- Bakel, A.M. van, & Zantinge, E.M. (2013). Overgewicht: Zijn er verschillen naar etniciteit? *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Geraadpleegd op 21 april 2015, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/overgewicht-zijn-er-verschillen-naar-etniciteit/>
- Berg, I. van den. (2010). Allochtonen en voeding: een literatuurverkenning. Rapport 2010-023. Den Haag: LEI Wageningen UR.
- Bhugra, D. & Becker, M.A. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry*, 4(1), 18.
- Boer, E.J. de, & Rossum, C.T.M. van (2013). Voeding: Zijn er verschillen naar etniciteit? *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Geraadpleegd op 22 april 2015, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/voeding/zijn-er-verschillen-naar-etniciteit/>
- CBS. (2012). *Jaarrapport Integratie 2012*. Jaarrapport Integratie 2012. Den Haag/Heerlen: CBS.
- CBS. (2013). *Beroepsbevolking; behaalde onderwijs naar herkomst, geslacht en leeftijd*. Geraadpleegd op 11 april 2015, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=71822NED&D1=0&D2=a&D3=0&D4=1,4-8&D5=0-2,4,8-9&D6=0&D7=l&HDR=T,G6,G2,G5,G3&STB=G1,G4&VW=T>
- CBS. (2014a). *Gemiddeld inkomen; personen in particuliere huishoudens naar kenmerken*. Geraadpleegd op 30 mei 2015, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=70957ned&D1=a&D2=0-1,l&D3=0&D4=a&D5=0,35,41,52-53&D6=l&HDR=G2,G4,T,G5&STB=G1,G3&VW=T>
- CBS. (2014b). *Gezondheid aandoeningen beperkingen; persoonskenmerken*. Geraadpleegd op 21 april 2015, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81173NED&D1=0-4,26,31-32,41,47,49,51&D2=0-2,14,18-20,34-39&D3=a&D4=l&HDR=G3,G2,T&STB=G1&VW=T>
- CBS. (2014c). *Medische contacten, ziekenhuisopname, medicijnen; persoonskenmerken*. Geraadpleegd op 18 april 2015, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81027NED&D1=0-2,11-14,21,24,40,44,46,53,56-58&D2=0-2,32-36,53,57-59&D3=0&D4=l&HDR=G3,G2,G1&STB=T&VW=T>
- CBS. (2014d). *Sociale contacten en maatschappelijke participatie*. Geraadpleegd op 23 april 2015, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82249NED&D1=0-14,28-31&D2=0-2,10,12-17&D3=l&HDR=T&STB=G1,G2&VW=T>
- CBS. (2015a). *Arbeidsdeelname; kerncijfers (12-uursgrens)*. Geraadpleegd op 23 april 2015, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=71738NED&D1=24-26&D2=a&D3=0&D4=0-3,5,8&D5=0,15,25,35,49,l&HDR=G1,T&STB=G2,G3,G4&VW=T>
- CBS. (2015b). *Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken*. Geraadpleegd op 21 mei, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83005NED&D1=0-5,21,30-32,54-56,59,62,67,70,73-75,78,81&D2=0-2,30,34-41&D3=0&D4=l&HDR=G3,T,G2&STB=G1&VW=T>
- CBS. (2015c). *Leefstijl, preventief onderzoek; persoonskenmerken*. Geraadpleegd op 21 april 2015, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81177NED&D1=0,9-11,39-43,48,63&D2=0-2,26,30-37&D3=0&D4=l&HDR=G3,G2,T&STB=G1&VW=T>
- CBS. (z.d.). *Niet-westerse allochtoon*. Geraadpleegd op 8 april 2015, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?ConceptID=1013>
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). What can be done about inequalities in health? *The Lancet*, 338(8774), 1059-1063.

Dijk, T. K. van, Agyemang, C., Wit, M. de, & Hosper, K. (2010). The relationship between perceived discrimination and depressive symptoms among young Turkish–Dutch and Moroccan–Dutch. *The European Journal of Public Health*, 21(4), 477-483.

Eysink, P.E.D., Klein Hesselink, D.J. & Houtman, I.L.D. (2014). Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van (on)gunstige arbeidsomstandigheden? *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Geraadpleegd op 23 april 2015, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/omgeving/arbeid/wat-zijn-de-mogelijke-gezondheidsgevolgen-van-on-gunstige-arbeidsomstandigheden/>

Graeff, A. de, Mistiaen, P., Graeff, F. de, Muijsenbergh, M. van den, Devillé, W., Galesloot, C., Lamkaddem, M., Geest, S. van der, & Francke, A. (2012). Palliatieve zorg voor mensen met een niet-westerse achtergrond: een handreiking met adviezen. *Nederlands-Vlaams Tijdschrift voor Palliatieve Zorg*, 12(2), 4-20.

Hildebrandt, V.H., Bernaards, C.M. & Stubbe, J.H. (2013). *Bewegen en Gezondheid*. Trendrapport 2010/2011. Leiden: TNO.

Houben-van Herten, M. & Verweij, G. (2013). *Turkse vrouwen en Marokkaanse mannen vaker depressieve klachten dan autochtonen*. Geraadpleegd op 21 april 2015, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/allochtonen/publicaties/artikelen/archief/2013/2013-3933-wm.htm>

Houwen, K. van der, & Moonen, L. (2014). *Allochtonen en geluk*. Bevolkingstrends 2014. Den Haag/Heerlen: CBS.

Jansen, J., Schuit, A.J. & Lucht, F. van der. (2002). *Tijd voor gezond gedrag; Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. Themarapport. Bilthoven: RIVM.

Jennissen, R.P.W. & Oudhof, J. (2007). *Ontwikkelingen in de maatschappelijke participatie van allochtonen*. Een theoretische verdieping en een thematische verbreding van de Integratiekaart 2006. Meppel: Boom Juridische uitgevers.

Kranen, H.J. van, & Achterberg, P.W. (2011). Hoe zijn genetische factoren geassocieerd met ziekten en aandoeningen? *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Geraadpleegd op 11 april 2015, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/genetische-factoren/hoe-zijn-genetische-factoren-geassocieerd-met-ziekten-en-aandoeningen/>

Kranen, H.J. van. (2012). Hoe zijn genetische factoren verdeeld in de Nederlandse bevolking? *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Geraadpleegd op 11 april 2015, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/genetische-factoren/hoe-zijn-genetische-factoren-verdeeld-in-de-nederlandse-bevolking/>

Kuunders, M.M.A.P. & Laar, M.W van. (2009). Zijn er verschillen in alcoholgebruik naar etniciteit? *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Geraadpleegd op 22 april 2015, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/alcoholgebruik/zijn-er-verschillen-naar-etniciteit/>

Leij, T.L. van der, & Horne, M.H. van. (2012). Door gezond te leven heb je geen dokter nodig-De verschillen in gezondheid en zorggebruik tussen de grootste vier niet-westerse migrantengroepen in Nederland.

Loog, B. (2013). *Niet-westerse vrouwen hebben vaker voltijd baan dan autochtone vrouwen*. Geraadpleegd op 22 april 2015, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/allochtonen/publicaties/artikelen/archief/2013/2013-arbeidsdeelname-allochtone-vrouwen-art.htm>

Meeuwesen, L., Harmsen, J. A., Bernsen, R.M. & Bruijnzeels, M. A. (2006). Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients?. *Social science & medicine*, 63(9), 2407-2417.

Mooij, M. de, Bottelberghs, I., Goedhuys, M., Tillaart, J. van den, & Wagner, C. (2010). *Gelijke loon voor gelijk werk? Banen en lonen bij overheid en bedrijfsleven, 2008*. Arbeidsvoorwaarden 2008. Den Haag/Heerlen: CBS.

NCP. (z.d.). *Hoe is de zorg in Nederland geregeld?* Geraadpleegd op 19 april 2015, van <http://www.cbhc.nl/behandeling+in+nederland/hoe+is+zorg+in+nederland+geregeld>

Raets, B. (2010). *Gemengde buurten nemen een tussenpositie in*. Verkleuring van steeds meer buurten. Den Haag/Heerde: CBS.

Savelkoul, M., Zeegers, T., Blokstra, A. & Verweij, A. (2014). Zijn er verschillen in rookgedrag naar sociaaleconomische status en etniciteit? *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Geraadpleegd op 22 april 2015, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/verschillen-sociaaleconomisch-en-etniciteit/>

Schmeets, J.J.G. (2010). *Sociale samenhang: participatie, vertrouwen en integratie*. Sociale Samenhang 2010. Den Haag/Heerlen: CBS.

Schouten, B.C., Meeuwesen, L., Tromp, F. & Harmsen, H.A. (2007). Cultural diversity in patient participation: the influence of patients' characteristics and doctors' communicative behaviour. *Patient education and counseling*, 67(1), 214-223.

Seeleman, C., Essink-Bot, M.L. & Stronks, K. (2008). *Toegankelijkheid en kwaliteit van de somatische zorg*. Literatuurstudie in opdracht van ZonMw. Amsterdam: AMC.

Sheiham, A., Alexander, D., Cohen, L., Marinho, V., Moysés, S., Petersen, P.E., Spencer, J., Watt, R.G. & Weyant, R. (2011). Global Oral Health Inequalities Task Group - Implementation and delivery of oral health strategies. *Advances in dental research*, 23(2), 259-267.

Suurmond, J. & Seeleman, C. (2006). Shared decision-making in an intercultural context: Barriers in the interaction between physicians and immigrant patients. *Patient education and counseling*, 60(2), 253-259.

Suurmond, J., Seeleman, C. & Stronks, K. (2007a). Maatschappelijk werk in een diverse samenleving. *Maatwerk*, 2007, 8(4), 154-156.

Suurmond, J., Seeleman, C., & Stronks, K. (2007b). Multiculturaliteit in zorg en verpleging. *Onderwijs en gezondheidszorg*, 31(4), 127-131.

Verschuren, W.M.M., Valkengoed I.G. van, & Leent-Loenen H.M.J.A. van. (2008). Bloeddruk: Zijn er verschillen naar etniciteit? *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Geraadpleegd op 21 april 2015, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/bloeddruk/zijn-er-verschillen-naar-etniciteit/>

Verweij, G. & Elferink, P. (2011). *Gelijk medicijngebruik tegen diabetes bij tweedegeneratie allochtonen en autochtonen*. Geraadpleegd op 22 april 2015, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/allochtonen/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3435-wm.htm>

Verweij, A. & Lucht, F. van der. (2010). Wat is de omvang van sociaaleconomische gezondheidsverschillen? *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Geraadpleegd op 11 april 2015, van <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/segv/huidig/>

Vliet, R. van der. (2010). *Werk en taal belangrijk voor het zich Nederlander voelen*. Geraadpleegd op 22 april, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/allochtonen/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-3193-wm.htm>