

Migranten, gezondheid en kontakten met de Nederlandse gezondheidszorg

R.W.M.Gründemann



Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

ZYG
6 92 (4)

NIPG-TNO

Leiden

ZYG
992
④

**Migranten,
gezondheid en contacten met
de Nederlandse gezondheidszorg**

**een overzicht van ontwikkelingen
in de periode 1975-1985,
gebaseerd op onderzoekspublikaties**

**Migrants, physical health and health care in The Netherlands
a review of trends (1975-1985), based on research publications**

IBISSTANBOEKNR. : 67.1/000

R.W.M. Gründemann

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT
VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO
POSTBUS 124, 3720 AC LEIDEN

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NPG-TNO

november 1985

6/12/85

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56 Leiden

Postadres:
Postbus 124
2300 AC Leiden

Telefoon: 071-170441

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 36,75 (incl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG-TNO onder vermelding van bestelnummer 85026.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Gründemann, R.W.M.

Migranten, gezondheid en contacten met de Nederlandse gezondheidszorg: een overzicht van ontwikkelingen in de periode 1975-1985, gebaseerd op onderzoekspublikaties / R.W.M. Gründemann. - Leiden : Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO

Met lit. opg.

ISBN 90-6743-040-4

SISO 614.2 UDC 614.2:323.15

Trefw.: gezondheidszorg ; migranten ; Nederland.

© 1985 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Publikatienummer 85026

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIPG-TNO.

Foto omslag: Robert de Hartogh

INHOUD

	blz.
VOORWOORD	
SAMENVATTING	I
SUMMARY	IX
1. INLEIDING	1
1.1 Aanleiding en doelstelling	1
1.2 Opzet en uitvoering	2
1.3 Indeling van het rapport	5
2. HISTORISCHE SCHETS (1945-1985)	6
2.1 Ontwikkeling van de migrantenpopulaties	6
2.1.1 Migranten uit wervingslanden	6
2.1.2 Migranten uit Suriname	9
2.1.3 Migranten uit de Nederlandse Antillen	11
2.1.4 Overige migranten	13
2.2 Ontwikkelingen in het beleid en de gezondheidszorg	13
3. DE ONDERZOEKSPUBLIKATIES	20
4. GEZONDHEID	23
4.1 Mortaliteitsgegevens	23
4.2 Antropometrie	28
4.3 Algemene gezondheidsklachten en specifieke ziekten	32
4.4 Voeding en voedingsgewoonten	43
4.5 Samenvatting	46
5. GEZONDHEIDSZORG	51
5.1 Basisgezondheidszorg	52

	blz.	
5.1.1	Jeugdgezondheidszorg	52
5.1.1.1	Zuigelingen- en kleuterzorg	52
5.1.1.2	Schoolgezondheidszorg	61
5.1.1.3	Schooltandartsenzorg	70
5.1.1.4	Samenvatting	72
5.1.2	Bedrijfsgezondheidszorg	74
5.2	De eerstelijnsgezondheidszorg	78
5.2.1	Huisartsenzorg	78
5.2.2	Apothekerszorg	89
5.2.3	Fysiotherapeutische zorg	91
5.2.4	Tandartsenzorg	93
5.2.5	Voedings- en dieetzorg	98
5.2.6	Gezins- en bejaardenzorg	100
5.2.7	Zorg m.b.t. geboorteregeland gedrag	101
5.2.8	Prenatale en verloskundige zorg	107
5.2.9	Kraamzorg	116
5.3	Intramurale gezondheidszorg	118
5.3.1	Ziekenhuiszorg	118
5.3.2	Verpleeghuiszorg	127
5.4	Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (gvo)	127
5.5	Samenvatting	136
6.	SAMENVATTING EN KONKLUSIES	142
6.1	Doelstelling en opzet van de studie	142
6.2	De onderzoekspublikaties	143
6.2.1	Omvang en aard van het materiaal	143
6.2.2	Ontwikkelingen in het onderzoek (1975-1985)	146
6.3	De resultaten	148
6.3.1	Turkse en Marokkaanse migranten	148
6.3.1.1	Gezondheid en gezondheidszorg	148
6.3.1.2	Ontwikkelingen 1975-1985	153
6.3.1.3	Mogelijke toekomstige ontwikkelingen	154

	blz.
6.3.2 Surinaamse migranten	156
6.3.2.1 Gezondheid en gezondheidszorg . .	156
6.3.2.2 Ontwikkelingen 1975-1985	160
6.3.2.3 Mogelijke toekomstige ontwikke- lingen	160
7. AANBEVELINGEN	163
7.1 Aanbevelingen met betrekking tot het beleid . . .	163
7.2 Aanbevelingen met betrekking tot de praktijk . .	167
7.3 Aanbevelingen met betrekking tot het onderzoek .	169
LITERATUUR	171
BIJLAGEN	187

VOORWOORD

Sinds 1975 besteedt het NIPG/TNO aandacht aan de gezondheid van en de gezondheidszorg ten behoeve van migranten. De continue aandacht voor dit gebied sluit onder meer aan bij de opvattingen, die hieromtrent in overheidskringen zijn verwoord (Minderhedennota, 1983). Vooral na 1980 heeft dit onderzoek, ook elders in ons land, extra impulsen gekregen. De toenemende stroom van publikaties moge dit illustreren. Teneinde een meer integraal inzicht te krijgen in de tot nu toe gepresenteerde resultaten van onderzoek op het terrein, dat zich globaal laat afbakenen met de trefwoorden migranten, somatische gezondheid en gezondheidszorg, werd door het NIPG/TNO een studie uitgevoerd, waarvan deze publikatie het resultaat is.

In deze publikatie zijn de resultaten van tien jaar onderzoek in Nederland samengevat, besproken en geïnterpreteerd met het oog op aanbevelingen voor beleid, praktijk en onderzoek. De studie werd uitgevoerd op verzoek van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Aangezien het betreffende bronnenmateriaal zich voor een deel bevindt in het zogenaamde "grijze circuit" van niet-officieel uitgegeven publikaties, was veel inspanning nodig om het relevante materiaal op te sporen. Zonder de bereidwillige medewerking aan dit zoekproces van veel personen en instanties was deze studie niet tot stand gekomen. Dit geldt ook jegens degenen die de tekst in het concept-stadium hebben willen becommentariëren, te weten: drs. M.W. Bos, dr. H.A. van Geuns, drs. H.B. Haveman en vooral dr. G.M. van Etten en drs. W. Joling van het Ministerie van WVC; prof.dr. O. Hokwerda (subfakulteit tandheelkunde, Rijksuniversiteit Groningen), prof.dr. H.J. van der Kaay (Instituut voor tropische geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden), prof.dr.R. Luyken (CIVO Toxicologie en Voeding/TNO), dr. H.J. Nordbeck (Koninklijk Instituut voor de Tropen) en de NIPG-kollega's dr. M.J. Danz, H. Hoolboom en dr. G.J. Vaandrager.

Het rapport laat een aantal trends zien in de ontwikkeling van de somatische gezondheid en van de gezondheidszorg betreffende migranten. Opvallend is, dat deze voornamelijk gelden voor migranten van Marokkaanse en Turkse origine. Aan de overige migrantengroepen, met uitzondering van Surinamers (en Antillianen), is relatief weinig aandacht besteed vanuit het onderzoek. Dat de reikwijdte van het migrantenonderzoek verbreding behoeft, is in deze studie duidelijk gedemonstreerd. Om de specifieke migrantenaspekten te onderscheiden van de aspecten, die samenhangen met het sociaal-ekonomisch niveau, moet bij de verbreding ook gedacht worden aan Nederlandse vergelijkingsgroepen.

Ook op talrijke andere terreinen zal de komende jaren nog het nodige verricht moeten worden. De aanbevelingen in het slothoofdstuk van deze studie kunnen een bijdrage leveren aan het stellen van prioriteiten.

Dr. A. Dijkstra
onderdirecteur NIPG/TNO

SAMENVATTING

AANLEIDING EN DOELSTELLING VAN DE STUDIE

In haar "Programmeringsadvies Minderhedenonderzoek 1983" merkte de Adviescommissie Onderzoek Minderheden (ACOM) op, dat gezien het grote aantal onderzoekspublikaties, dat de laatste jaren op het gebied van het minderhedenvraagstuk was verschenen, op bepaalde sectoren, waaronder de gezondheidszorg, de tijd rijp was voor het vervaardigen van overzichtsstudies, ook wel aangeduid als trend-rapporten (Adviescommissie Onderzoek Minderheden, 1982).

Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur heeft dit advies overgenomen. Met de literatuurstudie van het Nederlands Centrum Geestelijk Volksgezondheid (Mak & Schrameijer, 1983) achtte men het terrein van de geestelijke gezondheid en gezondheidszorg voldoende in beeld gebracht. Het NIPG/TNO werd verzocht een studie te vervaardigen op het gebied van de somatische gezondheid en gezondheidszorg. Deze studie zou *een systematisch overzicht van de beschikbare Nederlandse literatuur (zowel praktijkbeschrijvingen vanuit de hulpverlening als resultaten van wetenschappelijk onderzoek) op dit onderzoeksgebied moeten opleveren. Daarin zou met name de bruikbaarheid van de informatie voor de praktijk en het beleid tot uiting moeten komen. Voorts zouden nog bestaande lacunes in het onderzoek aangewezen kunnen worden.*

OPZET EN UITVOERING

In overleg met het Ministerie werd afgesproken de studie op enkele punten te beperken. Zo zijn uit praktische overwegingen onderwerpen als de gezondheidszorg in het land van herkomst en de sociaal-verzekeringsgeneeskundige zorg buiten beschouwing gebleven. Ook is

geen aandacht besteed aan de situatie van vluchtelingen. Tenslotte zijn geen publikaties van voor 1975 in de studie betrokken. De resultaten van deze studies leken te sterk verouderd en niet direct nodig voor het vaststellen van ontwikkelingen.

Ten behoeve van de studie is door het NIPG/TNO op ruime schaal literatuur verzameld. In het totaal zijn 87 onderzoekspublikaties uit de periode 1975-1985 achterhaald. Deze zijn onder andere verdeeld naar periode van uitgave, naar onderwerp en naar specifieke aandacht voor afzonderlijke migrantengroepen. Op basis hiervan is nagegaan in hoeverre er sprake is van trends of ontwikkelingen in het onderzoek.

Daarnaast is ook aandacht besteed aan de inhoudelijke informatie van de publikaties. Hierbij zijn ook praktijkbeschrijvingen uit de zorgverlening en de meer beschouwende literatuur betrokken. Wat betreft de gezondheid is onderscheid gemaakt naar mortaliteits- en morbiditeitsgegevens en naar gegevens met betrekking tot de antropometrie. Bij de analyse met betrekking tot de gegevens over de gezondheidszorg is uitgegaan van een indeling naar zorgvoorziening. Hierbij is onder andere gekeken naar de deelname van de verschillende migrantengroepen aan de voorzieningen, naar de knelpunten die de zorgverleners ervaren in hun contacten met migranten en naar de ervaringen van migranten zelf.

Tenslotte is nagegaan in hoeverre er trends of ontwikkelingen geconstateerd konden worden met betrekking tot de gezondheid van en het functioneren van de gezondheidszorgvoorzieningen voor migranten.

RESULTATEN VAN DE KWANTITATIEVE ANALYSE

onderwerp

De onderzoeksbelangstelling op het gebied van de somatische gezondheid(szorg) en migranten heeft zich de afgelopen 10 jaar in sterkere mate gericht op het functioneren van de gezondheidszorgvoorzieningen voor deze groep dan op de gezondheid. Op het gebied van de gezondheidszorg hebben relatief veel publikaties betrekking op de eerstelijnsgezondheidszorg, en daarbinnen vooral de huisartsenzorg, de tandartsenzorg, de zorg met betrekking tot geboorteregeld gedrag en de prenatale en verloskundige zorg. In de basisgezondheidszorg is de meeste aandacht uitgegaan naar de jeugdgezondheidszorg (met uitzondering van de schooltandartsenzorg). Op het gebied van de gezondheid heeft het merendeel van de publikaties betrekking op morbiditeitsgegevens.

specifieke aandacht voor migrantengroepen

Het onderzoek heeft zich vooral gericht op Turken, Marokkanen en (in mindere mate) Surinamers (en Antillianen). Andere migrantengroepen, zoals bijvoorbeeld Spanjaarden, Joegoslaven en Italianen, worden in het onderzoek slechts zelden als aparte categorie onderscheiden.

uitvoerders van het onderzoek

Ongeveer 30% van de studies is verricht door studenten en cursisten. Nog geen 10% van het onderzoek komt van de hand van universitaire medewerkers. De rest van de publikaties is vrijwel gelijk verdeeld over de (niet-universitaire) onderzoeksinstituten en de instellingen in het veld van de gezondheidszorg.

ontwikkelingen in het onderzoek (1975-1985)

Het aantal onderzoekspublikaties is sinds 1980 beduidend toegenomen. De toename is het grootst op het gebied van de gezondheids-

zorg. Het aantal publikaties nam toe van 9 in de periode van 1975-1979 tot 56 voor de afgelopen vijf jaar. Ook is er op dit gebied sprake van een verschuiving van de onderzoeksbelangstelling. Richtte men zich oorspronkelijk met name op de huisartsenzorg en de bedrijfsgezondheidszorg, in de tweede periode heeft men zich vooral beziggehouden met de jeugdgezondheidszorg, de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, en de prenatale en verloskundige zorg, sectoren van zorg die zich vooral richten op vrouwen en kinderen.

Daarnaast is sprake van een vermindering van het aandeel van studenten/kursisten in het onderzoek en een toename van de bijdrage van de meer professionele onderzoekers.

RESULTATEN VAN DE INHOUDELIJKE ANALYSE

gezondheid

De leeftijdsspecifieke sterfte tot \pm 40 jaar ligt onder Turkse en Marokkaanse migranten in Nederland hoger dan onder Nederlanders. Dit komt met name tot uitdrukking in de kindersterfte (1-14 jaar). De sterfte onder Turkse en Marokkaanse kinderen ligt in deze leeftijdsgroep 2 tot $4\frac{1}{2}$ maal zo hoog. Bij Surinaamse migranten, maar vooral bij Creolen, lijkt er sprake te zijn van een hogere perinatale sterfte.

De lichaamslengte van migrantenkinderen is in het algemeen geringer dan van Nederlandse kinderen. Tussen de migrantengroepen onderling zijn ook verschillen te constateren. Creoolse kinderen blijken wat betreft hun lichaamslengte vrijwel niet af te wijken van Nederlandse kinderen; Hindoestaanse kinderen zijn echter duidelijk kleiner. Bij Turkse en Marokkaanse kinderen zijn de verschillen met Nederlandse kinderen rond de puberteit minder duidelijk.

Bij Turkse, Marokkaanse en Surinaamse kinderen is sprake van een hogere incidentie van rachitis en ijzergebrekaneemie. Gehoorstoornissen (in de vorm van geleidingsstoornissen) zijn vaker vastgesteld bij Surinaamse kinderen.

De incidentie van tuberculose ligt bij buitenlandse werknemers, voor een belangrijk deel Turken en Marokkanen, beduidend hoger dan bij Nederlanders. Ook lijkt echinokokkose (infectie veroorzaakt door de hondelintworm) in Nederland voornamelijk voor te komen bij migranten uit landen rond de Middellandse Zee, eveneens voor een belangrijk deel Turken en Marokkanen. Bij Surinaamse migranten lijkt de prevalentie van intestinale worminfecties hoger te liggen. Bovendien zou er bij Surinaamse vrouwen sprake kunnen zijn van een hogere frekwentie van de diagnose Irritable Bowel Syndroom.

gezondheidszorg

Over het gebruik dat migranten van de Nederlandse voorzieningen op het gebied van de somatische gezondheidszorg maken, zijn in het algemeen geen landelijke gegevens bekend. Op basis van onderzoekspublicaties lijkt echter gekonkludeerd te kunnen worden dat dit patroon (nog) in belangrijke mate afwijkt van dat van Nederlanders. Bovendien lijken de voorzieningen (nog) niet optimaal te functioneren voor Turkse en Marokkaanse migranten. Zowel hulpverleners als migranten wijzen hierbij op taal- en communicatieproblemen en op cultuurverschillen.

De somatische hulpverlening aan Surinaamse migranten lijkt echter in het algemeen weinig specifieke problemen op te leveren.

ontwikkelingen 1975 - 1985

Over ontwikkelingen op het gebied van de gezondheid valt te melden, dat de vaccinatiegraad voor de DKTP IV en de mazelen onder migrantenkinderen lijkt te zijn toegenomen, waardoor de kans, dat zij met deze ziekten besmet worden, is afgenomen.

Wat betreft het gebruik van de voorzieningen op het gebied van de somatische gezondheidszorg valt plaatselijk een toename te constateren in de deelname van Turkse en Marokkaanse migranten aan de zuigelingen- en kleuterzorg. In hoeverre dit ook een landelijke ontwikkeling betreft, is niet duidelijk.

De wijze waarop Turkse en Marokkaanse migranten van de diensten van de huisarts gebruik maken, lijkt zich de laatste jaren wat meer te hebben aangepast aan de Nederlandse gewoonten.

Op het gebied van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding lijkt men zich de laatste jaren wat sterker op Turkse en Marokkaanse migranten te richten.

Hoewel er zich de afgelopen 10 jaar mogelijk meer ontwikkelingen hebben voorgedaan in de gezondheid van en het functioneren van de somatische gezondheidszorgvoorzieningen voor migranten, biedt het onderzoek hier verder geen gegevens over.

mogelijke toekomstige ontwikkelingen

De prognoses wijzen erop dat het merendeel van de migranten (voorlopig nog) in Nederland zal blijven. Tengevolge hiervan mag verwacht worden dat migranten, en met name de tweede generatie, langzamerhand meer zullen integreren in de Nederlandse samenleving en beter gebruik zullen maken van de Nederlandse voorzieningen, waaronder die op het gebied van de somatische gezondheidszorg. Wat betreft de gezondheid zou dit kunnen betekenen, dat de verschillen in gezondheidstoestand tussen de Nederlandse bevolking enerzijds en de migranten in Nederland anderzijds langzamerhand zullen afnemen. Wel moet er de eerste tijd nog op verloskundige problemen bij (jonge) Turkse, Marokkaanse en Surinaamse vrouwen gerekend worden ten gevolge van een doorgemaakte rachitis.

Bij oudere migranten moet onder andere ten gevolge van een natuurlijk verouderingsproces rekening gehouden worden met een toename van gezondheidsklachten. Dit zal leiden tot frekwentere contacten

met de Nederlandse voorzieningen op het gebied van de somatische gezondheidszorg.

AANBEVELINGEN

Op basis van bovenstaande gegevens zijn aanbevelingen geformuleerd met betrekking tot het beleid, de praktijk en het onderzoek.

aanbevelingen met betrekking tot het beleid

Er is nog steeds extra aandacht van de overheid gewenst voor de gezondheid van migranten en het functioneren van de voorzieningen op het gebied van de somatische gezondheidszorg voor deze groep.

Deze zou onder andere tot uitdrukking kunnen komen in:

- gezondheidsvoorlichting en - opvoeding van migranten;
- voorlichting aan hulpverleners;
- specifieke aandacht voor de oudere migrant;
- het opnemen van etniciteit in medische registratiesystemen.

aanbevelingen met betrekking tot de praktijk

Ook voor werkers in het veld van de somatische gezondheidszorg geldt dat (voorlopig nog) extra aandacht voor migranten gewenst is. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan:

- extra aandacht voor het voorkomen van rachitis, ijzergebrek-aemie en gehoorstoornissen (in de vorm van geleidingsstoornissen) bij migrantenkinderen, voor tuberculose en echinokokkose bij Mediterrane migranten en voor intestinale worminfecties en de diagnose Irritable Bowel Syndroom bij Surinaamse migranten;
- het vaker gebruik maken van officiële tolkdiensten en/of speciaal voorlichtingsmateriaal;
- het zich meer verdiepen in de kulturele achtergronden van migranten.

aanbevelingen met betrekking tot het onderzoek

Als algemene aanbevelingen voor het onderzoek op het gebied van de somatische gezondheid (szorg) en migranten kunnen onder andere worden genoemd:

- er zal meer rekening gehouden dienen te worden met reeds verricht en nog lopend onderzoek;
- het is noodzakelijk om ook aan andere migrantengroepen dan Turken, Marokkanen en Surinamers specifieke aandacht te besteden; bovendien lijkt het raadzaam om Turken en Marokkanen en de verschillende Surinaamse etnische groepen apart te onderscheiden;
- er zal zoveel mogelijk ook een vergelijkbare groep Nederlandse respondenten (zelfde sociaal-ekonomisch niveau) in het onderzoek opgenomen dienen te worden.

SUMMARY

MOTIVE AND AIM OF THE REVIEW

The Advisory Commission for Research on Ethnic Minorities (ACOM) concluded in their advice on programming research activities for 1983, that a large quantity of research publications had been produced in this field during the last years (Adviescommissie Onderzoek Minderheden, 1982). The ACOM thought it opportune to produce reviews on certain policy areas, including health care.

The Ministry of Welfare, Public Health and Cultural Affairs adopted this advice. The area of mental health was supposed to be adequately covered by the review of the National Centre of Mental Health (Mak & Schrameyer, 1983). The TNO Institute of Preventive Health Care (NIPG/TNO) was requested to summarize the state of the art on physical health and health care. *This review should result in a systematic compilation of available Dutch publications in this field. It should express utility of the information gathered in practice as well as in policy making. Furthermore it should specify areas, not already covered by research.*

DESIGN AND METHOD

In consultation with the Ministry it was decided to reduce the subject matter of this review in some respects. Practical considerations led to the exclusion of the health care in the country of origin and the social insurance health care.

Another item not covered by this review pertains to the situation of refugees. Finally it was decided to neglect studies published before 1975, assuming the results of these studies outdated.

In this report 87 research publications have been reviewed. These publications have been classified according to the criteria: subject matter, migrant groups involved and year of publication. This classification enabled us to identify trends in research. Of course, attention has also been paid to the content of the studies involved. This analysis includes descriptions of daily practise as well as publications of a more contemplative nature. With respect to health, a distinction has been made between information about mortality, morbidity and antropometry. In analysing the data concerning health care we have made a distinction according to the section of the system involved. Attention has been given to the degree of participation, to the bottlenecks met by the workers in the field and to the experiences of the migrants themselves. Here too we tried to identify trends.

THE RESULTS OF THE QUANTITATIVE ANALYSIS

subject matter

In the last decade researchers in the field of physical health (care) and migrants have focussed on the functioning of the health care system rather than on health.

Regarding health care the majority of the publications has been concerned with first echelon health care, and more specifically general practice, dental care, family planning and prenatal and obstetric care.

Basic health care has dealt mainly with health care for children. Publications pertaining to health have been focussed strongly on morbidity.

attention to specific migrant groups

Research has been concentrated mainly on Turks, Moroccans and (to a lesser degree) Surinamers and Antillians. Other migrant groups,

for example Spaniards, Yugoslavs and Italians, are seldomly studied as a separate category.

researchers

Approximately 30% of the studies involved have been carried out by students (under and post graduate). Less than 10% of the studies have been executed by university researchers. The other publications are equally divided between the non-academic research institutes and health care provisions.

trends in research (1975-1985)

There has been a rapid growth in the number of research publications since 1980. The most significant increase has been in the field of health care, the number of publications being nine in the period 1975-1979 and fifty-six in the years 1980-1985. At the same time there has been a shift in research objects. Originally research was mainly focussed on general practice and occupational health, while more recently, research has been concentrating on topics such as health care for children, health advice and education and prenatal and obstetric health care, sections of the system mainly concerned with women and children.

With respect to the researchers a trend is perceptible toward a growing contribution of professional researchers.

THE RESULTS OF THE QUALITATIVE ANALYSIS

health

The age specific mortality upto \pm 40 years is higher among Turkish and Moroccan migrants in The Netherlands than among the Dutch population. It manifests itself especially among children (1-14 years), the mortality among Turkish and Moroccan children being 2

to 4½ times higher than that among Dutch children. Among Surinamers, but specifically among Creoles, there seems to be a higher perinatal mortality.

Generally speaking migrant children are smaller than their Dutch peers. However, there are differences between the separate migrant groups. Creole children are about the same height as Dutch children. Hindustani children are significantly smaller. The differences between the Turkish, Moroccan and Dutch children are less evident among adolescents.

A higher incidence of rickets and (iron deficiency) anaemia has been demonstrated among Turkish, Moroccan and Surinam children. Hearing problems have been diagnosed more frequently among Surinam children. The incidence of tuberculosis is significantly higher among foreign workers, especially among Turks and Moroccans. Echinococcosis (an infection caused by the dog tape-worm) seems only to be found in The Netherlands among Mediterraneans, especially Turks and Moroccans. Intestinal worm infections seem to be more frequently demonstrated among Surinam migrants.

The Irritable Bowel Syndrome might be diagnosed more frequently among Surinam women.

health care

In general there are no data at a national level on the participation of migrants in the physical health care provisions. Research publications indicate that migrants (still) differ from Dutch people in this respect. Moreover these provisions do not (yet) seem to function adequately for Turkish and Moroccan migrants. Both migrants and workers in the field mention communication problems and cultural differences as the main bottleneck. Research does not indicate specific difficulties in the physical health care of Surinamers.

trends in health and health care (1975-1985)

As far as the health of migrants is concerned, there is a trend that the vaccination rate against DKTP and measles among migrant children is growing. Hence the chance of migrant children getting these diseases has been decreased.

With regard to the physical health care provisions an increase of participation in the infant welfare centres has been demonstrated locally, as far as Turkish and Moroccan migrants are concerned. More information is needed to establish this phenomenon as a national trend. Consultation of general practitioners by Turkish and Moroccan migrants seems to have developed in a way more adopted to Dutch habits. Programs on health advice and education seem to be more specifically concentrated on Turkish and Moroccan migrants. Unfortunately, research does not offer more insight into possible trends concerning health (care) of migrants during the last decade.

future trends

Prognoses are suggesting that a majority of the migrant population will remain in The Netherlands, at least for the time being. Because of this, one might expect migrants, and especially the so-called second generation, to integrate into the Dutch society in more respects, and to make a better use of the available facilities, including health care. As a result of this process differences in health will possibly diminish. Until further notice attention should be paid to obstetric problems among young Turkish, Moroccan and Surinam women, as a result of a rickets suffered in childhood. An increase in health problems, originating amongst other things from a natural process of aging, could be expected among elderly migrants. As a consequence these migrants will attend to the physical health care provisions more frequently.

RECOMMENDATIONS

The results of the analyses had led to recommendations regarding government policy, health care practice and research.

recommendations regarding government policy

Special attention should be given to the physical health and health care of migrants. Among other things the following topics can be mentioned in this matter:

- programs on health advice and education;
- instructions of workers in the health care practice;
- the elderly migrant;
- registration of ethnic origin in data systems on health and health care.

recommendations regarding health care practice

The workers in the physical health care provisions should pay special attention to migrants too. That means among other things:

- attention for the occurrence of rickets, (iron deficiency) anaemia, and hearing problems among migrant children in general, for tuberculosis and echinococcosis among Mediterranean migrants and for intestinal worm infections and the diagnosis Irritable Bowel Syndrome among Surinam migrants;
- to use interpreter facilities and specific instruction materials more often;
- the study of cultural backgrounds of migrants.

recommendations regarding research

As general recommendations to research in the field of health (care) and migrants can be considered:

- to give more attention to already executed and current research;

- to focus also on other migrant groups than Turks, Moroccans and Surinamers; and to specify Turkish and Moroccan migrants and the different Surinam ethnic groups;
- to incorporate a Dutch reference group more often.

1. INLEIDING

1.1 Aanleiding en doelstelling

In haar "Programmeringsadvies Minderhedenonderzoek 1983" merkte de Adviescommissie Onderzoek Minderheden (ACOM) op, dat door het grote aantal onderzoekspublikaties, dat de laatste jaren op het gebied van het minderhedenvraagstuk was verschenen, het steeds moeilijker werd een goed overzicht te verkrijgen en te behouden van de kennis op dit gebied (Adviescommissie Onderzoek Minderheden, 1982). Ten gevolge van deze ontwikkeling zou het rendement van onderzoek kunnen teruglopen en zou er sprake kunnen zijn van onvoldoende accumulatie van op onderzoek gebaseerde kennis. Daarom meende de Commissie dat op bepaalde gebieden, waaronder de gezondheidszorg, de tijd rijp was voor het vervaardigen van overzichtsstudies, ook wel aangeduid als trendrapporten.

Volgens de ACOM zouden deze studies de volgende functies kunnen hebben:

- a. het samenvatten van belangrijke konklusies van reeds verricht empirisch onderzoek;
- b. het opsporen van lacunes in de bestaande kennis;
- c. het opstellen van beleidsaanbevelingen op basis van een combinatie van onderzoeksresultaten en het toetsen van de bruikbaarheid van die resultaten;
- d. het formuleren van nieuwe onderzoeksvragen op basis van reeds aanwezige empirische en theoretische kennis;
- e. het signaleren van bepaalde trends in (het onderzoek naar) de positie van minderheden in de samenleving;
- f. het vergelijken van ontwikkelingen in Nederland met soortgelijke ontwikkelingen in andere landen.

(Adviescommissie Onderzoek Minderheden, 1982, p.10)

Op het symposium "Gezondheidszorg voor etnische minderheden", gehouden op het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO (NIPG/TNO) in oktober 1982, liet Van Etten (Staffbureau Beleidsontwikkeling van het departement van Volksgezondheid) weten, dat het departement dit advies van de ACOM had overgenomen (Van Etten, 1982).

Met de literatuurstudie van het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid (Mak & Schrameijer, 1983) en de nog lopende onderzoeksprojekten op dit gebied achtte men het terrein van de geestelijke gezondheid en gezondheidszorg voldoende gedekt. Het NIPG/TNO werd verzocht een studie te vervaardigen op het gebied van de somatische gezondheid en gezondheidszorg.

Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur gaf te kennen dat deze studie *een systematisch overzicht van de beschikbare Nederlandse literatuur (zowel praktijkbeschrijvingen vanuit de hulpverlening als resultaten van wetenschappelijk onderzoek) op dit onderzoeksgebied zou moeten opleveren. Daarin zou met name de bruikbaarheid van de informatie voor de praktijk en het beleid tot uiting moeten komen. Voorts zouden nog bestaande lacunes in het onderzoek aangewezen kunnen worden.* Tenslotte stelde het Ministerie, dat bij deze studie *in het bijzonder ook aandacht moet worden gegeven aan de organisatie van de intramurale zorg en de aansluiting daarvan op behoeften en wensen van leden van etnische minderheidsgroepen.*

1.2 Opzet en uitvoering

In het overleg met het Ministerie is afgesproken de studie op enkele punten te beperken. Zo zijn uit praktische overwegingen onderwerpen als de gezondheidszorg in het land van herkomst en de sociaal-verzekeringkundige zorg buiten beschouwing gebleven. Ook

is geen aandacht besteed aan de situatie van vluchtelingen. Tenslotte zijn er geen publikaties van voor 1975 in de studie betrokken*. Deze publikaties leken te sterk verouderd en niet direkt nodig voor het vaststellen van ontwikkelingen.

In de inventarisatie is naast de reeds aanwezige publikaties op het NIPG/TNO gebruik gemaakt van bibliotheken en dokumentatiebestanden van onder andere het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, het Ministerie van Binnenlandse Zaken, universiteiten (met name de medische en sociaal-wetenschappelijke fakulteiten), het Nederlands Centrum Buitenlanders en het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders. Vooral de laatste bibliotheek bleek over een zeer uitgebreid bestand van (onderzoeks)publikaties op dit gebied te beschikken. Daarnaast is ook ruim aandacht besteed aan bibliografieën, literatuurrapporten en verwijzingen.

Hoewel er niet van uitgegaan kan worden, dat de inventarisatie volledig uitputtend is geweest, lijkt het niet aannemelijk dat belangrijke onderzoekspublikaties (uit de periode 1975-1985) in deze studie nog ontbreken.

In het totaal zijn op bovenstaande wijze 87 onderzoekspublikaties (uit de periode 1975-1985) achterhaald. Deze zijn verdeeld naar:

- periode van uitgave (1975-1979 en 1980-1985);
- onderwerp (aspecten van gezondheid en sectoren van zorg);
- specifieke aandacht voor afzonderlijke migrantengroepen (Surinamers (en Antillianen), Turken en/of Marokkanen en overige migrantengroepen);
- uitvoerders van het onderzoek (onder andere studenten, medewerkers van niet-universitaire onderzoeksinstituten en medewerkers van instellingen in het veld van de gezondheidszorg).

* Hierbij is een uitzondering gemaakt voor het onderzoek van Paes, 1974 in verband met de informatie waarde van deze studie.

Op basis hiervan is nagegaan in hoeverre er sprake is van trends of ontwikkelingen in het onderzoek.

Daarnaast is ook aandacht besteed aan de inhoudelijke informatie van deze publikaties. Hierbij is niet gekozen voor een selectie vooraf, op basis van de kwaliteit van het onderzoek, maar voor een integrale bespreking, waarbij de tekorten en de beperkingen van de studies ter plekke worden aangegeven. Bovendien zijn hierbij ook praktijkbeschrijvingen uit de zorgverlening en de meer beschouwendende literatuur betrokken. Van de laatstgenoemde publikaties is alleen gebruik gemaakt, wanneer bepaalde aspecten vanuit het onderzoek onvoldoende belicht werden of wanneer onderzoeksgegevens ontbraken.

In de inhoudelijke analyse is afzonderlijk gekeken naar gezondheid en gezondheidszorg. Wat betreft gezondheid is onderscheid gemaakt naar mortaliteits- en morbiditeitsgegevens en gegevens met betrekking tot antropometrie. Bovendien is ook aandacht besteed aan voeding en voedingsgewoonten. Van de vele aspecten die van invloed kunnen zijn op de gezondheid, zijn alleen deze aspecten systematisch in relatie met gezondheid en migranten onderzocht.

Wat betreft de gezondheidszorg is uitgegaan van een indeling naar zorgvoorziening. Naast een hoofdindeling van basisgezondheidszorg, eerstelijnsgezondheidszorg en intramurale gezondheidszorg is ook aandacht besteed aan de verschillende onderdelen van deze sectoren. Hierbij is steeds gekeken naar de deelname van de verschillende migrantengroepen aan de voorziening, naar de knelpunten die de zorgverleners ervaren in hun contacten met migranten, naar de mate waarin zij, ter oplossing van deze knelpunten, gebruik maken van tolkvoorzieningen en/of speciaal voorlichtingsmateriaal en naar de ervaringen van de migranten zelf. Voorzover er gegevens beschikbaar waren, zijn ook aanpassingen en experimenten ter verbetering van de zorgverlening aan migranten hierbij betrokken.

Tenslotte is nagegaan in hoeverre er trends of ontwikkelingen ge-

konstateerd konden worden met betrekking tot de gezondheid van en het functioneren van de gezondheidszorg voor migranten.

Op basis van de analyses zijn aanbevelingen geformuleerd ten behoeve van het beleid, de praktijk en het onderzoek.

1.3 Indeling van het rapport

Na deze inleiding wordt in hoofdstuk 2 een historische schets gegeven van de ontwikkeling van de migrantenpopulaties in Nederland sinds de tweede wereldoorlog en de reacties hierop van het beleid (toegespitst op gezondheid en gezondheidszorg) en van de werkers in het veld van de gezondheidszorg. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de aard en omvang van de onderzoeksinspanningen. De gegevens met betrekking tot de gezondheid van en het functioneren van de gezondheidszorg voor migranten worden respectievelijk in hoofdstuk 4 en 5 besproken. In hoofdstuk 6 worden de resultaten samengevat. Daarbij wordt afzonderlijk aandacht besteed aan de situatie van Turkse en Marokkaanse migranten en aan die van Surinaamse migranten. Tevens wordt hierbij nagegaan in hoeverre er, op basis van de onderzoeksgegevens, gesproken kan worden over ontwikkelingen in de periode 1975-1985 en wordt vooruit geblikt op de periode na 1985. Het rapport wordt afgesloten met aanbevelingen voor het beleid, de praktijk en het onderzoek (hoofdstuk 7).

In de bijlage is een lijst met medische termen opgenomen (bijlage 1).

2. HISTORISCHE SCHETS (1945-1985)

Voordat nader ingegaan wordt op de omvang en de resultaten van het onderzoek zal in dit hoofdstuk een beeld gegeven worden van de ontwikkeling van de migrantenpopulaties in Nederland, het beleid van de (landelijke) overheid op dit gebied (toegespitst op gezondheid en gezondheidszorg) en de opstelling van de werkers in het veld van de gezondheidszorg.

2.1 Ontwikkeling van de migrantenpopulaties

2.1.1 Migranten uit wervingslanden

De sterke groei van de Nederlandse economie na de tweede wereldoorlog leidde in de tweede helft van de jaren vijftig tot schaarste op de arbeidsmarkt. In de mijnbouw en de industrie werden in die jaren de eerste buitenlandse arbeidskrachten aangetrokken (Penninx, 1979). Tot 1960 betrof deze werving vrijwel uitsluitend Italianen (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1. Aanwezige migranten uit wervingslanden naar nationaliteit (1960-1973)*

nationaliteit	per 1-1-'60	per 1-1-'68	per 1-1-'73
Italianen	± 3.000	± 10.000	± 19.000
Spanjaarden	309	18.526	31.362
Portugezen	1	3.113	6.952
Turken	-	15.314	46.018
Grieken	404	3.216	3.989
Marokkanen	-	12.610	27.901
Joegoslaven	5	1.957	11.618
Tunesiërs	?	?	732
Totaal	± 3.700	± 65.000	± 148.000

* zie voor de jaren 1976, 1980 en 1984 tabel 2.2.

bron: Penninx, 1979

Daarna volgden echter al gauw werknemers uit andere Middellandse-zeelanden. In eerste instantie waren dit vooral Spanjaarden, maar later ook Turken en Marokkanen, die langzamerhand de belangrijkste groepen migranten uit wervingslanden in Nederland zouden gaan vormen. Om de ongecontroleerde werving van buitenlandse arbeidskrachten door het bedrijfsleven te reguleren sloot de Nederlandse overheid wervingskontrakten met Italië (1960), Spanje (1961), Portugal (1963), Turkije (1964), Griekenland (1966), Marokko (1969), Joegoslavië (1970) en Tunesië (1970). In de bloeiperiode van de werving, 1960 tot 1972 (slechts onderbroken door een tijdelijke terugval tengevolge van de economische recessie van 1967), steeg het aantal migranten uit wervingslanden van ± 4.000 naar ± 148.000 en het aantal verstrekte arbeidsvergunningen (exclusief de Italianen) van ± 550 tot ± 84.000 (Penninx, 1979). Daarna zette de werving zich in minder sterke mate nog enkele jaren voort om vanaf 1975 vrijwel volledig tot stilstand te komen.

Vanaf het begin van de jaren zeventig heeft zich echter een nieuwe ontwikkeling in het migratieproces van migranten uit wervingslanden voorgedaan, namelijk de gezinshereniging. Vanaf dat moment zijn steeds meer werknemers uit wervingslanden er toe overgegaan om hun vrouw en kinderen naar Nederland te laten komen. Deze migratie bereikte zijn hoogtepunt in 1979 en 1980. In deze jaren kwamen er zelfs meer migranten naar Nederland dan in de piekjaren van de werving 1970-1972 (Penninx, 1983). Ten gevolge van dit proces van gezinshereniging en een relatief hoge huwelijksvruchtbaarheid nam het aantal migranten uit wervingslanden in de tweede helft van de jaren zeventig toe tot bijna 270.000 (zie tabel 2.2). Gekonstateerd moet echter worden, dat deze toename vrijwel volledig voor rekening komt van de migranten uit Turkije en Marokko.

Tabel 2.2. Aanwezige migranten uit wervingslanden naar nationaliteit (1976-1984)¹

nationaliteit	per 1-1-'76	per 1-1-'80	per 1-1-'84
Italianen	20.000	21.200	21.100
Spanjaarden	29.000	23.800	21.800
Portugezen	8.800	9.400	7.900
Turken	76.500	120.800	156.400
Grieken	4.200	4.100	4.000
Marokkanen	42.200	72.500	107.200
Joegoslaven	13.800	13.900	12.800
Tunesiërs	1.500	2.200	2.800
Totaal	196.000	267.900	334.000

¹ zie voor de jaren 1960, 1968 en 1973 tabel 2.1.

bronnen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1980

Centraal Bureau voor de Statistiek, 1982a

Centraal Bureau voor de Statistiek, 1984

Sinds het begin van de jaren tachtig is echter ook de migratie van Turkse en Marokkaanse migranten naar Nederland sterk gedaald, terwijl de remigratie is toegenomen. Volgens Van Praag en Kool (1982) zijn de slechter wordende bestaansvoorwaarden in Nederland, in het bijzonder de dramatische stijging van de werkloosheid, hieraan direct en indirect debet. Desondanks voorspellen zij nog wel enige groei van het aantal Turken en Marokkanen in Nederland, zowel ten gevolge van de migratie (primaire en sekundaire gezinshereniging^{*}) als ten gevolge van een geboorte-overschot. In hun prognose voor 1990 komen zij uit op een aantal van 165.000 tot 196.000 voor de Turkse en een aantal van 119.000 tot 149.000 voor de Marokkaanse populatie in Nederland. Van de andere migrantengroepen uit wervingslanden zijn geen prognoses bekend.

^{*} Primaire gezinshereniging: overkomst van vrouwen en kinderen van reeds in Nederland aanwezig mannen.

Sekundaire gezinshereniging: vestiging van partners uit huwelijken die gesloten werden door in Nederland verblijvende vreemdelingen met buiten Nederland verblijvende vreemdelingen.

(Van Praag & Kool, 1982)

2.1.2 Migranten uit Suriname

De migratie van Surinamers naar Nederland is in sterke mate bepaald door het koloniale verleden (Penninx, 1979). Voor de tweede wereldoorlog bestond deze migratie vooral uit jongeren uit de hogere sociaal-ekonomische klasse van Suriname die naar Nederland gingen om te studeren. Na de tweede wereldoorlog heeft dit proces zich in sterkere mate voortgezet en kwamen ook jongeren uit de middenklasse voor studie naar Nederland. Vanaf 1954 (het Koninkrijkstatuut) werden Surinamers juridisch Nederlandse staatsburgers en konden zij zonder enige belemmering naar Nederland migreren. Dit leidde tot een verbreding van de migratie naar leeftijd, geslacht, sociale klasse en etnische groep (Schoorl, 1982). In de tweede helft van de jaren vijftig is er zelfs een korte tijd sprake geweest van werving van Surinaamse migranten. De omvang van deze werving is echter beperkt gebleven (Penninx, 1979). Slechte ekonomische omstandigheden in de tweede helft van de zestiger jaren in Suriname leidden tot een toename van de migratie van Surinamers naar Nederland. Bovendien was er sprake van een "ketenproces", dat wil zeggen de kwartiermakers van het eerste uur bereidden de weg voor nieuwe migranten (Penninx, 1979). De Surinamer in Nederland zorgt voor de eerste opvang en huisvesting, bemiddelt eventueel bij een arbeidsplaats voor de nieuwkomer en financiert de overkomst van familieleden en kennissen met behulp van het in Nederland verdiende geld.

Vanaf 1969 nam de migratie snel toe met een piek in 1974 en 1975, de jaren voorafgaande aan de onafhankelijkheid van Suriname (zie tabel 2.3). In 1960 woonden nog slechts 12.700 Surinamers (en Antillianen) in Nederland. In 1970 lag dit cijfer op 42.615, waarvan bijna 29.000 Surinamers. In 1975 was het aantal Surinaamse migranten toegenomen tot ruim 104.000 en woonde ongeveer een derde van de totale Surinaamse bevolking in Nederland (Penninx, 1979).

Tabel 2.3. Migratie tussen Nederland en Suriname van 1966-1982

jaar	vestiging in Nederland	vertrek uit Nederland	vestigings- overschot
1966			3.620
1967			3.240
1968			3.645
1969			5.502
1970	7.384	1.793	5.591
1971	9.493	1.957	7.536
1972	8.500	2.141	6.359
1973	11.098	2.087	9.011
1974	17.902	2.166	15.736
1975*	39.699	3.037	36.662
1976	5.757	5.142	615
1977	4.786	3.430	1.356
1978	7.388	2.681	4.707
1979	18.162	2.372	15.790
1980**	18.994	2.290	16.704
1981	4.432	3.338	1.094
1982	3.431	3.706	- 275

* onafhankelijkheid Suriname

** einde overgangsregeling

bronnen: 1966-1969 Penninx (1979)

1970-1980 Kool & Van Praag (1982)

1981-1982 Penninx (1983)

De eerste jaren na de onafhankelijkheid viel de migratie vanuit Suriname naar Nederland sterk terug om in 1979 en 1980 nogmaals sterk aan te trekken (zie tabel 2.3). Tot 25 november 1980 (5 jaar na de onafhankelijkheid) konden Surinamers namelijk op basis van een overgangsregeling nog relatief makkelijk een verblijfsvergunning in Nederland krijgen. Na deze datum werd nog slechts toestemming tot verblijf gegeven uit hoofde van gezinshereniging, opleidingsdoeleinden of langdurige medische behandeling (Kool & Van Praag, 1982). Sinds 1981 is de migratie vanuit Suriname naar Nederland wederom sterk gedaald en de remigratie toegenomen. In 1982 was er zelfs voor het eerst sprake van een negatief vestigingssaldo. Als deze ontwikkeling zich doorzet zou het aantal Surinamers in Nederland in 1990 wel eens aanzienlijk lager kunnen liggen dan

de \pm 210.000 (minimale variant) en \pm 223.000 (maximale variant) van de prognose van het Sociaal en Cultureel Planbureau (Kool & Van Praag, 1982). Ter vergelijking: op 1 januari 1982 woonden er ongeveer 182.300 Surinaamse migranten in Nederland (Penninx, 1983).

2.1.3 Migranten uit de Nederlandse Antillen

De geschiedenis van de Nederlandse Antillen en de migratie uit dat gebied is geheel verschillend van die van Suriname (Penninx, 1979). Omdat de Antillen meer een handelscentrum waren, was men minder op Nederland gericht en meer op de Verenigde Staten en Latijns-Amerika. De studiemigratie vanuit de Antillen naar Nederland is pas na 1950 op gang gekomen. In het begin van de jaren zestig, maar vooral van 1964 tot 1966, trok de migratie aan door wervingen van Nederlandse bedrijven op de eilanden. In tegenstelling tot de situatie in Suriname heeft de werving vanuit Nederland op de Antillen wel degelijk een rol gespeeld.

Hoewel na 1966 de migratie vanuit de Antillen naar Nederland terugvalt, vertoont de migratie vanaf 1969 tot 1980 een vrij regelmatig stijgende lijn (zie tabel 2.4). In de jaren zeventig bestond deze migratie vooral uit studenten en jonge vrouwen, die in ziekenhuizen kwamen werken, en uit jonge alleenstaande migranten met een behoorlijke opleiding en een redelijk inkomen (Schoorl, 1982). Op 1 januari 1971 waren er \pm 17.700 Antilliaanse migranten in Nederland; 10 jaar later (1 januari 1981) was dit aantal gegroeid tot \pm 38.900 (Kool & Van Praag, 1982).

Na 1980 is de migratie vanuit de Antillen naar Nederland teruggelopen, terwijl de remigratie is toegenomen (zie tabel 2.4). Het is echter vooralsnog niet duidelijk welke aspecten hierbij een rol spelen. De prognose van het Sociaal en Cultureel Planbureau (Kool

Tabel 2.4. Migratie tussen Nederland en de Nederlandse Antillen van 1966-1982
(a. migratie van Antillianen; b. totale migratie, inclusief autochtone Nederlanders)

Jaar	vestiging in Nederland		vertrek uit Nederland		vestigingsoverschot	
	a	b	a	b	a	b
1966					1.319	
1967					815	
1968					657	
1969					1.132	
1970					1.277	
1971					707	
1972	1.767		828		939	1.185
1973	1.850		812		1.038	1.440
1974	1.968		757		1.261	1.473
1975	2.484		760		1.724	2.458
1976	2.488	3.838	885	1.707	1.603	2.131
1977	3.097	4.435	1.012	1.966	2.085	2.469
1978	3.576	4.724	1.076	2.167	2.500	2.557
1979	3.499	4.484	1.093	2.297	2.406	2.187
1980	4.473	5.479	1.175	2.316	3.298	3.163
1981		4.430		2.811		1.619
1982		3.989		3.196		793

bronnen: 1966-1975 Penninx (1979): de cijfers betreffen de totale migratie van en naar de Antillen (b)
 1972-1980 Kool en Van Praag (1982): de cijfers betreffen uitsluitend de migratie van Antillianen (a)
 1976-1982 Penninx (1983): de cijfers betreffen de totale migratie van en naar de Antillen (b)

& Van Praag, 1982) komt tot een Antilliaanse populatie van ± 65.000 (minimum variant) tot ± 70.000 (maximum variant) migranten in Nederland in 1990. Gezien de ontwikkeling sinds het begin van de jaren tachtig kan betwijfeld worden of zelfs de minimum variant van deze prognose, waarbij men uitgaat van een jaarlijks vestigingsoverschot van 2.000 migranten, wel gehaald zal worden. De dreigende sluitingen van raffinaderijen op Aruba en Curacao zouden echter tot nieuwe ontwikkelingen in het migratieproces van Antillianen naar Nederland kunnen leiden.

2.1.4 Overige migranten

Naast de hierbovengenoemde groepen zijn sinds de tweede wereldoorlog ook nog andere groepen migranten naar Nederland gekomen. Het gaat hier onder andere om repatrianten uit Indonesië, om Molukkers en om vluchtelingen (oorspronkelijk voornamelijk uit Oost-Europa, later vooral uit Latijns-Amerika en uit Vietnam). Omdat deze migrantengroepen in het onderzoek op het gebied van de somatische gezondheid en gezondheidszorg slechts zelden aan bod komen of uit praktische overwegingen buiten deze studie zijn gebleven (vluchtelingen, zie hoofdstuk 1), zullen hier verder geen gegevens voor worden vermeld.

2.2 Ontwikkelingen in het beleid en de gezondheidszorg

Toen Nederland aan het eind van de jaren vijftig en het begin van de jaren zestig buitenlandse arbeidskrachten ging aantrekken, stelde de overheid zich op het standpunt, dat Nederland geen immigratieland was en dat het verblijf van deze arbeidskrachten als een tijdelijke aangelegenheid zou moeten worden beschouwd (Van Geuns, 1983). Dit uitgangspunt, dat oorspronkelijk later ook ten opzichte van andere migrantengroepen (zoals Surinamers en Antillianen) zou worden gehanteerd, had ook consequenties voor de benadering van gezondheidkundige aspecten. Zo werden in de contracten met de wervingslanden onder andere afspraken opgenomen met betrekking tot een medisch onderzoek. Hierbij ging het enerzijds om een bedrijfsgeneeskundige keuring, gericht op de lichamelijk geschiktheid voor het werk, anderzijds om de belangen van de Nederlandse volksgezondheid, om de verhindering van import van infectieziekten, in het bijzonder van tuberculose (Scheurkogel, 1967). Toen echter buiten de werving en alle keuringen om nog grote aantallen buitenlandse arbeidskrachten zich in Nederland vestigden, en daar-

mee de Nederlandse volksgezondheid in gevaar brachten, werd (vanaf 16 mei 1966) de verstrekking van een verblijfsvergunning (aan onderdanen van niet-EEG landen) gekoppeld aan een tuberculose-onderzoek (Van Riet Paap, 1967). Deze regeling geldt op het moment nog steeds.

In de praktijk van de gezondheidszorg waren het in eerste instantie voornamelijk de bedrijfsartsen die te maken kregen met migranten uit wervingslanden. Zij zorgden voor een eventuele herkeuring, voor de bedrijfsgeneeskundige verzorging en in een aantal gevallen ook voor de inschrijving bij huisartsen. In de bedrijfsgezondheidszorg merkte men al snel, dat de medische verzorging van deze migranten speciale problemen met zich meebracht. In tijdschriftartikelen ventileerde men zijn zorgen over het relatief vaak voorkomen van tuberculose, maagziekten en ongevallen, maar ook over de problemen in de zorgverlening (onder andere Van der Veen, 1967 en Van Erp, 1967). Uit een onderzoek van de Nederlandse Stichting voor de Statistiek uit die jaren blijkt, dat de grootste moeilijkheid van bedrijfsartsen in hun contact met migranten uit wervingslanden gelegen was in taalverschillen. Deze werden het sterkst ervaren bij de behandeling van psychische problemen, ontstaan ten gevolge van heimwee en aanpassingsmoeilijkheden (Nederlandse Stichting voor de Statistiek, 1971).

Langzamerhand kregen ook andere sectoren van de gezondheidszorg te maken met migranten uit wervingslanden en met de specifieke moeilijkheden in de zorgverlening aan deze groep. Mede op aandringen van de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, het Direktorat-Generaal voor de Arbeidsvoorzieningen en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst leidde dit in 1972 tot de instelling van het Overlegorgaan Medische Verzorging Buitenlandse Werknemers (Van Geuns, 1981a). Dit overlegorgaan kreeg de opdracht naar oplossingen te zoeken voor de moeilijkheden die optraden bij de medische verzorging van buitenlandse

werknemers in Nederland, mede te helpen bij het realiseren van de gevonden oplossingen en de Minister te adviseren (Overlegorgaan Medische Verzorging Buitenlandse Werknemers, 1973). De activiteiten van dit overlegorgaan lagen aanvankelijk vooral in de voorwaarden-scheppende sfeer (adviezen over medische tolkenpools en over voorlichting aan buitenlandse werknemers) en in het ondersteunen van plaatselijke initiatieven (Den Bosch, Almelo, Utrecht en Rotterdam; zie ook § 5.2.1).

Het uitgangspunt van de overheid was in die jaren nog steeds, dat het verblijf van migranten (uit wervingslanden) in Nederland een tijdelijke aangelegenheid was. Dit hield ook in, dat er ruimte was voor specifieke categoriale voorzieningen op het gebied van de gezondheidszorg, zoals bijvoorbeeld het gezondheidscentrum voor buitenlanders in Utrecht (zie § 5.2.1). Uit de verslagen van het overlegorgaan blijkt echter, dat binnen deze kommissie al gauw de meningen over de tijdelijkheid van het verblijf van buitenlandse werknemers in Nederland aan het verschuiven waren (zie onder andere het advies inzake het aantrekken buitenlandse artsen ten behoeve van buitenlandse werknemers in Nederland; Overlegorgaan Medische Zorg Buitenlandse Werknemers, 1975).

In 1974 vroeg het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Geneeskunst opnieuw aandacht voor de moeilijkheden die artsen ondervonden bij hun streven om de buitenlandse werknemer een zo adequaat mogelijke medische verzorging te geven (Roelink, 1974). Bovendien stelde het een aantal maatregelen ter verbetering van deze situatie voor. Ook andere overkoepelende organisaties op het gebied van de gezondheidszorg lieten hun betrokkenheid bij de problematiek blijken (Overlegorgaan Medische Zorg Buitenlandse Werknemers, 1975). Het Nationaal Centrum voor Kruiswerk en het Nederlandse Rode Kruis pleitten in een brief aan de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne voor verbetering van de voorlichting op het gebied van de gezondheidszorg voor

buitenlandse werknemers. Het sekretariaat van de Ziekenfondsraad en het Gemeenschappelijke Overleg van Ziekenfondsorganisaties vormden een werkgroep, die zich bezig ging houden met allerlei vragen van verzekeringstechnische en andere aard met het doel de medische verzorging van buitenlandse werknemers zo goed mogelijk te doen verlopen.

Daarnaast leidden initiatieven van individuele werkers in het veld van de gezondheidszorg tot enkele experimenten (onder andere Almelo, Rotterdam, Amsterdam en Utrecht; zie ook § 5.1.1.1 en § 5.2.1).

In dezelfde tijd (1974-1975) bereikte de migratie van Surinaamse migranten naar Nederland zijn hoogtepunt. "In 1974 besloot de regering, gedwongen door de erbarmelijke omstandigheden waarin steeds meer pas aangekomen "rijksgenoten" verkeerden, tot een actief beleid gericht op de eerste opvang van Surinamers (en Antillianen)." (Entzinger, 1984, p. 84). In dit beleid werd naast huisvesting onder andere aandacht besteed aan welzijnswerk, voorlichting en extra arbeidsbemiddeling. Van een meer specifiek beleid op het gebied van de gezondheid en gezondheidszorg ten aanzien van Surinaamse (en Antilliaanse) migranten, zoals bij migranten uit wervingslanden, zijn echter geen aanwijzingen gevonden.

De migratie uit de wervingslanden bestond op dat moment vrijwel uitsluitend uit vrouwen en kinderen, die zich in het kader van de gezinshereniging in Nederland kwamen vestigen. Dit leidde tot nieuwe problemen in de gezondheidszorg en tot contacten met sectoren, die tot op dat moment nog vrijwel niet met migranten te maken hadden gehad (onder andere jeugdgezondheidszorg en prenatale en verloskundige zorg).

In de verschillende nota's van de regering omtrent buitenlandse werknemers zoals de Nota Buitenlandse Werknemers van 1970 of de

Memorie van Antwoord van 1974 was aanvankelijk geen enkele aparte paragraaf te vinden gewijd aan de specifieke gezondheidsproblematiek. In de Memorie van Toelichting op de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne voor 1976 stond voor het eerst vermeld, dat men was afgestapt van de ideeën over een categoriale benadering en dat beleidsmatig nu was gekozen voor integratie van de gezondheidszorg voor buitenlanders in het bestaande systeem van gezondheidszorgvoorzieningen (Van Geuns, 1983). Een duidelijke uitspraak van de overheid over een langdurig zo niet permanent verblijf van grote groepen migranten in Nederland zou echter nog uitblijven tot 1979 (rapport Etnische Minderheden van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1979).

In de tussentijd werden enkele adviezen van het overlegorgaan gerealiseerd zoals de oprichting van het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders in 1976 en de instelling van vijf tolkencentra in 1977 (in Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Eindhoven en Arnhem). Vanaf dat moment ging het overlegorgaan zich meer bezighouden met de problematiek van vrouwen en kinderen en met de psychosociale hulpverlening. In 1979 ging de toenmalige staatssecretaris akkoord met een taakuitbreiding van het overlegorgaan naar rapportage en advies "over de medische problematiek, die een kenmerkend gevolg is, of kan zijn van de veel bredere problematiek der integratiemoeilijkheden, waarmee in casu buitenlandse werknemers en hun gezinnen te maken hebben" (Van Geuns, 1983).

Inmiddels heeft het overlegorgaan de "nota psychosociale hulpverlening aan etnische minderheden" opgesteld (Overlegorgaan medische verzorging buitenlandse werknemers, 1982). Een hierin voorgesteld experiment in de eerstelijnsgezondheidszorg zal binnenkort van start gaan (zie ook § 5.2.1).

In het algemeen kan er vanaf de tweede helft van de jaren zeventig gesproken worden van een groeiende belangstelling (van de werkers

in het veld van de gezondheidszorg) voor de problemen van migranten met betrekking tot gezondheid en gezondheidszorg. Dit komt onder andere tot uitdrukking in symposia en kongressen (bijvoorbeeld 'Gastarbeider en Gezondheidszorg' in 1977, "gezondheidszorg voor etnische minderheden" in 1982 en 'Migranten en Geestelijke gezondheidszorg' in 1983), in kursussen (onder andere de cursus Gezondheidszorg en Turkse en Marokkaanse migranten van de Boerhaave Commissie in Leiden, 1981/82), in meer algemene en meer specifieke voorlichtingsfolders en -brochures (het gaat hier met name om de publikaties van het Buro Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders, maar bijvoorbeeld ook om het bulletin van de Geneeskundige Hoofdinspectie over de 'gezondheidszorg voor buitenlandse patiënten' uit 1982) en in boeken, rapporten en tijdschriftartikelen (zie de literatuurlijst van dit rapport).

Ook op het gebied van het onderzoek is er sinds het begin van de jaren tachtig sprake van een toegenomen belangstelling (zie ook § 6.2).

Sinds het verschijnen van de Minderhedennota (1983) is er voor het eerst sprake van een (gezondheidszorg) beleid gericht op alle minderheden*. Dit komt onder andere tot uitdrukking in de naamsverandering van het overlegorgaan (gewijzigd in Overlegorgaan Medische Verzorging Minderheden) en van het Buro Voorlichting (gewijzigd in Buro Voorlichting Gezondheidszorg Minderheden).

* In de minderhedennota verstaat men onder minderheden woonwagenbewoners en legaal hier verblijvende leden van de etnische minderheidsgroeperingen, waaronder worden begrepen: Molukkers, buitenlandse werknemers en hun gezinsleden afkomstig uit de wervingslanden, zigeuners en vluchtelingen.

Als centraal thema van het gezondheidszorgbeleid met betrekking tot minderheden wordt in de nota genoemd de bevordering van de toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen. Hierbij wordt zowel gedacht aan bestuurlijke maatregelen en aan tolkhulp, voorlichting en deskundigheidsbevordering, als aan meer specifieke maatregelen (onder andere met betrekking tot hulpverlening aan vluchtelingen, de psychosociale hulpverlening en de tuberculosebestrijding).

Samenvattend kan gesteld worden, dat het beleid van de overheid er oorspronkelijk van uitging, dat het verblijf van migranten in Nederland een tijdelijk aangelegenheid zou zijn. Dit hield ook in, dat er ruimte was voor specifieke categoriale voorzieningen voor migranten op het gebied van de gezondheidszorg. Hoewel langzamerhand duidelijk werd, dat het verblijf van grote groepen migranten in Nederland langdurig zo niet permanent zou zijn, bleef een uitspraak van de overheid hierover uit tot 1979. Drie jaar eerder (1976) had men echter al laten weten afgestapt te zijn van de ideeën over een categoriale benadering in de gezondheidszorg. Sinds 1983 is er sprake van een (gezondheidszorg) beleid gericht op alle minderheden.

Wat betreft de praktijk van de gezondheidszorg is er met name vanaf de tweede helft van de jaren zeventig sprake van een toenemende belangstelling voor de problemen van migranten met betrekking tot gezondheid en gezondheidszorg.

3. DE ONDERZOEKSPUBLIKATIES

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de omvang en de aard van de onderzoeksinspanning op het gebied van de somatische gezondheid(szorg) en migranten in de periode 1975-1985. Hierbij wordt zowel gekeken naar het onderwerp van de studie (aspecten van gezondheid en sectoren van zorg) als naar de specifieke aandacht voor afzonderlijke migrantengroepen (Surinamers, Turken en/of Marokkanen en overige migrantengroepen) en naar uitvoerders van het onderzoek (onder andere studenten, medewerkers van niet-universitaire onderzoeksinstituten en medewerkers in het veld van de gezondheidszorg).

Zoals in hoofdstuk 1 al is aangegeven zijn bij de inventarisatie voor deze studie 87 onderzoekspublikaties* (met uitzondering van literatuurstudies etc.) uit de periode 1975-1985 achterhaald (voor een overzicht zie tabel 3.1).

In 22 publikaties wordt aandacht besteed aan de gezondheid van migranten, in 52 publikaties aan het functioneren van de gezondheidszorgvoorzieningen voor deze groep en in 13 publikaties komen beide aspecten aan bod. Wat betreft de gezondheid is de onderzoeksbelangstelling de afgelopen 10 jaar vooral gericht geweest op morbiditeitsgegevens. Ook wat betreft de gezondheidszorg is de aandacht van de onderzoekers niet evenredig verdeeld over de verschillende sectoren. Relatief veel publikaties hebben betrekking op de eerstelijnsgezondheidszorg, en daarbinnen vooral de huisartsenzorg, de tandartsenzorg, de zorg met betrekking tot geboorteregeld gedrag en de prenatale en verloskundige zorg. In de basisgezondheidszorg is de meeste aandacht uitgegaan naar de jeugdge-

* Een gedetailleerd overzicht van de publikaties is opgenomen als bijlage 2.

Tabel 3.1. Overzicht van onderzoekspublikaties op het gebied van de somatische gezondheid en gezondheidszorg met betrekking tot migranten over de periode 1975-1985, onderverdeeld naar onderwerp, specifieke aandacht voor migrantengroepen en uitvoerders van het onderzoek

	periode 1975-1985	
a. naar onderwerp:*		
gezondheid	35	
- mortaliteit		5
- antropometrie		9
- morbiditeit		21
- voeding		7
<hr/>		
gezondheidszorg	65	
- basisgezondheidszorg	23	
. zuigelingen- en kleuterzorg		9
. schoolgezondheidszorg		8
. schooltandartsenzorg		3
. Bedrijfsgezondheidszorg		5
- eerstelijnsgezondheidszorg	41	
. huisartsenzorg		13
. apothekerszorg		1
. fysiotherapeutische zorg		1
. tandartsenzorg		7
. voedings- en dieetzorg		1
. gezins- en bejaardenzorg		-
. zorg m.b.t. geboorteregelen gedrag		7
. prenatale en verloskundige zorg		12
. kraamzorg		3
- intramurale zorg	14	
. ziekenhuiszorg		14
. verpleeghuiszorg		-
- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding	14	
<hr/>		
b. naar specifieke aandacht voor migrantengroepen:		
- specifieke aandacht voor Surinamers (en Antillianen)		28
- specifieke aandacht voor Turken en/of Marokkanen		53
- specifieke aandacht voor andere migrantengroepen		5
<hr/>		
c. naar uitvoerders van het onderzoek:		
- studenten/kursisten		28
- universitaire medewerkers		8
- medewerkers onderzoeksinstituten (niet-universitair)		22
- medewerkers instellingen gezondheidszorg		21
- onduidelijk		1
- overig		7
<hr/>		
totaal aantal publikaties	87	

* Door dubbeltellingen kan de som van de publikaties in de onderverdelingen hoger uitkomen dan het totaal aantal publikaties.

zondheidszorg (met uitzondering van de schooltandartsenzorg). Over de intramurale zorg zijn alleen publikaties op het gebied van de ziekenhuiszorg achterhaald.

Wat betreft de migrantengroepen die in het onderzoek zijn betrokken, valt te konstateren, dat het onderzoek zich vooral gericht heeft op Turken, Marokkanen en (in wat mindere mate) Surinamers (en Antillianen). In het onderzoek naar de knelpunten die hulpverleners in hun kontakten met migranten ervaren, komen Surinamers zelfs vrijwel niet meer aan bod en beperkt men zich voornamelijk tot Turken en Marokkanen. Andere migrantengroepen, zoals bijvoorbeeld Spanjaarden, Joegoslaven en Italianen, komen in het onderzoek slechts zelden als aparte categorie voor. Wel vormen zij zo nu en dan een restcategorie als "overige buitenlanders" of zijn ze samen met Turken en Marokkanen ondergebracht in categorieën als "Mediterranen" of "buitenlandse werknemers".

Als er tenslotte gekeken wordt naar degenen die het onderzoek hebben uitgevoerd, valt op, dat ongeveer 30% van de studies is verricht door studenten en kursisten. Nog geen 10% van het onderzoek komt van de hand van universitaire medewerkers. De rest van de publikaties is vrijwel gelijkelijk verdeeld over de (niet-universitaire) onderzoeksinstituten en de instellingen in het veld van de gezondheidszorg.

4. GEZONDHEID

In dit hoofdstuk wordt nagegaan wat er op basis van de (onderzoeks)publikaties uit de periode 1975-1985 te zeggen valt over de gezondheid van migranten in Nederland. Eerst zal aandacht worden besteed aan mortaliteitsgegevens (§ 4.1) en antropometrie (§ 4.2). Gegevens over de sterfte (naar leeftijd) in een bevolkingsgroep kunnen beschouwd worden als indicatoren voor de gezondheidstoestand van die groep. Ook de lichaamslengte is een gegeven, dat als maat voor de gezondheidstoestand van een bevolking kan dienen. Op grond van veel en vaak veelomvattend onderzoek is vast komen te staan, dat de lengte van een populatie kinderen en jeugdigen negatief samenhangt met de omvang, aard en ernst van doorgemaakte ziekten onder deze populatie, maar ook met de grootte en omvang van de zuigelingen- en kleutersterfte onder de kinderopopulatie, waar zij als overlevenden deel van uitmaken (Van Laar, 1981). Vervolgens komen de algemene gezondheidsklachten en specifieke ziekten, met andere woorden de morbiditeitsgegevens, aan bod (§ 4.3). Ook zal in dit hoofdstuk worden ingegaan op voeding en voedingsgewoonten (§ 4.4). Hoewel er vele aspecten van invloed kunnen zijn op de gezondheid van migranten (hierbij valt onder andere te denken aan huisvesting en werk, aan sociaal-ekonomische omstandigheden in het algemeen), zijn in het onderzoek onder migranten in Nederland alleen voeding en voedingsgewoonten systematisch in relatie met gezondheid bekeken. Tenslotte zal het hoofdstuk worden afgerond met een samenvatting (§ 4.5).

4.1 Mortaliteitsgegevens

Uit tabel 4.1 blijkt, dat in vier publikaties aandacht wordt besteed aan de perinatale sterfte (het aantal doodgeboren en in de eerste levensweek overleden kinderen) onder migranten. Het gaat

hierbij om de publikaties van Nordbeck (1982) en Nordbeck e.a. (1983), gebaseerd op gegevens van de burgerlijke stand, de studie van Van Enk e.a. (1982), gebaseerd op gegevens over ziekenhuisbevallingen, en het onderzoek van Doornbos en Nordbeck (1985) dat zowel op gegevens van de burgerlijke stand als op gegevens van vroedvrouwen en op gegevens over ziekenhuisbevallingen gebaseerd is.

Tabel 4.1. Overzicht van studies, waarin aandacht wordt besteed aan de sterfte onder migranten.

Onderzoek	Onderwerp	Onderzoeksgroep
Van Enk e.a., 1982	perinatale sterfte	Creolen, Aziaten, Mediteranen, Nederlanders
Nordbeck, 1982	perinatale sterfte, zuigelingensterfte	Surinamers, Turken, Marokkanen, Nederlanders
Centraal Bureau voor de Statistiek, 1983	sterfte in het algemeen (0-75+ jaar)	Turken, Marokkanen, bevolking van Nederland
Nordbeck e.a., 1983	perinatale sterfte, zuigelingensterfte	Surinamers, Turken, Marokkanen, Nederlanders
Doornbos & Nordbeck, 1985	perinatale sterfte	Creolen, Aziaten, Mediteranen, Nederlanders
Doornbos & Nordbeck, 1985	perinatale sterfte, zuigelingensterfte, kleutersterfte	Surinamers, Turken, Marokkanen, Nederlanders

Eerst zal nu gekeken worden naar de studies op basis van de burgerlijke stand. Op het symposium 'gezondheidszorg voor etnische minderheden' in oktober 1982 presenteerde Nordbeck zijn eerste voorlopige konklusies met betrekking tot de perinatale sterfte in Amsterdam, Den Haag en Utrecht in de periode van 1976 t/m 1980 (Nordbeck, 1982). Hoewel de gegevens nog niet gestandaardiseerd waren voor mogelijk verstorende effecten suggereerden de cijfers dat de perinatale sterfte in Den Haag en Amsterdam bij vrouwen van

Surinaamse afkomst boven die van vrouwen van Nederlandse afkomst lagen. Nadere analyse van de Haagse gegevens bevestigde de voorlopige konklusie met betrekking tot de Surinaamse vrouwen (Nordbeck e.a., 1983). Hoewel de perinatale sterfte van alle onderscheiden migrantengroepen (Surinamers, Turken en Marokkanen) boven het cijfer van de Nederlandse vrouwen lag, was alleen de perinatale sterfte bij vrouwen van Surinaamse afkomst significant hoger. Daarnaast betrof de perinatale sterfte bij vrouwen van Turkse afkomst in opvallende mate primiparae. Ook de Amsterdamse cijfers wezen op een hogere perinatale sterfte bij moeders van Surinaamse afkomst (Doornbos & Nordbeck, 1985; analyses op basis van gegevens van de burgerlijke stand, 1975-1980). In tegenstelling tot de Haagse gegevens was dit verschil echter niet significant. Bij moeders van niet-Nederlandse afkomst (Suriname uitgezonderd) werd in Amsterdam wel een significant hogere perinatale sterfte vastgesteld. Turkse en Marokkaanse migranten konden niet apart onderscheiden worden, omdat bij doodgeboorte en levenloos aangegeven kinderen in Amsterdam het geboorteland van de moeder niet gedetailleerd wordt gekodeerd.

In de studies op basis van de gegevens over ziekenhuisbevallingen gaat het eveneens om Amsterdamse cijfers. Van Enk e.a. (1982) maakten in hun onderzoek gebruik van de gegevens van de Gemeenschappelijk Verloskundige Registratie (GVR) voor zover deze betrekking hadden op Nederlandse- en migrantenvrouwen die in de periode van 1973 tot 1981 in het Slotervaart ziekenhuis te Amsterdam waren bevallen. In deze registratie wordt geen onderscheid gemaakt naar nationaliteit maar naar etnische afkomst. In het onderzoek van Van Enk e.a. worden naast Nederlanders de volgende groepen onderscheiden: Creolen (en anderen van Afrikaanse origine), Aziaten (inklusief Hindoestani uit Suriname, Chinezen en Indonesiërs) en Mediterraneanen (Noordafrikanen en Turken). Gekonstateerd werd dat hoewel de gestandaardiseerde perinatale sterfte (perinatale sterfte na 28 weken zwangerschap en een geboortegewicht van meer dan

1000 gram) bij migranten niet hoger lag dan bij Nederlandse vrouwen, de totale perinatale sterfte (alle gevallen van sterfte voor, tijdens of na de bevalling) bij migrantenvrouwen hoger lag dan bij Nederlandse vrouwen, althans bij de multiparae. De perinatale sterfte bij de Mediterrane primiparae lag significant lager dan bij de Creoolse en Aziatische primiparae.

Ook Doornbos en Nordbeck (1985) maakten bij hun onderzoek gebruik van de Gemeenschappelijk Verloskundige Registratie. Zij betrokken echter niet alleen de gegevens van het Slotervaart Ziekenhuis in hun analyses, maar ook die van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en het Lucas Ziekenhuis in Amsterdam (periode 1972-1982). Zij constateerden dat de perinatale sterfte onder Creoolse vrouwen significant hoger was dan onder de andere onderscheiden groepen (Nederlanders, Aziaten en Mediterraneanen). Uit analyses van de doodsoorzaken kwam naar voren dat deze verhoogde perinatale sterfte bij Creoolse vrouwen voornamelijk veroorzaakt werd door een hogere incidentie van solutio placentae (vroegtijdig loslaten van de moederkoek) en partus immaturus (vroeggeboorte).

Naast de perinatale sterfte hebben Van Enk e.a. (1982) en Doornbos en Nordbeck (1985) ook gekeken naar het voorkomen van lage Apgar-scores en de frekwentie van opnames op de couveuse afdeling. Deze gegevens kunnen beschouwd worden als een indikator voor de kwaliteit van de levensstart van de pasgeborenen. In beide onderzoeken werden bij migranten vaker lage Apgar-scores geteld en bij Aziatische pasgeborenen een hoger percentage opnames op de couveuse afdeling gedurende de eerste levensweek. Doornbos en Nordbeck (1985) hebben echter de indruk dat men bij opnames op de couveuse afdeling om redenen van laag geboortegewicht, bij Aziatische pasgeborenen onvoldoende rekening houdt met het postuur van de moeder.

Met uitzondering van Van Enk e.a. (1982) wordt in bovengenoemde studies ook aandacht besteed aan de zuigelingensterfte (de sterfte in het eerste levensjaar) bij migranten. In Den Haag waren de ver-

schillen in zuigelingensterfte bij vrouwen van Nederlandse, Surinaamse, Marokkaanse en Turkse afkomst te gering om van een relatie van etnische afkomst van de moeder en zuigelingensterfte te kunnen spreken (Nordbeck e.a., 1983). In Amsterdam werden wel duidelijke verschillen geconstateerd (Doornbos en Nordbeck, 1985). Zowel bij vrouwen van Turkse als bij vrouwen van Marokkaanse afkomst lag de zuigelingensterfte in Amsterdam significant hoger dan bij vrouwen van Nederlandse afkomst. De landelijke gegevens van het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 1983) bevestigen dit beeld niet. Uit een overzicht van overledenen naar nationaliteit, geslacht en leeftijd per 10.000 inwoners van elke categorie (1977-1981), onderverdeeld in het totaal aantal overledenen in Nederland en het aantal in Nederland overleden Turken en Marokkanen, blijken bij zuigelingen nauwelijks verschillen te bestaan. De sterfte onder Turkse en Marokkaanse kinderen van 1-14 jaar lag echter beduidend hoger dan onder alle kinderen van deze leeftijd in Nederland; het duidelijkst in de leeftijdsgroep van 1-4 jaar. Dit correspondeert wel met de Amsterdamse gegevens: Doornbos en Nordbeck (1985) troffen in de leeftijdsgroep van 1 tot 3 jaar significant meer sterftegevallen aan in Turkse en Marokkaanse gezinnen.

Uit de gegevens van het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 1983) blijkt verder dat met het toenemen van de leeftijd het verschil in sterfte tussen de totale bevolking enerzijds en de personen met de Turkse en Marokkaanse nationaliteit anderzijds kleiner wordt. Bij de Turken is dit verschil boven de 44 jaar geheel verdwenen en slaat het om in een hogere sterfte onder de totale bevolking. Bij de Marokkanen vindt deze omslag plaats boven de 39 jaar. Tot slot merkt het CBS op, dat de verschillen in sterfte niet alleen aan een verschil in sociaal culturele achtergrond moet worden toegeschreven, maar dat ook een verschil in sociaal-economische status een belangrijke rol kan spelen.

4.2 Antropometrie

Antropometrie (o.a. lengte en gewicht) wordt in Nederland bij onderzoek naar de gezondheid van migrantenkinderen regelmatig gebruikt als indikator voor de gezondheidstoestand (voedingstoestand).

Kusin e.a. (1978) hebben gekeken naar de antropometrie van Surinaams/Antilliaanse en Nederlandse zuigelingen. Uit hun onderzoek kwam naar voren, dat zowel het geboortegewicht als de lengte bij geboorte van Surinaams/Antilliaanse meisjes significant geringer waren dan die van Nederlandse meisjes. De lengte en het gewicht bij geboorte van Surinaams/Antilliaanse jongens verschilden echter niet wezenlijk van die van Nederlandse jongens. Wat betreft de ontwikkeling van lengte en gewicht gedurende het eerste levensjaar werden noch bij de meisjes noch bij de jongens verschillen vastgesteld tussen de Surinaams/Antilliaanse kinderen enerzijds en de Nederlandse kinderen anderzijds.

In de andere onderzoeken, waar men zich met lengte en gewicht of met antropometrie in bredere zin (hierbij wordt naast lengte en gewicht ook naar andere lichaamsmaten gekeken) heeft beziggehouden, zijn de kinderen van lagere schoolleeftijd (6-12 jaar) onderwerp van studie geweest. Een overzicht van de studies op dit gebied wordt gegeven in tabel 4.2. Hieruit blijkt dat de meest voorkomende leeftijdsgroepen de 8- en 11-jarigen zijn, en dat in al deze studies een Nederlandse controlegroep is opgenomen. Bovendien valt uit het overzicht af te leiden dat de indeling naar etnische groep niet overal even gespecificeerd is. Tenslotte kan worden opgemerkt dat in drie studies, Blauwgeers en Lauret (1978), Carpentier en Huffmeyer (1979) en De Haas (1981), gebruik is gemaakt van dossierinformatie (van de schoolarts), dat voor vier onderzoeken, Egger e.a. (1980 en 1982), Losekoot en Stolwijk (1981) en Wijn en Van der Velde (1984), eigen metingen zijn verricht, en dat

in een onderzoek, De Leeuw-Vringer (1983), de gegevens tijdens het periodiek geneeskundig onderzoek van de schoolarts op een speciaal formulier zijn vastgelegd.

Uit de studies die zich richten op de 8-jarigen (inklusief de 1e-klassers van De Haas, 1981) blijkt dat de migrantenkinderen, met uitzondering van de Creoolse kinderen, allen kleiner zijn dan de Nederlandse kinderen. Wat betreft het gewicht (naar lengte) zijn de verschillen minder duidelijk. Alleen de 8-jarige Hindoestaanse jongens en meisjes blijken in verhouding tot hun lengte significant lichter te zijn (Egger e.a. 1980 en 1982).

Tabel 4.2. Overzicht van studies naar lengte en gewicht van migrantenkinderen

onderzoek	leeftijdsgroep	etnische groep
Blauwgeers & Lauret, 1978	8 jarigen	Turken (Gastarbeiders), Nederlanders
Kusin e.a., 1978	zuigelingen	Surinamers/Antillianen, Nederlanders
Carpentier & Huffmeyer, 1979	8 jarigen	Surinamers, Gastarbeiders, Nederlanders
Egger e.a., 1980	8 jarigen	Hindoestanen, Creolen, Nederlanders
De Haas, 1981	1e klassers (L.O.) 11 jarigen	Surinamers/Antillianen, Buitenlanders (vnl. Gastarbeiders), Nederlanders
Losekoot & Stolwijk, 1981	11 jarigen	Hindoestanen, Creolen, Nederlanders
Egger e.a., 1982	8 jarigen	Hindoestanen, Nederlanders (alleen meisjes)
De Leeuw-Vringer, 1983	6-12 jarigen	Marokkanen, Turken, Surinamers, Nederlanders
Wijn & Van der Velde, 1984	11 jarigen	Marokkanen, Turken, Nederlanders

Het beeld van de 11-jarigen is gekompliceerder. De Haas (1981) constateert dat de "gastarbeiderskinderen" (zowel jongens als meisjes) in haar onderzoek kleiner (dit verschil is niet statis-

tisch getoetst) en zwaarder (signifikant), in verhouding tot de lengte, zijn dan haar Nederlandse controlegroep. Ook in het onderzoek van Wijn en Van der Velde (1984) worden verschillen gevonden naar lengte en gewicht. De verschillen naar lengte sluiten aan bij de resultaten van De Haas. De 11-jarige Turkse meisjes en Marokkaanse jongens uit het onderzoek van Wijn en Van der Velde zijn (signifikant) kleiner dan hun Nederlandse leeftijdgenoten. De verschillen naar gewicht zijn echter tegengesteld. Wijn en Van der Velde vinden wat dit aspect betreft alleen verschillen bij de meisjes. De 11-jarige Marokkaanse meisjes zijn echter (signifikant) lichter (in verhouding tot hun lengte) dan Turkse en Nederlandse meisjes. Ook in het onderzoek van De Leeuw-Vringer (1983), dat zich niet op een speciale leeftijdsgroep richt maar wat leeftijd betreft de hele lagere schoolperiode beslaat, wordt gekonstateerd dat Marokkaanse meisjes in verhouding tot hun lengte lichter zijn dan Nederlandse meisjes. Zij konstateert echter ook dat Turkse meisjes in verhouding tot hun lengte veel zwaarder zijn dan Nederlandse meisjes.

Er spelen enkele problemen door deze vergelijking. De Haas heeft in haar onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen Turken en Marokkanen. Uit de twee andere onderzoekingen blijken er in ieder geval wat betreft lengte en gewicht echter wel duidelijke verschillen tussen deze twee etnische groepen te bestaan. Daarnaast speelt op 11-jarige leeftijd het probleem van de puberteit en de daarmee gepaard gaande versnelde lichamelijke ontwikkeling. Alleen Wijn en Van der Velde hebben hier in hun onderzoek rekening mee gehouden. Bij de analyses van de jongens zijn zij uitgegaan van degenen die nog niet de puberteit bereikt hadden, de analyses van de meisjes hebben betrekking op degenen die wel in de puberteit waren. Op grond hiervan lijkt het aannemelijk dat indien Turkse meisjes voor hun puberteit zwaarder zijn dan Nederlandse meisjes, dit verschil in ieder geval tijdens de puberteit verdwijnt. Marokkaanse meisjes daarentegen lijken ook tijdens de puberteit lichter te blijven dan

Nederlandse meisjes.

Vergelijkbare problemen spelen bij het onderzoek naar de lengte en gewicht van 11-jarige Surinaamse kinderen. Ook hier zijn de resultaten niet volledig eenduidig en spelen het al dan niet onderscheid maken naar etnische groep en het al dan niet rekening houden met het bereiken van de puberteit waarschijnlijk een rol. De Haas (1981), die in haar analyse geen rekening houdt met het al dan niet bereiken van de puberteit, konstateert dat de 11-jarige Surinaamse/Antilliaanse meisjes in haar onderzoek groter (dit verschil is niet statistisch getoetst) en lichter (signifikant) in verhouding tot hun lengte zijn dan de Nederlandse meisjes. Ook de 11-jarige Surinaamse/Antilliaanse jongens zijn lichter (signifikant) in verhouding tot hun lengte dan de Nederlandse jongens. Wat hun lengte betreft zijn zij echter kleiner (niet statistisch getoetst). In het onderzoek van Losekoot en Stolwijk (1981), waar wel rekening gehouden wordt met het bereiken van de puberteit, worden geen significante verschillen aangetroffen tussen 11-jarige Creoolse en Nederlandse kinderen. Wel bestaat er een tendens dat Creoolse jongens zwaarder zijn in verhouding tot hun lengte. De Hindoestaanse kinderen in dit onderzoek zijn significant kleiner dan hun Nederlandse leeftijdgenoten; de Hindoestaanse jongens ook lichter in verhouding tot hun lengte. De door De Haas gekonstateerde grotere lichaamslengte van Surinaamse/Antilliaanse meisjes lijkt inderdaad, zoals zij zelf in de bespreking van haar resultaten al aangeeft, samen te hangen met het eerder bereiken van de puberteit van deze meisjes. In hoeverre dit ook van invloed is op het in verhouding tot de lengte lichter zijn van Surinaamse/Antilliaanse meisjes, is echter niet duidelijk.

Over de lichaamslengte van migrantenkinderen in Nederland in verhouding tot die van de kinderen in het land van herkomst kan alleen wat gezegd worden van de Turkse populatie. Wijn en Van der Velde (1984) hebben de gegevens van de 11-jarige Turkse kinderen

uit hun onderzoek vergeleken met Turkse referentiewaarden (Neyzi & Binyıldız, 1979). De lengte van de jongens kwam overeen met waarden gemeten bij Turkse kinderen uit de hoogste sociale klassen, de lengte van de meisjes met de waarden van de middelste sociale klassen. Er van uitgaande dat de Turkse migranten in Turkije niet tot de hoogste sociale klassen behoorden, lijkt de komst van deze migranten naar Nederland een positieve invloed op de lichaamslengte van de kinderen te hebben. Ook wat betreft de Surinaamse kinderen worden er wel vergelijkingen gemaakt met de populatie in het land van herkomst (Egger e.a., 1980 en Losekoot & Stolwijk, 1981). De referentiewaarden die hierbij gehanteerd worden zijn echter meer dan 10 jaar oud, waardoor de vergelijkbaarheid problematisch wordt.

4.3 Algemene gezondheidsklachten en specifieke ziekten

In deze paragraaf zal nader aandacht worden besteed aan de morbiditeitsgegevens. Een overzicht van publikaties op dit gebied wordt gegeven in tabel 4.3.

Gekonstateerd kan worden, dat er relatief veel publikaties op dit gebied bekend zijn. Wel is er nogal eens sprake van weinig gedifferentieerde categorieën van migranten zoals buitenlanders, niet-Nederlanders en gastarbeiders. In het merendeel van de publikaties richt men zich op specifieke ziekten en lichamelijke afwijkingen. Voor de overzichtelijkheid zal echter eerst begonnen worden met de studies, die betrekking hebben op de algemene gezondheidsklachten.

Algemene gezondheidsklachten

Het merendeel van de onderzoeken naar algemene gezondheidsklachten van migranten richt zich op volwassenen. In de inventarisatie voor deze trendstudie zijn slechts twee publikaties naar voren gekomen die niet over volwassenen gaan. Het betreft de on-

derzoekingen van Hoekstra en Van der Meer (1977) en van De Haan (1984). In beide studies zijn klachten geïnventariseerd bij de huisarts.

Hoekstra en Van der Meer hebben uit de dossiers van een huisarts, over een periode van twee jaar en drie maanden, alle gepresenteerde klachten van Turkse kinderen van 0-16 jaar overgenomen. Het is jammer dat zij niet tegelijkertijd ook klachten van Nederlandse kinderen hebben genoteerd. Omdat zij ook geen onderscheid maken naar klachten per leeftijdsgroep is de waarde van hun informatie beperkt. Er kan dan ook alleen wat gezegd worden over de frequentie van de klachten van Turkse kinderen waarvoor hun ouders de huisarts konsulteren. De meest voorkomende klachten zijn hoesten (17%), jeuk (9%), koorts (9%), niet eten/niet groeien (8%), keelpijn (6%) en braken (6%).

In het onderzoek van De Haan (1984) wordt het klachtenpatroon van Turkse, Marokkaanse en Nederlandse jongeren van 10-21 jaar met elkaar vergeleken. Hiertoe heeft de onderzoeker, over een periode van 14 maanden, de klachten uit het patiëntenarchief van een huisartsenpraktijk overgenomen. Hij constateert, dat het gemiddeld aantal kontakten van de Turkse en Marokkaanse jongeren lager ligt dan dat van de Nederlandse jongeren. Bovendien zijn er relatief meer Turkse en Marokkaanse jongeren, die maar zelden een beroep op de huisarts doen. In bijna alle kontakten die de jongeren met de huisarts hebben komen een of meer lichamelijke klachten naar voren. Psychosociale klachten staan op de patiëntenkaarten van Turkse en Marokkaanse jongeren echter zelden vermeld; bij Turkse en Marokkaanse jongens zelfs helemaal nooit. Verder klagen Turkse en Marokkaanse jongeren meer over de luchtwegen en minder over het bewegingsapparaat dan Nederlandse jongeren. Bovendien komen Turkse jongeren vaker met maag- en darmklachten bij de huisarts dan Nederlandse jongeren en Marokkaanse jongeren juist minder. Bij de klachten over de urine-wegen ligt dit precies andersom. Omdat laatstgenoemde klachten vrijwel uitsluitend bij meisjes voorkomen,

Tabel 4.3. Overzicht van studies met betrekking tot algemene gezondheidsklachten en specifieke ziekten van migranten*

Onderzoek	Onderwerp	Onderzoeksgroep
Paes, 1974	algemene gezondheidsklachten	Spanjaarden, Italianen, Grieken, Joegoslaven, Turken, Marokkanen
Van der Haar e.a., 1975	algemene gezondheidsklachten	Turken
Meijer, 1975	tuberculose	gastarbeiders, Nederlanders
Werkgroep buitenlandse arbeiders, 1975	algemene gezondheidsklachten	Turken
Van Knapen e.a., 1976	echinokokkose	Nederlanders, niet-Nederlanders
Breedveld e.a., 1977	intestinale worminfecties	Surinamers (vnl. Creolen)
Hoekstra & Van der Meer, 1977	algemene gezondheidsklachten	Turken (0-16 jaar)
Polderman & Goerdayal, 1977	intestinale worminfecties	Surinamers (vnl. Hindoestanen)
Egger e.a., 1980	somatische afwijkingen, ijzervoorziening, vitamine D-spiegels	Creolen, Hindoestanen, Nederlanders (8 jaar)
Van Geuns, 1981b	tuberculose	buitenlanders, Nederlanders
De Haas, 1981	lichamelijke afwijkingen	Surinamers (Antillianen), buitenlanders (vnl. gastarbeiders), Nederlanders (11 jaar)
Boutar-Boxelaar & Burgers, 1982	algemene gezondheidsklachten	Turkse en Marokkaanse vrouwen
Van Knapen e.a., 1982	echinokokkose	Nederlanders, niet-Nederlanders
Meijer, 1982	diagnose Irritable Bowel Syndroom (IBS)	buitenlanders, Nederlanders

vervolg tabel 4.3

Onderzoek	Onderwerp	Onderzoeksgroep
Munneke, 1982	gehoorstoornissen	allochtone en Westeuropese zuigelingen
Nijhuis e.a., 1982	rachitis	Surinamers (Antillianen), Turken, Marokkanen, Nederlanders (0-4 jaar)
Verspaandonk, 1982	specifieke ziekten	buitenlandse (Turkse en Marokkaanse) kinderen
Bossen & De Groot, 1983	ijzergebrekanaemie	Nederlanders, niet-Nederlanders (0-4 jaar)
De Leeuw-Vringer, 1983	lichamelijke afwijkingen	Marokkanen, Turken, Surinamers, overige buitenlanders, Nederlanders (6-12 jaar)
Stichting Sociale Belangen Surinamers, 1983	algemene gezondheidsklachten en ziekten	Surinamers (55-plussers)
De Haan, 1984	algemene gezondheidsklachten	Turken, Marokkanen, Nederlanders (10-21 jaar)
Wijn & Van der Velde, 1984	vitamine D-Status	Turken, Marokkanen, Nederlanders (11 jaar)

* N.B.: publikaties met betrekking tot de gebitstoestand van migranten worden behandeld in § 5.2.4 tandartsenzorg.

kan het gekonstateerde verschil echter ook veroorzaakt worden door een hogere konsultirekwentie van Marokkaanse meisjes en een lagere van Turkse meisjes. Het gepresenteerde onderzoeksmateriaal biedt hier echter geen nadere gegevens over. Tenslotte merkt de auteur op, dat aan de resultaten van dit onderzoek slechts een indicatieve betekenis mag worden toegekend.

De overige onderzoekingen die zich richten op algemene gezondheidsklachten van volwassen migranten kunnen onderscheiden worden in studies waarbij informatie verzameld is bij huisartsen (Paes,

1974 en Boutar-Boxelaar & Burgers, 1982) en studies waarbij de informatie van de migranten zelf is verkregen (Werkgroep buitenlandse arbeiders, 1975; Van der Haar e.a., 1975 en Stichting Sociale Belangen Surinamers, 1983).

In zijn onderzoek naar gastarbeiders en hun huisartsen heeft Paes (1974) aan 70 Utrechtse huisartsen gevraagd welke klachten zij het meest bij de buitenlandse patiënten in hun praktijk tegenkwamen. Bij de buitenlandse patiënten die afkomstig zijn uit Europese landen (Spanje, Italië, Joegoslavië en Griekenland) stelde ongeveer de helft van de huisartsen, dat het klachtenpatroon van deze patiënten overeenkwam met dat van de gemiddelde Nederlandse patiënt. Bij de Turkse en Marokkaanse patiënten werd dit aanzienlijk minder vaak opgemerkt. Klachten die veel voorkomen bij buitenlandse patiënten betreffen met name maag- en darmstoornissen (vooral bij Turkse en Marokkaanse patiënten), waarbij de diagnose ulcus duodeni/ventriculi een belangrijke plaats inneemt. Ook vaak genoemde klachten zijn stoornissen in de luchtwegen. Rugklachten worden vooral bij Marokkanen en Spanjaarden genoemd.

Boutar-Boxelaar en Burgers (1982) spraken met 16 huisartsen, eveneens uit Utrecht. Uit deze gesprekken bleek dat een groot deel van de problemen waarmee Turkse en Marokkaanse vrouwen naar het spreekuur kwamen (onder)buikklachten betrof. Ook hoofd- en rugpijn werden veel genoemd, evenals vragen rond zwangerschap, anti-conceptie en kinderloosheid. Bijna alle artsen zagen de meeste klachten als psycho-somatisch van aard. De reële klachten waren volgens de artsen bij Turkse en Marokkaanse vrouwen in de minderheid.

In het rapport van de "Werkgroep buitenlandse arbeiders" van het Instituut voor Culturele Antropologie van de Rijksuniversiteit te Utrecht (1975) worden de resultaten van een enquête onder 80 Turkse werknemers beschreven. Alle vragen waren beantwoord door de man. Deze gaf in meer dan de helft van de gevallen aan dat hij en zijn vrouw in Nederland vaker ziek waren dan in Turkije. De meest genoemde gezondheidsklachten betroffen griep, rugpijn, maagpijn en

hoofdpijn bij de man en hoofdpijn, griep en maagpijn bij de vrouw. Van der Haar e.a. (1975) hebben eveneens onderzoek gedaan onder Turken. Zij enquêteerden in Almelo 177 Turken (waaronder 37 vrouwen) en in Rotterdam 39 Turkse mannen. In de bespreking van de resultaten wordt geen onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen. Het klachtenpatroon van de Turken in Almelo en Rotterdam is redelijk vergelijkbaar met dat van de Turken uit het Utrechtse onderzoek. In Almelo en Rotterdam zijn de meest genoemde gezondheidsklachten hoofdpijn, griep/verkoudheid en rugpijn.

Als nu de gezondheidsklachten, zoals die door de Turkse werknemers zelf zijn opgegeven, vergeleken worden met de gegevens, zoals die door de huisartsen zijn verschaft (Paes, 1974 en Boutar-Boxelaar & Burgers, 1982), valt op te merken dat griep/verkoudheid en rugpijn vaker door de Turkse mannen genoemd worden dan uit de informatie van de huisartsen blijkt. De maag- en darmklachten nemen daarentegen een minder dominante plaats in. Mogelijkerwijs spelen seizoensinvloeden hier een rol. Ook kan het zijn dat Turkse mannen voor griep/verkoudheid en rugpijn minder gauw een beroep op de huisarts doen. Wat betreft de klachten van de Turkse vrouwen ontbreken in het onderzoek van de werkgroep buitenlandse arbeiders de (onder)buikklachten. Waarschijnlijk speelt het feit dat de vragen door de man ingevuld zijn hierbij een rol.

De Stichting Sociale Belangen Surinamers tenslotte heeft onderzoek gedaan naar de problemen, wensen en behoeften van Surinaamse bejaarden in Rotterdam (Stichting Sociale Belangen Surinamers, 1983). Onder bejaarden heeft men in dit onderzoek personen van 55 jaar en ouder verstaan. Naast aspecten als de financieel-ekonomische situatie, huisvesting en sociale kontakten is in het onderzoek ook aandacht besteed aan de gezondheid. Zo werd de bejaarden onder andere gevraagd hoe men over de eigen gezondheid oordeelde. In de antwoordmogelijkheden (goed, slecht, zeer slecht) valt een zekere eenzijdigheid te konstateren. Het is echter niet duidelijk of dit mede het negatieve oordeel van de bejaarden over hun ge-

zondheid heeft beïnvloed. Bijna tweederde van de bejaarden meende een slechte tot zeer slechte gezondheid te hebben. Van de vijftigplussers oordeelde zelfs bijna de helft zeer negatief over de eigen gezondheid. Als klachten en ziekten werden veel genoemd: hoge bloeddruk, suikerziekte, krampen, verlammingen en maagziekten. Een frekwentieverdeling hiervan ontbreekt echter in het onderzoeksverslag. In het onderzoek wordt ook nog een vergelijking gemaakt met het oordeel van Nederlandse vijfenvijftig- en vijftigplussers over hun gezondheid. Omdat een nadere toelichting op deze gegevens ontbreekt (er wordt wel een bron vermeld, maar deze publikatie was niet tijdig te achterhalen) en de onderzoekers bovendien zelf ook aangeven, dat deze vergelijking niet zonder haken of ogen is, wordt in dit verslag hier niet nader op ingegaan.

Specifieke ziekten en lichamelijke afwijkingen

In het voorgaande werden de algemene gezondheidsklachten behandeld. Er bleken slechts enkele publikaties niet over volwassenen te gaan. Ten aanzien van specifieke ziekten en lichamelijke afwijkingen is er een groter aantal publikaties over kinderen. Het merendeel van deze onderzoeken is gebaseerd op lichamelijk- of laboratoriumonderzoek, enkele op dossieronderzoek en slechts één onderzoek op een enquête onder werkers in de gezondheidszorg. In deze laatste studie (Verspaandonk, 1982) is aan de respondenten (voornamelijk kinderartsen en verpleegkundigen) gevraagd welke ziekten bij buitenlandse kinderen veel voorkomen. Naast maag-darm/voedingsstoornissen werden vooral rachitis, anaemieën en CARA genoemd. Het is opvallend dat over maag-darm/voedingsstoornissen in de andere onderzoeken vrijwel niets wordt aangetroffen. Dat geldt echter niet voor rachitis, anaemieën en CARA.

Nijhuis e.a. (1982) hebben epidemiologisch onderzoek gedaan naar

het voorkomen van rachitis in Den Haag. Zij maakten hierbij gebruik van de dossiers van de in twee Haagse ziekenhuizen opgenomen rachitispatiënten over de periode 1970-1980. Uit deze gegevens bleek dat sinds 1978 het aantal opnames wegens rachitis sterk was toegenomen, en dat het aandeel hierin van patiënten met een niet Nederlandse kulturele achtergrond steeds groter werd. Alle patiëntjes waren jonger dan vier jaar. Er werden evenveel jongens als meisjes opgenomen. Op grond van een vergelijking van de incidenties bij de verschillende bevolkingsgroepen werd geconstateerd dat 0-4 jarige Surinaamse/Antilliaanse, Turkse en Marokkaanse kinderen een duidelijke risicogroep voor rachitis vormen.

Ook in andere onderzoeken worden aanwijzingen voor een frequenter voorkomen van rachitis bij Surinaamse, Turkse en Marokkaanse kinderen gevonden. Egger e.a. (1980) konstateren dat op grond van de lage vitamine D (25-OH-D)-spiegels (en de merendeels hoge activiteit van alkalische fosfatase) subklinische vitamine D-deficiëntie bij de 8-jarige Surinaamse leerlingen niet kan worden uitgesloten. Ook Wijn en Van der Velde (1984) vonden bij een groot deel van de door hen onderzochte 11-jarige Turkse en Marokkaanse kinderen lage vitamine D-waarden. Zij stelden daarop dat de Turkse en Marokkaanse kinderen een groep 'at risk' waren wat betreft het krijgen van rachitis. De Leeuw-Vringer (1983) heeft in haar onderzoek gekeken naar het voorkomen van genua vara, als mogelijke uitdrukking van (doorgemaakte) rachitis. De verschillen tussen Marokkaanse meisjes en Nederlandse meisjes bleken significant. Genua vara werd vaker bij Marokkaanse meisjes vastgesteld dan bij Nederlandse meisjes.

Waar de kinderartsen en verpleegkundigen het bij Verspaandonk (1982) over het bij buitenlandse kinderen veel voorkomen van anaemieën hebben, gaat het vooral om ijzerebrekaneemie. Egger e.a. (1980) hebben in hun onderzoek naar de voeding en voedingstoestand van 8-jarige Surinaamse en Nederlandse schoolkinderen ook gekeken

naar de ijzerstatus. Lage lichaamsijzervoorraden zonder begeleidende anaemie werden zowel bij de Surinaamse als de Nederlandse kinderen frekwent aangetroffen. De hiermee eventueel samenhangende gezondheidsrisico's waren echter vooralsnog niet te duiden.

Ook De Haas (1981) vond in haar onderzoekspopulatie vaker anaemie bij kinderen afkomstig uit (vroegere) Rijksdelen. Het voorkomen van anaemie in haar onderzoek was echter in het totaal zo laag dat het verschil nog gemakkelijk aan het toeval kan worden toegeschreven.

Bossen en De Groot, kinderartsen te Rotterdam, stelden, in ongeveer een jaar tijd, bij 27 kinderen op hun polikliniek ijzergebrek vast (Bossen & De Groot, 1983). Het merendeel van de kinderen was van niet-Nederlandse ouders (Turks, Surinaams, Marokkaans en Kaap-Verdiaans) en viel in de leeftijdsgroep van 6 maanden tot en met 4 jaar.

CARA komt in enkele onderzoeken zijdelings aan de orde. Bij Egger e.a. (1980) bleek dat hoewel somatische afwijkingen bij 8-jarige Surinaamse leerlingen minder vaak werden aangetroffen dan bij hun Nederlandse leeftijdgenoten, de prevalentie van Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen bij beide groepen een relatief grote plaats innam. In de onderzoekspopulatie van De Haas (1981) komen CARA (en rhinitis) echter in zo geringe mate voor dat verschillen in frequentie aan het toeval kunnen worden toegeschreven.

Ook naar visus- en gehoorafwijkingen bij kinderen van migranten is onderzoek gedaan. Wat betreft het voorkomen van visusafwijkingen lijken er geen verschillen te bestaan tussen Surinaams/Antilliaanse, Marokkaanse, Turkse en Nederlandse (lagere)schoolkinderen (De Haas, 1981 en De Leeuw-Vringer, 1983). De resultaten van het onderzoek naar gehoorafwijkingen zijn minder duidelijk. Munneke (1982) die zich richtte op zuigelingen die opgeroepen waren voor

een gehoorscreening, konstateerde dat gehoorafwijkingen (voornamelijk optredend in de vorm van geleidingsstoornissen) twee maal zo vaak voorkwamen bij allochtone zuigelingen als bij Nederlandse/Westeuropese kinderen. Bij een groep van 11-jarige kinderen vond De Haas (1981) vaker gehoorafwijkingen bij kinderen uit de (vroegere) Rijksdelen (Surinamers en Antillianen) dan bij Nederlanders en buitenlanders (voornamelijk kinderen van buitenlandse werknemers). De Leeuw-Vringer (1983) tenslotte trof vaker een afwijkend audiogram bij Nederlandse meisjes aan dan bij Marokkaanse meisjes. Bij de jongens bleken geen (signifikante) verschillen te bestaan. Volgens Verveen-Keulemans (1979) zouden bij migrantenkinderen verder nog kinderziekten (zoals kinkhoest, difterie en polio), huidinfekties, aangeboren en verworven afwijkingen (bijvoorbeeld PKU, een stofwisselingsstoornis, verlammingen en doorgemaakte polio) etc. relatief vaak voorkomen. Het gaat hier echter om indrukken uit de praktijk (jeugdgezondheidszorg). In het onderzoek zijn hier geen gegevens over aangetroffen, met uitzondering van littekens ten gevolge van een mechanisch trauma of brandwonden, die bij De Leeuw-Vringer (1983) inderdaad vaker bij migrantenkinderen werden vastgesteld.

Intestinale worminfekties lijken zowel bij kinderen als bij volwassen Surinaamse migranten regelmatig voor te komen. Breedveld e.a. (1977) hebben bij ruim 300 Surinaamse migranten (voornamelijk Creolen) onderzoek gedaan naar de aanwezigheid van deze infekties. Bij ruim 40% van de migranten bleek een worminfektie van het darmkanaal te bestaan. Zweep- en spoelworminfekties werden vaker bij kinderen dan bij volwassenen aangetroffen. Mijworminfekties kwamen vaker bij mannen dan bij vrouwen voor. Polderman en Goerdayel (1977) hebben een vergelijkbaar onderzoek gedaan bij Hindoestaanse Surinamers. Ook zij stelden een hoge frekwentie van worminfekties vast (bijna 60%). In tegenstelling tot Breedveld e.a. (1977) vonden zij echter naast zweep-, mijn- en spoelworminfekties ook vrij

veel schistosoma mansoni infecties (eveneens een worminfectie), vooral bij volwassenen en oudere kinderen. Overbosch en Van der Kaay (1983)* stelden in een onderzoek onder 69 Hindoestaanse Surinamers (leden van 7 families) vast, dat schistosoma mansoni infecties bij Hindoestaanse Surinamers beschouwd moeten worden als een "familiare infectie".

Echinokokkose (infectie veroorzaakt door de hondelintworm) wordt in Nederland voornamelijk aangetroffen bij migranten afkomstig uit de landen rond de Middellandse Zee. Van Knapen e.a. (1976 en 1982) hebben serummonsters van patiënten bij wie echinokokkose werd vermoed nader onderzocht. Het bleken met name Mediterrane patiënten te zijn bij wie deze infectie ook werkelijk werd vastgesteld.

Ook tuberculose is een infectieziekte, die in Nederland frekwenter voorkomt bij migranten uit wervingslanden dan bij autochtone Nederlanders. Uit de publikaties van Meijer (1975) en Van Geuns (1981b) blijkt, dat de incidentie van tuberculose (en dan met name van longtuberculose) bij buitenlandse werknemers (buitenlanders) beduidend hoger ligt dan bij Nederlanders. Berekend per 100.000 blijkt tuberculose in Nederland ruim 10 maal zoveel voor te komen bij deze migrantengroepen.

Tenslotte is er nog een onderzoek naar de diagnose Irritable Bowel Syndroom (IBS). Meijer (1982) deed een onderzoek naar het voorkomen van deze diagnose in vier huisartsenpraktijken. De diagnose IBS kwam in alle leeftijdsgroepen (15-59 jaar) voor, meer bij vrouwen dan bij mannen en het meest bij buitenlandse vrouwen (voornamelijk Surinamers van Creoolse en Hindoestaanse afkomst). De auteur geeft zelf de methodologische beperkingen van zijn onderzoek aan en zegt dat de resultaten meer gezien moeten worden als aanzet voor verder onderzoek dan als op zichzelfstaande gegevens.

* Aangezien deze publikatie betrekkelijk laat is achterhaald, is zij niet opgenomen in tabel 4.3 en evenmin in bijlage 2.

4.4 Voeding en voedingsgewoonten

Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk is aangegeven is voeding een van de factoren die van invloed kan zijn op de gezondheid, en in het minderhedenonderzoek de enige faktor die min of meer systematisch in relatie met gezondheid is onderzocht.

Natuurlijk is goede voeding voor alle leeftijdsgroepen van belang maar voor enkele groepen geldt dit in sterkere mate. Hierbij valt te denken aan jonge kinderen, kinderen in de puberteit, en aan zwangere vrouwen. Aan de eerste twee groepen is in onderzoek wel aandacht besteed, aan de derde groep niet (voor een overzicht van de publikaties, zie tabel 4.4).

Tabel 4.4. Overzicht van studies met betrekking tot de voeding en voedingsgewoonten van migranten*

Onderzoek	Leeftijdsgroep	Onderzoeksgroep
Van Steenberg e.a., 1978a	zuigelingen (0-12 maanden)	Surinamers/Antillianen, Nederlanders
Van Steenberg e.a., 1978b	kleuters (1-4 jaar)	Surinamers/Antillianen, Nederlanders
Buijs e.a., 1979	volwassenen	alleenstaande Turkse mannen
Van Doorn & Groeneweg, 1979	zuigelingen, kleuters, volwassenen	Turkse gezinnen
Egger e.a., 1980	8 jarigen	Creolen, Hindoestanen, Nederlanders
Kop & Verbeek, 1980	zuigelingen, kleuters, volwassenen	Marokkaanse gezinnen
Losekoot & Stolwijk, 1981	11 jarigen	Creolen, Hindoestanen, Nederlanders
Egger e.a., 1982	8 jarigen	Surinaams-Hindoestaanse en Nederlandse meisjes

* Op dit gebied is onlangs nog gerapporteerd over een onderzoek naar de voeding en voedingstoestand van 11-jarige Marokkaanse, Turkse en Nederlandse schoolkinderen in Amsterdam (Den Blanken e.a., 1985). De resultaten van dit onderzoek konden hier echter niet meer worden verwerkt.

In de periode 1974-1976 is door het Koninklijk Instituut voor de Tropen onderzoek gedaan naar de voedingsgewoonten van Surinaamse, Antilliaanse en Nederlandse zuigelingen en peuters (Van Steenbergen e.a., 1978a en b). De voeding van Surinaamse en Antilliaanse zuigelingen bleek snel aangepast te zijn aan het Nederlandse (Europese) patroon, namelijk een korte periode borstvoeding, gevolgd door kunstvoeding of uitsluitend kunstvoeding. Iets wat ook terug te vinden is bij Turkse (Van Doorn & Groeneweg, 1979) en Marokkaanse zuigelingen (Kop & Verbeek, 1980). Behalve het advies om borstvoeding te geven werden andere voedingsadviezen van het consultatiebureau door de Surinaamse en Antilliaanse moeders redelijk opgevolgd. Van Steenbergen e.a. (1978a en b) konstateren dan ook dat tussen de voeding van éénjarige Surinaamse/Antilliaanse en éénjarige Nederlandse peuters, groepen die nog beïnvloed worden door adviezen van het consultatiebureau, slechts een gering aantal verschillen bestaan. Op een laag ijzergehalte in de voeding van Surinaamse/Antilliaanse kinderen na is de voeding kwalitatief en kwantitatief redelijk. Tussen de twee- en driejarige peuters blijken meer en grotere verschillen te bestaan. Terwijl de voeding van de oudere Nederlandse peuter kwalitatief ongeveer gelijk blijft aan die van jonge peuters, wordt de voeding van de oudere Surinaamse/Antilliaanse peuters minder goed. De energetische waarde van het voedsel van Surinaamse/Antilliaanse peuters is namelijk betrekkelijk hoog, terwijl voor veel van deze kinderen het nutriëntengehalte, met name dat van ijzer, laag is.

Wat betreft de voeding van Turkse en Marokkaanse zuigelingen en kleuters zijn de gegevens globaler. In twee inventariserende onderzoeken door de Landbouw Hogeschool uit Wageningen is getracht inzicht te krijgen in de voeding en voedingsgewoonten van Turkse (Van Doorn & Groeneweg, 1979) en Marokkaanse gezinnen (Kop & Verbeek, 1980). De voedingswaarde van de maaltijden van de Turkse peuters en kleuters leek vrij goed, als de melk en de grote hoeveelheden fruit die tussendoor gegeten werden, erbij in aanmer-

king werden genomen. De grote hoeveelheden tussendoortjes (snoep, koekjes, chips, frisdranken) die de Turkse peuters en kleuters en ook de oudere kinderen aten, laten een overnemen van Nederlandse gewoonten zien. Ook de Marokkaanse kinderen snoepen veel. Toch worden als tussendoortjes door de Marokkaanse moeders fruit en brood het meest genoemd. Tot twee jaar eet het Marokkaans kind apart (warm) voedsel. Daarna gaat het kind met de Marokkaanse warme maaltijd meeëten. Over de calorische waarde en het nutriëntengehalte van de voeding van Turkse en Marokkaanse zuigelingen en peuters zijn geen (nadere) gegevens bekend.

Op het onderzoek bij Surinaamse/Antilliaanse zuigelingen en peuters van Van Steenberg e.a. volgde een onderzoek bij Surinaamse kinderen van 8 jaar (Egger e.a., 1980) en drie jaar later bij (dezelfde) Surinaamse kinderen van 11 jaar (Losekoot & Stolwijk, 1981). Daarnaast vond ook nog een vergelijkbaar onderzoek plaats bij Hindoestaanse meisjes (Egger e.a., 1982). Bij de 8-jarigen werden zowel bij de Surinaamse als bij de Nederlandse kinderen frekwent lage lichaamsijzervoorraden aangetroffen. Bovendien lag de thiamine (vitamine B1)-, riboflavine (vitamine B2)- en ascorbinezuur (vitamine C)-voorziening van de onderzochte Surinaamse leerlingen significant lager dan van de Nederlandse. Uit het onderzoek onder 8-jarige Hindoestaanse meisjes kwamen vergelijkbare resultaten.

De resultaten van het vervolgonderzoek (Losekoot & Stolwijk, 1981) waren volgens Luyken (1982) min of meer verrassend. Het bleek dat veel meer Surinaamse kinderen in de puberteit waren dan Nederlandse. Bovendien was de toeneming in lengte en gewicht bij de Surinaamse kinderen gelijk aan of groter dan bij de Nederlandse controlegroep. Vooral de resultaten van dit longitudinale onderzoek, aldus Luyken, wijzen erop dat, zo er al van een ongunstige voedingssituatie sprake zou zijn, deze niet ernstig is. Alleen ten aanzien van de ongunstige vitamine D-status bij de Surinaamse kin-

deren maakt Luyken een voorbehoud. Hetgeen op basis van het onderzoek van Wijn en Van der Velde (1984) ook gemaakt kan worden voor Turkse en Marokkaanse kinderen.

Tenslotte is er nog een onderzoek naar de voeding en voedingsgewoonten van alleenstaande Turken (Buys e.a., 1979). Aangezien het de onderzoekers onmogelijk bleek exakte informatie te krijgen over wat voor voedsel de respondenten gewoonlijk gebruikten, moet hier volstaan worden met de opmerking dat dit veelal hetzelfde was als in Turkije.

4.5 Samenvatting

Wanneer gekeken wordt naar de migrantengroepen die in het onderzoek naar de (somatische) gezondheid betrokken zijn, kan opgemerkt worden dat (in ieder geval sinds 1975) het onderzoek zich met name heeft gericht op Turkse, Marokkaanse en Surinaamse groepen. Andere migrantengroepen komen als aparte categorie slechts zelden in het onderzoek voor. Wel vormen zij zo nu en dan een restcategorie of zijn zij samen met Turken en Marokkanen ondergebracht in categorieën als Mediterraneanen of buitenlandse werknemers. Over de gezondheid of ongezondheid van deze groepen valt dan ook weinig op te merken. Alleen bij Paes (1974) worden Spanjaarden, Italianen, Joegoslaven en Grieken apart onderscheiden. Hoewel het in dit onderzoek niet om erg harde gegevens gaat, kan toch gekonstateerd worden dat het klachtenpatroon van deze migrantengroepen in de ogen van huisartsen minder afwijkt van dat van Nederlanders dan het klachtenpatroon van Turken en Marokkanen.

Ook bij Turken en Marokkanen en bij Hindoestaanse en Creoolse Surinamers speelt het probleem dat zij niet steeds als aparte categorieën worden onderscheiden. Dit valt te betreuren want hoewel deze groepen op een aantal aspecten niet wezenlijk van elkaar ver-

schillen, zijn er andere aspecten waar het samenvoegen van Turken en Marokkanen of Creoolse en Hindoestaanse Surinamers het beeld vertroebelt. Een voorbeeld van dit laatste is de antropometrie (zie § 4.2).

Naast de beperking wat betreft migrantengroepen valt op dat de onderzoeksbelangstelling voor de (somatische) gezondheid van migranten zich vooral op kinderen (0-12 jaar) heeft gericht. Het meest duidelijk komt dit tot uitdrukking bij het onderzoek gericht op Surinamers, waarvan, in de inventarisatie voor deze studie, slechts een beperkt aantal publikaties gericht op de gezondheid van volwassenen zijn aangetroffen. Bij het onderzoek gericht op Turken en Marokkanen is de situatie iets gunstiger, hoewel ook hier het aantal publikaties over de gezondheid van kinderen beduidend groter is dan dat over de gezondheid van volwassenen en het bij dit laatste wat vaker oudere publikaties betreft.

Tenslotte kan opgemerkt worden dat slechts in geringe mate de migranten zelf naar hun gezondheid en gezondheidsklachten is gevraagd en waar dit wel gebeurde in het algemeen een Nederlandse controlegroep ontbrak, waardoor de waarde van de gegevens beperkt is.

Mortaliteitsgegevens

De sterfte onder Turkse en Marokkaanse migranten in Nederland lijkt in het algemeen hoger te liggen dan onder Nederlanders. Dit komt met name tot uitdrukking in de kindersterfte (1-14 jaar). De sterfte onder Turkse en Marokkaanse kinderen ligt in deze leeftijdsgroep 2 tot 4½ maal zo hoog (Centraal Bureau voor de Statistiek, 1983). Bij Surinaamse migranten, maar vooral bij Creolen, lijkt er sprake te zijn van een hogere perinatale sterfte (Doornbos & Nordbeck, 1985).

Antropometrie

De lichaamslengte van migrantenkinderen is in het algemeen geringer dan van Nederlandse kinderen. Tussen de migrantengroepen onderling zijn echter ook verschillen te constateren. Creoolse kinderen blijken wat betreft hun lichaamslengte vrijwel niet af te wijken van Nederlandse kinderen; Hindoestaanse kinderen zijn echter duidelijk kleiner (Egger e.a., 1980 en Losekoot & Stolwijk, 1981). Bij Turkse en Marokkaanse kinderen zijn de verschillen minder duidelijk. Op 8-jarige leeftijd zijn zij duidelijk kleiner dan Nederlandse kinderen (o.a. Blauwgeers & Lauret, 1978). Rond de puberteit lijken zich gunstige ontwikkelingen af te spelen voor Turkse jongens en Marokkaanse meisjes. In het onderzoek van Wijn en Van der Velde (1984) worden geen duidelijke verschillen in lichaamslengte aangetroffen tussen de 11-jarige Turkse en Nederlandse jongens en tussen de 11-jarige Marokkaanse en Nederlandse meisjes. De 11-jarige Marokkaanse jongens en de 11-jarige Turkse meisjes zijn echter duidelijk kleiner dan hun Nederlandse leeftijdgenoten. Een verklaring voor deze verschillen is niet direct voorhanden.

De komst van Turkse migranten naar Nederland lijkt echter wel een positieve invloed te hebben op de lichaamslengte van de kinderen. De lengte van de 11-jarige Turkse jongens uit het onderzoek van Wijn en Van der Velde (1984) kwam in vergelijking met referentiewaarden uit Turkije overeen met waarden gemeten bij Turkse kinderen uit de hoogste sociale klassen, de lengte van de meisjes met waarden van de middelste sociale klassen. Over andere migrantengroepen kunnen, wat dit betreft, geen uitspraken gedaan worden, omdat referentiewaarden uit het land van herkomst ontbreken of te zeer verouderd zijn.

Morbiditeitsgegevens

Als nu specifiek naar de ongezondheid (dat wil zeggen de algeme-

ne gezondheidsklachten en specifieke ziekten) gekeken wordt, kan gekonstateerd worden dat over de (algemene) gezondheidsklachten van Surinamers vrijwel geen (onderzoeks)informatie bestaat. Ook de informatie over gezondheidsklachten van Marokkanen lijkt ondervertegenwoordigd, terwijl de belangstelling voor de gezondheidsklachten van Turken relatief groot is. In een deel van het onderzoek gaat het echter niet om informatie van de migrantengroepen zelf maar om informatie van huisartsen over de klachten die hun patiënten bij hen geuit hebben. Omdat er bovendien slechts zelden sprake is van een Nederlandse kontrolegroep, en er dus vrijwel geen uitspraken gedaan kunnen worden over het minder of meer voorkomen van bepaalde klachten bij migrantengroepen dan bij Nederlanders, is de waarde van de informatie beperkt.

Er kan slechts van specifieke ziekten van migrantengroepen gesproken worden, wanneer het om ziekten gaat die bij Nederlanders (vrijwel) niet meer of in geringere mate voorkomen. Een voorbeeld hiervan is rachitis. Deze ziekte die na de tweede wereldoorlog in Nederland vrijwel niet meer voorkwam, wordt de laatste jaren weer opvallend frekvent gezien en dan met name bij Turkse, Marokkaanse en Surinaamse kinderen van 0-4 jaar (Nijhuis e.a., 1982). Een ander voorbeeld is ijzergebrekanaemie. Deze ziekte komt weliswaar ook bij Nederlandse kinderen voor, maar de frekventie ervan lijkt bij migrantenkinderen hoger te liggen (Bossen & De Groot, 1983). Zowel rachitis als ijzergebrekanaemie hebben een relatie met voeding. Het is dan ook niet opvallend dat in de voedingsonderzoekingen onder migranten aanwijzingen voor deze ziekten zijn gevonden. Zowel in het onderzoek onder Surinaamse en Antilliaanse peuters (Van Steenberg e.a., 1978) als in het onderzoek onder 8-jarige schoolgaande Surinaamse kinderen (Egger e.a., 1980) bleek het ijzergehalte van de voeding laag te zijn. Bij biochemisch onderzoek werd zowel bij 8-jarige Hindoestaanse en Creoolse kinderen (Egger e.a., 1980) als bij 11-jarige Turkse en Marokkaanse kinde-

ren (Wijn & Van der Velde, 1984) een geringe voorraad aan vitamine D in het lichaam vastgesteld. Waarschijnlijk is dit mede een gevolg van het feit dat migranten vaak olie in plaats van (met vitamine D verrijkte) margarine gebruiken.

Naast specifieke ziekten zoals rachitis en ijzerebrekaneemie is bij migrantenkinderen ook gekeken naar visus- en gehoorstoornissen. Wat betreft visusafwijkingen, zijn geen verschillen geconstateerd tussen Nederlandse en migrantenkinderen (De Haas, 1981 en De Leeuw-Vringer, 1983). Gehoorstoornissen (veelal optredend in de vorm van geleidingsstoornissen) lijken echter vaker voor te komen bij Surinaamse kinderen (De Haas, 1981 en Munneke, 1982).

Zowel bij kinderen als volwassen Surinaamse migranten lijkt sprake te zijn van een hoge frekwentie van intestinale worminfekties (Breedveld e.a., 1977 en Polderman & Goerdayal, 1977). Echinokokkose daarentegen wordt in Nederland voornamelijk aangetroffen bij migranten afkomstig uit landen rond de Middellandse Zee (Van Knippen e.a., 1976 en 1982).

Ook tuberculose is een infectieziekte, die in Nederland frekwenter voorkomt bij migranten uit wervingslanden dan bij autochtone Nederlanders (Meijer, 1975 en Van Geuns, 1981b).

Tenslotte zou er bij Surinaamse vrouwen sprake kunnen zijn van een hogere frekwentie van de diagnose Irritable Bowel Syndroom. Het onderzoek hiernaar van Meijer (1982) verschaft echter nog niet veel duidelijkheid.

5. GEZONDHEIDSZORG

In dit hoofdstuk komt de somatische zorgverlening aan bod. Uitgegaan wordt van een indeling naar zorgvoorziening. Achtereenvolgend zullen worden behandeld:

- basisgezondheidszorg (§ 5.1)
 - 0 jeugdgezondheidszorg:
 - . zuigelingen- en kleuterzorg
 - . schoolgezondheidszorg
 - . schooltandartsenzorg
 - 0 bedrijfsgezondheidszorg
- eerstelijnsgezondheidszorg (§ 5.2)
 - 0 huisartsenzorg
 - 0 apothekerszorg
 - 0 fysiotherapeutische zorg
 - 0 tandartsenzorg
 - 0 voedings- en dieetzorg
 - 0 gezins- en bejaardenzorg
 - 0 zorg met betrekking tot geboorteregeland gedrag
 - 0 prenatale en verloskundige zorg
 - 0 kraamzorg
- intramurale gezondheidszorg (§ 5.3)
 - 0 ziekenhuiszorg
 - 0 verpleeghuiszorg

Per zorgsector zal worden gekeken naar de deelname van de verschillende migrantengroepen aan de voorziening, naar de knelpunten die de zorgverleners ervaren in hun contacten met migranten, naar de mate waarin zij ter oplossing van deze knelpunten gebruik maken van tolkvoorzieningen en/of speciaal voorlichtingsmateriaal en naar de ervaring van migranten zelf. Voor zover er gegevens beschikbaar zijn, zal ook worden ingegaan op aanpassingen en experimenten ter verbetering van de zorgverlening aan migranten.

Het hoofdstuk wordt afgerond met een paragraaf over gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (§ 5.4) en een samenvatting (§ 5.5)

5.1 Basisgezondheidszorg

5.1.1 Jeugdgezondheidszorg

5.1.1.1 Zuigelingen- en kleuterzorg

Over de deelname van migranten aan de zuigelingen- en kleuterzorg bestaan geen landelijke gegevens. Er zijn echter wel onderzoeken die een beeld geven van plaatselijke situaties (zie tabel 5.1). Met name over de situatie in Amsterdam en in Den Haag bestaan uitgebreide gegevens.

In Amsterdam is op drie momenten (1978, 1982 en 1983) gekeken naar de deelname van migrantenkinderen aan de zuigelingen- en kleuterzorg (Gunning-Schepers, 1981 en Lim-Feyen, 1983). De onderzoeken vonden plaats op konsultatiebureau's met een relatief hoog percentage buitenlanders in de wijk. Het percentage kinderen dat onder controle van de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GG en GD was, lag in alle drie de jaren voor migrantenkinderen hoger dan voor Nederlandse kinderen. Voor Nederlandse kinderen lagen de percentages rond de 80% en voor migrantenkinderen rond de 95%. Wel moet hier worden aangetekend dat de gegevens "geschoond" zijn voor onlangs naar de wijk verhuisden (die met inhaalvaccinaties bezig waren en te oud waren om nog de gehoorscreening te ondergaan) en voor kinderen die vóór de leeftijd van veertien maanden naar het land van herkomst waren gegaan en nog niet waren teruggekeerd. Bovendien zijn illegaal in het land verblijvende kinderen, die in de wijk woonachtig waren, wel tot de onderzoekspopulatie gerekend.

Tabel 5.1. Overzicht van studies waarin de deelname van migrantenkinderen aan de zuigelingen- en kleuterzorg aan bod komt

Onderzoek	Onderzoeksgroep	Variabelen (m.b.t. deelname)	Plaats
Bekum-Van Vliet, 1981	Turken, Marokkanen (0-6 jaar)	- deelname aan de zuigelingen- en kleuterzorg - vaccinatiegraad	Delft
Gunning-Schepers, 1981	Nederlanders, Turken en Marokkanen, overige buitenlanders (leeftijd: 16-24 maanden)	- het wel of niet onder controle zijn van de JGZ - vacc. graad DKTPIV - vacc. graad mazelen - deelname gehooronderzoek	Amsterdam
Boutar-Boxelaar & Burgers, 1982	wijkverpleegkundigen (over Turken en Marokkanen)	- deelname aan de zuigelingen- en kleuterzorg	Utrecht
Choenni & De Jongh, 1982	autochtonen, allochtonen (leeftijd: 0-4 jaar)	- participatie aan de zuigelingen- en kleuterzorg	Den Haag
Lim-Feyen, 1983	Nederlanders, Turken, Marokkanen, Surinamers/Antillianen, overige buitenlanders (leeftijd: 16-24 maanden)	- het wel of niet onder controle zijn van de JGZ - vacc. graad DKTPIV - vacc. graad mazelen - deelname gehooronderzoek	Amsterdam
Ankoné & Kaufman, 1984	Turkse en Marokkaanse vrouwen	- deelname aan de zuigelingen- en kleuterzorg	Utrecht
Kuiper e.a., 1985	Nederlanders, Turken, Marokkanen, Surinamers/Antillianen, overige buitenlanders (geboortekohorte 1980: 14-26 maanden; geboortekohorte 1982: 38-50 maanden)	- inschrijvingspercentage zuigelingen- en kleuterbureau - leeftijd bij eerste bezoek zuigelingenbureau - bezoekfrequentie - vacc. graad DKTPIV - vacc. graad mazelen - deelname gehooronderzoek	Den Haag

Wat dit voor consequenties voor de resultaten heeft, wordt in de rapportage echter niet aangegeven.

De vaccinatiegraad voor de DKTPIV en de mazelen ontwikkelde zich in de periode van 1978 tot 1983 positief bij migrantenkinderen. In 1978 lagen de percentages voor de onderscheiden groepen migrantenkinderen nog beduidend onder die van Nederlandse kinderen. In 1983 kon worden vastgesteld dat de vaccinatiegraad voor de migrantenkinderen over het algemeen gelijk geworden was aan die van Nederlandse kinderen uit dezelfde wijken, te weten boven de 90%. Hoewel deze gegevens alleen betrekking hebben op het onder zorg van de Jeugdgezondheidszorg staande deel van de onderzoekspopulatie (van de anderen waren entinggegevens moeilijk te achterhalen), kan de vaccinatiegraad van migrantenkinderen voor de totale onderzoekspopulatie niet veel lager liggen gezien de hoge verzorgingsgraad. Ten aanzien van de ontwikkeling van de deelname aan het gehooronderzoek werd een vrijwel gelijke konklusie getrokken als bij de vaccinatiegraad. In 1983 liep alleen de Turkse groep hierbij nog enigszins achter. De deelname aan het gehooronderzoek lag in 1983 bij Turkse kinderen op 84% en bij de andere migrantenkinderen en de Nederlandse kinderen tussen 88% en 90%.

In Den Haag is in twee onderzoekingen aandacht besteed aan de deelname van migrantenkinderen aan de zuigelingen- en kleuterzorg. Choenni en De Jongh (1982) hebben in hun (voor)onderzoek naar kontakten tussen migranten en funktionarissen van dienstverlenende instellingen in Den Haag ook aandacht besteed aan de mate waarin migranten gebruik maken van het konsultatiebureau. Aan de hand van de inschrijvingsboeken van een konsultatiebureau hebben zij vastgesteld dat het percentage nieuw ingeschreven Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en Antilliaanse zuigelingen nagenoeg overeenkwam met het gemiddelde percentage allochtone 0-4 jarigen in Den Haag. Op grond van deze bevinding en observaties op het (zelfde) konsultatiebureau meenden zij, met enige voorzichtigheid, te kunnen konkluderen dat "de participatie van de allochtonen aan de zuigelingenzorg goed is en niet onderdoet, zoals men zou kunnen veronder-

stellen, voor die van de autochtonen" (Choenni & De Jongh, 1982 p. 37).

Uitgebreidere gegevens over de deelname van migrantenkinderen aan de Haagse zuigelingen- en kleuterzorg zijn te vinden bij Kuiper e.a. (1985). Zij deden onderzoek op konsultatiebureau's in wijken met een concentratie van Turken en Marokkanen. Vastgesteld werd dat het merendeel van de kinderen (ruim 90%) stond ingeschreven bij een konsultatiebureau. Voor de Turkse kinderen lag het percentage in de twee in het onderzoek betrokken geboortekohorten zelfs op 99%. Het inschrijvingspercentage van de Nederlandse groep lag het laagst (in beide kohorten 90%). Zij stonden echter vaker onder controle van de huisarts of kinderarts (in plaats van het konsultatiebureau).

De leeftijd waarop men voor het eerst het zuigelingenbureau bezoekt, verschilde niet wezenlijk voor de onderscheiden groepen. Voor alle groepen lagen de hoogste percentages tussen de vier en zeven weken. Turkse en Marokkaanse migranten kwamen echter wat vaker al met een kind van 1 tot 3 weken voor de eerste keer op het bureau. De gemiddelden van het aantal bezoeken aan het zuigelingenbureau lagen voor alle groepen vrij hoog, namelijk hoger dan acht. Alleen bij de Marokkaanse kinderen lag de bezoekfrequentie wat lager. Het kleuterbureau werd door de migrantenkinderen in het algemeen vaker bezocht dan door de Nederlandse kinderen.

Evenals in het onderzoek in Amsterdam hebben Kuiper e.a. (1985) ook aandacht besteed aan de vaccinatiegraad voor de DKTPIV en de mazelen en aan de deelname aan het gehooronderzoek. Voor het geboortjaar 1980 lagen vrijwel alle vaccinatiepercentages boven de 90%, voor Nederlandse en Surinaamse/Antilliaanse kinderen zelfs op 95% of hoger. Voor het geboortjaar 1982 lagen de inentingscijfers (met uitzondering van de DKTPIV bij Surinaamse/Antilliaanse kinderen) wat lager; voor Nederlandse en Surinaamse/Antilliaanse kinderen rond de 90%; voor Turkse en "overige buitenlandse" kinderen rond de 85% en voor Marokkaanse kinderen net onder de 80%. De kin-

deren die in 1982 geboren zijn hadden in het algemeen wel op jongere leeftijd de inenting ontvangen dan de kinderen die in 1980 geboren zijn. De vaccinatiegraad voor de DKTPIV en de mazelen onder Turkse en Marokkaanse kinderen in Den Haag lijkt echter wel wat lager te liggen dan in Amsterdam (Lim-Feyen, 1983).

Wat betreft de deelname aan het gehooronderzoek lag het percentage van de Nederlandse, Surinaamse/Antilliaanse en "overige buitenlandse" kinderen in Den Haag boven de 80%, terwijl voor Turkse en Marokkaanse kinderen het percentage rond de 70% lag. Deze cijfers liggen zowel voor de Nederlandse kinderen als voor de migrantenkinderen lager dan die van het Amsterdamse onderzoek (Lim-Feyen, 1983).

In Delft heeft van Bekkum-Van Vliet (1981) ter voorbereiding van de oprichting van een speciaal konsultatiebureau voor Turkse en Marokkaanse kinderen een inventarisatie gemaakt van de mate waarin deze kinderen gebruik maakten van de zorg van de konsultatiebureau's voor zuigelingen en kleuters. Van de Turkse en Marokkaanse kinderen in Delft die gezien hun leeftijd in aanmerking kwamen voor de zuigelingen- en kleuterzorg (in Delft 0-6 jaar), bleek nog niet de helft het konsultatiebureau in de eigen wijk regelmatig te bezoeken. Alle Turkse en Marokkaanse kinderen die het konsultatiebureau onregelmatig of geheel niet bezochten, werden benaderd voor het speciale konsultatiebureau. Van de kinderen die hiervan gebruik maakten (ruim de helft) bleek slechts 40% voldoende ingeënt te zijn.

Negen maanden na de oprichting van het speciale konsultatiebureau lag de deelname van Turkse en Marokkaanse kinderen in Delft aan de zuigelingen- en kleuterzorg op 90%. Uit het rapport kan echter niet opgemaakt worden in welke mate dit regelmatige of onregelmatige deelname betreft, evenmin als de mate waarin geen gebruik werd gemaakt van de aangeboden zorg voor de oprichting van het speciale bureau. Dit laatste is van de gebruikers van het speciale bureau wel bekend. Ruim de helft van de kinderen die het speciale

bureau bezochten, waren daarvoor nog nooit op een konsultatiebureau voor zuigelingen en kleuters geweest.

Tenslotte bestaan er ook nog enige gegevens over de situatie in Utrecht. Deze gegevens zijn echter minder uitgebreid en ook minder duidelijk. Boutar-Boxelaar en Burgers (1982) hebben in hun onderzoek gesproken met enkele verpleegkundigen. Deze vermelden, dat de buitenlandse (Turkse en Marokkaanse) vrouwen allemaal trouw naar het zuigelingenbureau kwamen, maar dat de animo voor het kleuterbureau minder groot was. Ankoné en Kaufman (1984) die in hun onderzoek ruim honderd Turkse en Marokkaanse vrouwen in Utrecht interviewden, presenteren een ander beeld. Zij konstateren, dat de door hen geïnterviewde Turkse en Marokkaanse vrouwen weinig gebruik maken van de zuigelingen-, peuter- en kleuterzorg, en als ze dit wel doen, deze contacten veelal voortijdig afbreken.

Over de deelname van migrantenkinderen aan de zuigelingen- en kleuterzorg in andere gemeenten zijn bij de inventarisatie voor deze studie geen gegevens gevonden. Het is opvallend dat er over de situatie in Rotterdam geen gegevens bekend zijn. Rotterdam is immers een van de vier grote gemeenten in Nederland met een hoge concentratie migranten.

Bij de beschrijving van de situatie in Delft werd de oprichting van een speciaal konsultatiebureau (een zogenaamd tolkenspreekuur) voor Turken en Marokkanen genoemd. Een dergelijke aanpassing van de zorg ter verbetering van de toegankelijkheid van de voorziening (en de daar aangeboden zorg) voor migrantengroepen is geen uitzondering. Met name binnen de zuigelingen- en kleuterzorg lijken dit soort initiatieven veel voor te komen. Al in 1965 werd in Enschede een speciaal konsultatiebureau voor buitenlanders opgericht (Wolfkamp, 1976). In eerste instantie betrof dit een concentratiespreekuur met tolken voor Italianen en Spanjaarden. Later werd dit spreekuur ook opengesteld voor Turken en Marokkanen. Sinds 1974 bestaat er ook een speciaal konsultatiebureau in Arnhem (Dinçelek-

Lettinga, 1979). Uit een overzicht van het Buro Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders uit 1977 (Beeld '77) bleken er op dat moment al in 6 steden tolkenspreekuren op konsultatiebureau's te bestaan. Naast Enschede en Arnhem werden genoemd Amsterdam, Zaan-dam, Vlaardingen en Tegelen. Over de huidige situatie bestaat geen systematisch beeld, en moet opnieuw teruggevallen worden op onder-zoeksrapporten, verslagen en artikelen. Op alle vier Amsterdamse konsultatiebureau's die in het onderzoek van Lim-Feyen (1983) zijn betrokken, vinden tolkenspreekuren plaats. Kuiper e.a. (1985) de-den onderzoek op acht konsultatiebureau's in Den Haag. Twee bu-reau's hadden aparte spreekuren voor Turken en Marokkanen. Uit een artikel van De Bruijn (1984) bleek dat het speciale bureau voor Turken en Marokkanen in Delft nog steeds bestond, hoewel het aan-tal kinderen dat bij dit bureau onder zorg stond wat afnam. Ook in het onderzoek van Boutar-Boxelaar en Burgers (1982) wordt over een "tolkenbureau" gesproken. In hoeverre er ook in andere gemeenten dergelijke aanpassingen zijn aangebracht en of de in het overzicht van Buro Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders (Beeld '77) genoemde bureau's nog steeds bestaan is niet direkt te achterha-len.

In twee onderzoeken is aandacht besteed aan de effecten van de aanpassingen op de toegankelijkheid en het gebruik van de zuige-lingen- en kleuterzorg door migrantengroepen. Gunning-Schepers (1981) heeft nagegaan in hoeverre de door haar gekonstateerde ver-schillen in de vaccinatiegraad voor de DKTPIV en de mazelen en de deelname aan de gehoortest verschilden tussen de konsultatiebu-reau's. Na statistische analyse bleken er echter geen significante verschillen tussen de bureau's te bestaan, ondanks het feit dat deze verschilden in de benadering van de buitenlandse cliënt. Kui-per e.a. (1985) hebben een vergelijkbare analyse uitgevoerd met betrekking tot de bezoekfrequentie van de onderscheiden etnische groeperingen. Ook zij stelden echter nauwelijks verschillen vast. Toch lijkt niet zonder meer gekonkludeerd te kunnen worden, dat aanpassingen in de zorg geen effect hebben. Natuurlijk zijn er

meer factoren die het bureaubezoek, de vaccinatiegraad en de deelname aan de gehoortest beïnvloeden. Bovendien is in bovenstaande studies niet gekeken naar mogelijke andere effecten zoals bijvoorbeeld de kwaliteit van de communicatie en daarmee samenhangend de kwaliteit van de zorg.

In de literatuur wordt veel gesproken over de knelpunten die de hulpverleners in de zuigelingen- en kleuterzorg ervaren in hun contacten met migranten. Systematisch onderzoek op dit gebied ontbreekt echter. Dat betekent dat in het algemeen niet bekend is welke problemen in welke mate voorkomen. Er zal hier dan ook volstaan worden met een kort exposé van knelpunten, voor zover mogelijk aangevuld met oplossingen. Wel moet hierbij nog worden opgemerkt dat het merendeel van de knelpunten zich met name bij Turkse en Marokkaanse migranten lijkt voor te doen.

In verschillende publikaties (o.a. Verveen-Keulemans, 1980 en Choenni & De Jongh, 1982) wordt naar voren gebracht dat Turkse en Marokkaanse migranten, met name degenen die van het platteland afkomstig zijn, de preventieve gezondheidszorg, in casu het consultatiebureau, niet kennen. Ook zouden migranten door hun onbekendheid met de preventieve zorg, medische handelingen van de arts op het consultatiebureau verwachten (Choenni & De Jongh, 1982). Ten gevolge hiervan zou men niet begrijpen waarom men met een gezond kind bij een arts moet komen. Samen met de taalproblemen en de vrees om alleen over straat te gaan, zou dit het consultatiebureaubezoek belemmeren (Kuiper e.a., 1985). Volgens Verveen-Keulemans (1980) heeft de ervaring echter geleerd dat als de wijkverpleegkundige eerst op huisbezoek gaat, bij voorkeur met een tolk om kennis te maken en het doel van de oproep en het onderzoek duidelijk te maken, de ouders dan meestal wel met hun kinderen komen. Een ander punt betreft de taal en communicatieproblemen. Door deze problemen kunnen alleen konkrete, eenvoudige zaken besproken worden (Kuiper e.a., 1985). Een oplossing hiervoor is het inschakelen

van persoonlijke tolken, zoals bijvoorbeeld op een tolkenspreekuur, of van de tolkentelefoon. In de zuigelingen- en kleuterzorg lijkt de voorkeur bij de persoonlijke (het liefst vrouwelijke) tolkdienst te liggen (Breuker & De Vries, 1979). Daarnaast wordt ook gebruik gemaakt van speciaal voor buitenlanders samengesteld voorlichtingsmateriaal (o.a. Boutar-Boxelaar & Burgers, 1982 en Lim-Feyen, 1983).

Tenslotte wordt in publikaties regelmatig opgemerkt dat een buitenlands kind, in vergelijking met een Nederlands kind meer tijd vergt (o.a. Verveen-Keulemans, 1979 en Kuiper e.a., 1985). Het opnemen van een anamnese en het geven van adviezen kost meer tijd omdat men meestal via een tussenpersoon (de tolk, een kind, de vader) met de moeder spreekt (Verveen-Keulemans, 1979). Over de tijd, die men in de zuigelingen- en kleuterzorg aan migrantenkinderen besteedt, zijn echter geen onderzoeksgegevens bekend. Deze informatie is wel beschikbaar met betrekking tot de schoolgezondheidszorg (zie § 5.1.1.2).

Over de ervaringen van migranten met de zuigelingen- en kleuterzorg zijn slechts summiere gegevens beschikbaar. Alleen de onderzoeken van Sieval (1976) en Dedeoğlu (1980) leveren hier enige informatie over. Sieval (1976) heeft gesproken met 20 Turkse vrouwen, die vóór hun bevalling ingeschreven waren bij de polikliniek prenatale zorg van het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam. Het merendeel van deze vrouwen bleek zelfstandig de zuigelingen- en kleuterzorg te bezoeken. Als eenmaal een vertrouwd adres gevonden was, leken er weinig belemmeringen te bestaan om zelfstandig naar het consultatiebureau te gaan, zelfs als de vrouw analfabeet was of afkomstig uit een kleine dorpsgemeenschap. In zijn onderzoek naar gezondheidsproblemen van Turkse migranten in Nederland heeft Dedeoğlu (1980) 24 Turkse gezinnen in Mijdrecht en Amsterdam geïnterviewd. Alle gezinnen met kleine kinderen konden het adres noemen van het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters. De moeders gingen

graag met hun kinderen naar het konsultatiebureau en volgden de adviezen meestal precies op. In één gezin wist men niet of hun kinderen al waren ingeënt of niet. De anderen wisten zeker dat sommige inentingën hadden plaatsgevonden. Slechts twee gezinnen wisten precies te vertellen tegen welke ziektes de kinderen waren ingeënt. Over de behoefte aan en de opvattingen over gezondheidszorg voor jeugdigen (0-12 jaar) bij Turkse en Marokkaanse ouders loopt op het moment een onderzoek bij de GG en GD in Amsterdam. Over de resultaten hiervan zijn nog geen gegevens bekend.

5.1.1.2 Schoolgezondheidszorg

Over de deelname van migranten aan de schoolgezondheidszorg (SGZ) zijn, evenals dat het geval was bij de zuigelingen en kleuterzorg, geen landelijke gegevens bekend. De onderzoekingen die een beeld geven van de plaatselijke situaties staan vermeld in tabel 5.2. Opvallend is dat over de situatie in Rotterdam, waarvan geen gegevens bekend waren met betrekking tot de zuigelingen- en kleuterzorg, de meest uitgebreide gegevens over de deelname aan de schoolgezondheidszorg bestaan. Alvorens nader in te gaan op deze situatie, zal eerst aandacht besteed worden aan de oriëntatie van het NIK bij medewerkers van schoolgezondheidsdiensten in vijf grote plaatsen (Nederlands Instituut voor Kinderstudie, 1981). Deze publikatie geeft een beeld van de indrukken van SGZ-medewerkers over de opkomst van allochtone leerlingen bij de schoolarts. Hoewel het bereik van de SGZ in het algemeen hoog ligt, hadden de medewerkers van de onderzochte diensten de indruk dat allochtone kinderen en hun ouders minder dan autochtone kinderen gebruik maakten van de hen aangeboden gezondheidszorg. Bovendien werd meerdere malen de ervaring weergegeven dat allochtone kinderen vergelijkenderwijs veel vaker dan autochtone kinderen zonder begeleiding bij de schoolarts komen.

Tabel 5.2. Overzicht van studies waarin de deelname van migrantenkinderen aan de schoolgezondheidszorg aan bod komt

Onderzoek	Onderzoeksgroep	Variabelen (m.b.t. deelname)	Plaats
Nederlands Instituut voor Kinderstudie, 1981	medewerkers van schoolgezondheidsdiensten (over allochtone kinderen)	- opkomst bij de schoolarts - begeleiding	Amsterdam Eindhoven Enschede Rotterdam Utrecht
De Haas, 1981	Nederlanders, Turken, Marokkanen, Surinamers, Spanjaarden, etc. (leeftijd 11 jaar)	- opkomst bij de schoolarts - begeleiding - factoren die samenhangen met opkomst en begeleiding	Rotterdam
Baltussen e.a., 1982	Nederlanders, Turken (1e klassers basisonderwijs)	- opkomst bij de schoolarts - begeleiding (door ouders)	Rotterdam
Choenni & De Jong, 1982	schoolartsen (over leerlingen kleuter- en basisonderwijs)	- opkomst bij de schoolarts - begeleiding door ouders	Den Haag
De Leeuw-Vringer, 1983	Nederlanders, Turken, Marokkanen, Surinamers, overige buitenlanders	- opkomst bij de schoolarts - begeleiding	Utrecht

Vergelijkbare indrukken vormden de aanleiding voor het onderzoek van De Haas (1981). Om na te gaan of deze indrukken juist waren heeft zij op drie Rotterdamse schoolartsencentra, gelegen in wijken waar veel buitenlanders wonen, onderzoek gedaan naar de opkomst van 11-jarige kinderen bij de schoolarts. Gekonstateerd werd dat buitenlandse kinderen inderdaad minder frequent, naar aanleiding van een oproep naar de schoolarts kwamen dan Nederlandse kinderen, maar dat het verschil niet erg groot was. Het opkomstpercentage voor Nederlandse kinderen lag op 90% en voor buitenlandse kinderen op 82%. Opsplitsing van de groep buitenlandse leerlingen naar nationaliteit bracht naar voren dat de opkomst van de Marokkaanse leerlingen het laagst was (\pm 75%). Het opkomstpercentage

van de Turkse en Surinaamse leerlingen lag op het gemiddelde niveau van de buitenlandse leerlingen (ruim 80%). Spaanse, Italiaanse, Portugese en Kaap-Verdische kinderen kwamen ongeveer even vaak als Nederlandse kinderen. Uit de resultaten bleek wel dat buitenlandse kinderen veel vaker zonder begeleiding naar de schoolarts kwamen dan Nederlandse kinderen. Bij Nederlandse kinderen gebeurde dit zelden (3%). Marokkaanse en Turkse kinderen kwamen in meer dan de helft van de gevallen zonder begeleiding op het spreekuur. De Surinaamse en Spaanse, Italiaanse, Portugese en Kaap-Verdische kinderen zaten daar tussenin (25-30%). Vervolgens heeft De Haas van een groot aantal factoren nagegaan in hoeverre deze van invloed waren op opkomst en begeleiding van buitenlandse leerlingen bij de schoolarts. Hieruit bleek onder andere dat de opkomst van de kinderen beter was als ze langer dan twee jaar in Nederland waren en als ze de Nederlandse taal beter beheersten. De opkomst bij de schoolarts bleek niet lager te zijn bij een relatief grote afstand van de school tot het schoolartsencentrum.

Ook Baltussen e.a. (1982) hebben aandacht besteed aan de deelname van migrantenkinderen aan de schoolgezondheidszorg. Hun onderzoeksgroep bestond uit Nederlandse en Turkse leerlingen uit de 1e klas van het basisonderwijs. Zij verzamelden hun informatie op zes schoolartsencentra, die zij selekteerden op het aantal Turkse kinderen. In hun rapport worden de gegevens in twee deelonderzoekingen gepresenteerd. Voor deze studie zijn deze gegevens samengenomen. De opkomstpercentages van de 1e-klassers liggen vrijwel op hetzelfde niveau als die van de 11-jarigen uit het onderzoek van De Haas (1981): voor Nederlandse kinderen ruim 90% en voor Turkse kinderen 85%. Wel bleek uit dit onderzoek dat jongere Turkse kinderen vaker begeleid worden door hun ouders. In ruim 70% van de gevallen verscheen het Turkse kind onder begeleiding van een of beide ouders bij de schoolarts. Nederlandse kinderen kwamen vrijwel allemaal samen met hun ouders.

Over de situatie in Den Haag bestaan slechts summiere gegevens.

Deze berusten bovendien alleen op indrukken van schoolartsen. De gegevens zijn afkomstig uit het al eerder genoemde onderzoek van Choenni & De Jongh (1982). In hun onderzoek zijn vier schoolartsencentra betrokken, alle gelegen in wijken met een hoge concentratie buitenlanders. Volgens de schoolartsen worden alle leerlingen van de kleuter- en basisscholen zonder uitzondering door hen onderzocht. De aanwezigheid van de ouders bij dit onderzoek is niet verplicht. Toch is de opkomst van allochtone en autochtone ouders naar schatting van de schoolartsen even hoog, namelijk ongeveer in de helft van de gevallen.

Ook over de situatie in Utrecht bestaan enige gegevens. In haar onderzoek naar de gezondheidstoestand van Nederlandse en buitenlandse kinderen, een onderzoek dat plaatsvond tijdens het periodiek geneeskundige onderzoek op de schoolartsendienst, heeft De Leeuw-Vringer (1983) ook aandacht besteed aan de opkomst en begeleiding van de kinderen. Haar onderzoek vond plaats in een schoolartsencentrum gelegen in een buurt met een hoge concentratie buitenlanders. Het opkomstpercentage van de Nederlandse en buitenlandse kinderen (6-12 jaar) lag in haar onderzoek erg hoog; 98% voor de buitenlandse leerlingen en 96% voor de Nederlandse kinderen. Betwijfeld kan worden of deze gegevens representatief zijn. In het kader van haar onderzoek heeft De Leeuw-Vringer nauw overleg gevoerd met de leerkrachten van de betrokken scholen. In overleg met hen zijn ook de onderzoeksdata vastgelegd. De gegevens over de begeleiding vertonen meer overeenkomst met de al eerder gepresenteerde gegevens. Ook in Utrecht kwamen de Nederlandse kinderen vrijwel allemaal met één of beide ouders. De Surinaamse leerlingen werden eveneens veelal door hun ouders begeleid. Voor de Turkse en Marokkaanse leerlingen gold dit voor nog geen 40%. Ruim een kwart van deze leerlingen kwam alleen op het spreekuur van de schoolarts, terwijl de rest begeleid werd door een broertje of zusje, een andere leerling of de leerkracht.

In het onderzoek naar het psychosociaal functioneren van school-

kinderen van diverse etnische achtergronden, zoals gezien door de jeugdgezondheidszorg, van het Nederlands Instituut voor Kinderstudie (1983) wordt geen aandacht besteed aan de deelname van deze kinderen aan de schoolgezondheidszorg. Wel komen in deze studie gegevens over begeleiding aan bod. Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij 9 diensten voor schoolgezondheidszorg, die functioneren in gebieden met een relatief hoge concentratiegraad van gezinnen uit etnische minderheidsgroepen. Ook in dit onderzoek wordt bevestigd dat allochtone leerlingen vaker dan autochtone leerlingen zonder begeleiding bij de schoolarts verschijnen. Het meest kwam dit voor bij Marokkaanse kinderen (50%). Bij Turkse kinderen lag dit percentage op ongeveer 30% en bij Nederlandse en Surinaamse kinderen onder de 10%. Kinderen die jonger waren dan 7 jaar kwamen echter nooit zonder begeleiding.

Als aanpassingen in de zorg om de toegankelijkheid en het gebruik van schoolgezondheidszorg te bevorderen worden in de literatuur wijzigingen in het oproepsysteem en wijzigingen in de plaats voor het periodiek geneeskundig onderzoek genoemd. Met dit laatste wordt bedoeld het onderzoek op school te verrichten in plaats van op de schoolartsdienst. In het verslag van de oriëntatie bij de schoolgezondheidsdiensten van het NIK wordt in dit verband de situatie in Eindhoven genoemd (Nederlands Instituut voor Kinderstudie, 1981). In deze plaats bleek dat scholen met een opkomstpercentage van 80% of minder, scholen betrof met een groot aantal buitenlandse leerlingen. Na aanpassing van het oproepsysteem, onder andere met een geïllustreerde folder, en verplaatsing van het geneeskundig onderzoek naar de school, nam het opkomstpercentage toe.

In Rotterdam hebben Baltussen e.a. (1982) een proef gedaan met een nieuw oproepbriefje en een nieuwe voorlichtingsfolder voor Turkse migranten. Wat betreft de opkomst bleek er geen significant verschil te bestaan in vergelijking met de situatie waarin met het

bestaande oproepbriefje en de bestaande voorlichtingsfolder gewerkt werd. Wel was het aantal Turkse kinderen dat door één of beide ouders begeleid werd significant hoger bij gebruik van het nieuwe materiaal. Ook bleken de Turkse kinderen nu vaker de gevraagde benodigheden (urine, inentingspapieren en trouwboekje of ziekenfondskaart) meegebracht te hebben.

Uit het onderzoek van het NIK uit 1983 valt een indicatie af te leiden voor de mate waarin de schoolgezondheidsdiensten hun onderzoek op de scholen uitvoeren (Nederlands Instituut voor Kinderstudie, 1983). Uit de onderzoeksgegevens blijkt dit slechts in geringe mate het geval te zijn. Slechts ongeveer 10% van de onderzoekskontakten bleek op school plaatsgevonden te hebben. Er zijn geen gegevens bekend over de mate waarin door de schoolgezondheidszorg voor migranten met aangepaste oproepsystemen gewerkt wordt.

Wat betreft de knelpunten die de hulpverleners in de schoolgezondheidszorg ervaren in hun kontakten met migranten bestaan er duidelijk parallellen met de zuigelingen- en kleuterzorg. Ook de werkers in de schoolgezondheidszorg hebben te maken met de onbekendheid van migranten met de preventieve gezondheidszorg en daarmee met de onbekendheid met de schoolgezondheidszorg (onder andere Nederlands Instituut voor Kinderstudie, 1981 en Baltussen e.a., 1982). Daarnaast spelen ook in de schoolgezondheidszorg de taal- en communicatieproblemen een rol in het contact met migranten. Baltussen e.a. (1982) hebben in hun onderzoek de communicatie tijdens het periodiek geneeskundig onderzoek met Turkse kinderen vergeleken met die met Nederlandse kinderen. Ook hebben zij gekeken naar de bijdrage aan de communicatie van telefonische en persoonlijke tolkdiensten. In een periodiek geneeskundig onderzoek van een Turks kind werden minder onderwerpen ter sprake gebracht en werden de onderwerpen, die wel aan bod kwamen vaker besproken in de vorm van een korte klacht en minder vaak in de vorm van een uitgebreide beschrijving. Bovendien werd de gezondheidskaart in

geringere mate ingevuld en waren de schoolarts en schoolverpleegkundige minder tevreden over de kommunikatie. Wat de duur van het konsult betreft werden echter geen verschillen tussen Turkse en Nederlandse kinderen gevonden. Bovenstaande gegevens betreffen een periodiek geneeskundig onderzoek zonder tolkenhulp. Wanneer er een persoonlijke tolk bij betrokken wordt heeft dit vooral invloed op de vorm waarin onderwerpen besproken worden. Er komen meer onderwerpen ter sprake in de vorm van een uitgebreide beschrijving. De aanwezigheid van een telefonische tolkdienst leidde niet tot een intensief gebruik van dit hulpmiddel. Slechts in 6% van de gevallen werd hiervan gebruik gemaakt. Een andere faktor die van invloed bleek op de kommunikatie was de aanwezigheid van de ouders. Wanneer de Turkse kinderen door één of beide ouders begeleid werd, kwamen er tijdens het konsult meer onderwerpen aan de orde, werd de gezondheidskaart vollediger ingevuld en was de tevredenheid van de schoolarts en schoolverpleegkundige met de kommunikatie groter. Over de mate waarin migrantenkinderen door hun ouders begeleid worden bij hun bezoek aan de schoolarts is in het voorafgaande al uitgebreid gesproken. Gegevens over het inschakelen van persoonlijke en telefonische tolkdiensten zijn echter nog niet aan bod geweest. Uit de schaarse gegevens die hierover bestaan krijgt men de indruk dat in de schoolgezondheidszorg slechts in geringe mate gebruik wordt gemaakt van tolkdiensten. In het onderzoek van het Nederlands Instituut voor Kinderstudie (1983) werd slechts in 5% van de kontakten met migranten een tolk ingeschakeld. Herhaaldelijk werd in dit onderzoek opgemerkt dat het gesprek niet makkelijk verliep, maar dat men van tolken niet de uiteindelijke oplossing van het kommunikatieprobleem verwachtte. De in het onderzoek van Choenni en De Jongh (1982) opgenomen schoolgezondheidsdiensten maakten zelfs helemaal geen gebruik van tolken. Bij de schoolgezondheidszorg in Rotterdam werd, ten tijde van het onderzoek van Baltussen e.a. (1982), overwogen op grotere schaal gebruik te gaan maken van tolkdiensten. Voorham en Busschots (1983) vermelden in

hun artikel over communicatieproblemen in de jeugdgezondheidszorg het projekt "Hulpmiddelen bij de communicatie met migranten" van de afdeling GVO van de GG en GD te Rotterdam. In dit projekt bestemd voor de jeugdgezondheidszorg tracht men het gebruik van hulpmiddelen bij de communicatie met migranten te inventariseren en zo nodig te stimuleren.

Over het gebruik van speciaal voorlichtingsmateriaal voor migranten in de schoolgezondheidszorg zijn geen cijfermatige gegevens bekend.

Tegelijkertijd met taal- en communicatieproblemen worden in de literatuur de problemen tengevolge van kultuurverschillen genoemd. Men wijst hierbij op een andere lichaamsbeleving (bijvoorbeeld De Leeuw-Vringer, 1983), op een andere probleembeleving (bijvoorbeeld Baltussen e.a., 1982), en soms ook op onderzoeksschaamte (Nederlands Instituut voor Kinderstudie, 1981). In het algemeen wordt dit onderwerp echter minder uitgebreid besproken.

Een ander probleem betreft de voor het migrantenkind benodigde tijd tijdens het onderzoek. De gegevens hierover zijn niet volledig eenduidig. Volgens de schoolartsen uit het onderzoek van Vree-de-De Stuers (1981) vereist een (medisch) onderzoek van Turkse en Marokkaanse kinderen meer tijd dan dat van Nederlandse kinderen, omdat Turkse en Marokkaanse moeders niet meekomen met hun kinderen. Daarmee vervalt voor de arts de voorgeschiedenis van het kind en de inlichting over het thuis functioneren. De medewerkers van de schoolgezondheidsdiensten waar het NIK in het kader van een oriëntatie mee gesproken heeft (Nederlands Instituut voor Kinderstudie, 1981) geven aan dat een eerste onderzoek nogal wat inspanning en tijd vergt door de geringe vertrouwdheid van het kind en de ouders met de doelstelling en de procedure van de schoolgezondheidszorg. Ook werd echter wel gesteld dat als de gegevens eenmaal goed aandacht hadden gekregen, en de kinderen de "inhaalzorg" hadden gehad, een volgend onderzoek in verhouding niet meer kost dan bij een Nederlands kind. Baltussen e.a. (1982) constateerden dat

een konsult van een Turks kind (zonder tolk) niet langer duurde dan een konsult van een Nederlands kind. Het NIK stelde echter vast dat aan allochtone leerlingen in doorsnee meer tijd wordt besteed dan aan autochtone leerlingen (Nederlands Instituut voor Kinderstudie, 1983). Hoewel het verschil slechts zeven minuten bedroeg (op een gemiddelde duur van ongeveer een uur) spraken de onderzoekers van een niet te verwaarlozen verschil. De Leeuw-Vringer (1983) wijst niet alleen op de langere duur van het konsult, maar ook op de extra tijd die moet worden besteed aan huisbezoek, vooral als extra aandacht van een huisarts of specialist nodig is. Op dit punt stelden de onderzoekers van het NIK echter geen verschil vast (Nederlands Instituut voor Kinderstudie, 1983).

In de inventarisatie voor deze studie is slechts één publikatie naar voren gekomen waar enige informatie te vinden is over de ervaringen van migranten met de schoolgezondheidszorg. Het betreft het onderzoek van Lagerwaard en Visser (1981) onder ouders van buitenlandse en anderstalige kinderen van het kleuteronderwijs en de eerste twee klassen van het basisonderwijs in Amsterdam. In verband met de invoering van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in het onderwijs hebben zij gesproken met 23 buitenlandse ouders, waarbij onder andere de ervaringen met de schoolgezondheidszorg aan bod kwamen. Ongeveer de helft van de kinderen was het afgelopen jaar onder controle geweest bij de schoolarts. In de meeste gevallen betrof dit een normaal routine-onderzoek. Voor de ouders die geen contact met de schoolarts hadden, was opvallend dat er vooral sprake was van onbekendheid met het bestaan van de schoolgezondheidszorg. Degenen die wel contact hadden waren tevreden over de wijze waarop de controle verlopen was. Men vond het prettig dat het kind onderzocht was en vond de medewerkers op schoolartsendienst behulpzaam voor het kind. Overigens mag van de onderzoekers geen representatieve waarde aan het onderzoek gehecht worden in verband met de geringe respons (nog geen 40%).

Tenslotte kan nog gewezen worden op twee lopende onderzoeken die meer informatie kunnen opleveren over de ervaringen van migranten met de schoolgezondheidszorg. Het gaat hierbij om het al eerder genoemde onderzoek van de GG en GD in Amsterdam naar de behoefte aan en de opvattingen over de gezondheidszorg voor jeugdigen (0-12 jaar) bij Turkse en Marokkaanse ouders en het onderzoek van het NIPG-TNO naar psychosociale problemen van Turkse en Nederlandse adolescenten (Danz & Gründemann, 1986). In dit laatste onderzoek wordt ook ingegaan op de ervaringen van de jongeren met de schoolartsenzorg.

5.1.1.3 Schooltandartsenzorg

Over de schooltandartsenzorg bestaan slechts beperkte gegevens. In drie studies wordt aan deze vorm van zorg zijdelings aandacht besteed (tabel 5.3).

Tabel 5.3. Overzicht van studies waarin gegevens over de schooltandartsenzorg en migrantenkinderen aan bod komen

Onderzoek	Onderzoeksgroep	Variabelen	Plaats
Lagerwaard & Visser, 1981	ouders van buitenlandse en anderstalige kinderen van het kleuter- en de eerste twee klassen van het basisonderwijs	- kontakten met de schooltandarts - ervaringen met de schooltandarts	Amsterdam
De Leeuw-Vringer, 1983	Nederlanders, Marokkanen, Turken, Surinamers, overige buitenlanders	- mate van gebitssanering (aandeel van de schooltandarts daarin)	Utrecht
Van Heesch, 1983	afdeling jeugdtandverzorging (over buitenlandse kinderen)	- opkomst bij de schooltandarts - gebitstoestand	Arnhem

Over de deelname van migrantenkinderen aan de schooltandartsenzorg bestaan enkele gegevens. De Leeuw-Vringer (1983) heeft in haar onderzoek onder andere gekeken naar de mate waarin het gebit van de Nederlandse en de migrantenkinderen gesaneerd was. Het hoogste percentage vond zij bij de Nederlandse kinderen (ruim 90%). Van de Marokkaanse en Turkse kinderen stond ongeveer 70% onder controle van de tandarts. Dit bleek vrijwel zonder uitzondering de schooltandarts te betreffen. Het saneringspercentage van de Surinaamse kinderen lag onder 60%. In het rapport wordt echter niet vermeld in welke mate deze kinderen de schooltandarts bezochten. In het onderzoek van Lagerwaard en Visser (1981) was ongeveer 40% van de buitenlandse en anderstalige kinderen het afgelopen jaar voor controle bij de schooltandarts geweest. Zoals al eerder is aangegeven kan aan dit onderzoek echter geen representatieve waarde worden gehecht. Opvallend was wel dat nogal wat ouders aangaven deze vorm van gezondheidszorg niet te kennen.

Van Heesch (1983) beschrijft in haar onderzoek een gesprek met het hoofd Jeugd tandverzorging van de GG en GD in Arnhem. Deze meent dat de gebitstoestand van buitenlandse kinderen in het algemeen slechter is dan die van de Nederlandse kinderen^{*}. Over de opkomst van migrantenkinderen op het spreekuur van de schooltandarts merkt zij op dat de kinderen als ze opgeroepen worden in het algemeen ook wel komen.

Over aanpassingen in de zorg ter verbetering van de toegankelijkheid en het gebruik zijn geen gegevens bekend, met uitzondering van de opmerking van het hoofd Jeugd tandverzorging van de GG en GD in Arnhem dat zij geen noodzaak ziet om verbeteringen in de bestaande situatie aan te brengen, omdat de contacten met de buitenlandse kinderen voor haar gevoel goed verlopen (Van Heesch, 1983). Evenmin zijn er gegevens bekend over knelpunten die hulpverleners

* Op de gebitstoestand van migrantenkinderen wordt nader ingegaan in § 5.2.4 tandartsenzorg.

in de schooltandartsenzorg in hun contact met migranten ervaren. Wat betreft de ervaringen van migranten met de schooltandartsenzorg is alleen bekend dat de ouders uit het onderzoek van Lagewaard en Visser (1983) in het algemeen geen klachten over deze zorg hadden.

5.1.1.4 Samenvatting

- Over de deelname van migranten aan de jeugdgezondheidszorg bestaan geen landelijke gegevens.
- De deelname van migrantenkinderen aan de zuigelingen- en kleuterzorg in Amsterdam en Den Haag lijkt op een vergelijkbaar niveau te liggen als die van Nederlandse kinderen; er zijn echter aanwijzingen dat dit in andere plaatsen, in ieder geval bij Turkse en Marokkaanse kinderen, niet het geval is.
- In Amsterdam lijkt de vaccinatiegraad voor de DKTPIV en de mazelen bij migrantenkinderen op vrijwel hetzelfde niveau te liggen als dat van Nederlandse kinderen en lijkt alleen de deelname van de Turkse kinderen aan het gehooronderzoek nog enigszins achter te blijven; in Den Haag lijken deze gegevens iets minder gunstig voor Turkse en Marokkaanse kinderen; het is niet bekend hoe deze situatie in andere plaatsen is.
- De deelname van migrantenkinderen aan de schoolgezondheidszorg in Rotterdam lijkt vrijwel gelijk te liggen aan die van Nederlandse kinderen; in hoeverre dit ook voor andere plaatsen geldt, is niet duidelijk.
- Migrantenkinderen lijken in het algemeen veel vaker zonder begeleiding van de ouders op het spreekuur van de schoolarts te komen.
- Over de deelname van migrantenkinderen aan de schooltandartsenzorg bestaan te weinig gegevens om uitspraken over te doen.

- Aanpassingen in de zorg om de toegankelijkheid en het gebruik te bevorderen lijken in de zuigelingen- en kleuterzorg vaker voor te komen dan in de schoolgezondheidszorg.
- Knelpunten die hulpverleners in de jeugdgezondheidszorg ervaren in contacten met migranten betreffen de onbekendheid van migranten met de preventieve gezondheidszorg en daarmee met de jeugdgezondheidszorg, taal- en communicatieproblemen, problemen tengevolge van cultuurverschillen en de extra tijd die de zorg aan een migrantenkind vereist.
- In de zuigelingen- en kleuterzorg lijkt vaker gebruik gemaakt te worden van tolkdiensten dan in de schoolgezondheidszorg; in het algemeen lijkt men in de jeugdgezondheidszorg de persoonlijke (liefst vrouwelijke) tolkdienst te prefereren boven de telefonische.
- Over het gebruik van speciaal voorlichtingsmateriaal voor migranten in de jeugdgezondheidszorg zijn geen cijfermatige gegevens bekend.
- Over de ervaringen van migranten met de jeugdgezondheidszorg bestaan slechts summiere gegevens; er zijn wel enkele onderzoeksprojecten bekend die deze lakune zouden kunnen opvullen, maar deze projecten zijn nog niet afgerond.
- Als migrantengroepen komt men in het onderzoek met betrekking tot de jeugdgezondheidszorg vooral Turken en Marokkanen en in wat mindere mate Surinamers als onderscheiden groepen tegen; andere migrantengroepen komen zelden als aparte categorie in dit onderzoek voor.

5.1.2. Bedrijfsgezondheidszorg

Uit tabel 5.4 blijkt dat er sinds 1975 slechts in geringe mate onderzoek is gedaan op het gebied van de bedrijfsgezondheidszorg en migranten.

Tabel 5.4. Overzicht van studies waarin aandacht wordt besteed aan de bedrijfsgezondheidszorg voor migranten

Onderzoek	Onderzoeksgroep	Onderwerp
Werkgroep buitenlandse arbeiders, 1975	Turkse werknemers	- ervaringen met de bedrijfsgezondheidszorg
Vervoersbond CNV, 1976	Turkse werknemers	- ervaringen met de bedrijfsgezondheidszorg - tevredenheid met de bedrijfsarts
Bekhuis e.a., 1977	Turken, Marokkanen, Italianen, Grieken, Spanjaarden, Joegoslaven	- taal- en communicatieproblemen - tevredenheid met de bedrijfsarts
Demirhan, 1979	bedrijfsartsen	- problemen in de zorgverlening (aan Turkse werknemers)
Hoolboom & Van Leeuwen, 1982	bedrijfsartsen	- problemen in de zorgverlening (aan buitenlandse werknemers) - beschikbaarheid speciale voorzieningen

De beperkte onderzoeksgegevens geven in het algemeen geen informatie over de mate waarin buitenlandse werknemers onder bedrijfsgeneeskundige zorg vallen en evenmin in welke mate zij contact hebben met deze zorg. Hier en daar worden wel wat cijfermatige gegevens gepresenteerd, maar dan gaat het veelal om verouderde of onvolledige gegevens.

Over de knelpunten die bedrijfsartsen ervaren in hun contacten met

migranten bestaat wel enige informatie. Hoolboom en Van Leeuwen (1982) hebben in hun onderzoek een groot aantal bedrijfsgezondheidsdiensten (BGD'en) een enquête toegestuurd. Hierin vroegen zij onder andere naar de problemen die men op de bedrijfsgezondheidsdiensten ervaarde bij de zorgverlening aan buitenlandse werknemers en of men over speciale voorzieningen voor buitenlandse werknemers beschikte. In het totaal bleek zich bij ruim 40% van de diensten weleens problemen voor te doen bij de zorgverlening aan migranten. In vrijwel alle gevallen ging het hierbij om "moeite met het interpreteren van gezondheidsklachten". Percentueel werden bij de zorgverlening aan Turken en Marokkanen de meeste problemen onderzonden. Bijna de helft van de diensten die Turken en Marokkanen onder hun zorg hadden, gaven aan problemen met deze migranten te hebben. De zorgverlening aan Rijksgenoten leverde de bedrijfsgezondheidsdiensten de minste problemen op.

Ruim de helft van de diensten beschikten over voorzieningen voor migranten. In het algemeen bestonden deze uit het beschikbaar zijn van tolken. Naar nationaliteit bezien kwamen de tolkvoorzieningen voor Turken het meest voor. Bijna de helft van de diensten die Turken onder hun zorgpopulatie hadden, beschikten over tolkdiensten voor deze groep. Opvallend was dat voor Marokkanen, voor wie percentueel even veel problemen vermeld werden, maar op iets meer dan een kwart van de BGD'en voorzieningen bleken te bestaan.

Om een beeld te krijgen van de problemen rond de Turkse werknemer heeft Demirhan (1979) de bedrijfsartsen van de Nederlandse Spoorwegen enkele enquête-vragen voorgelegd. Hieruit bleek dat deze bedrijfsartsen in hun zorgverlening aan de Turkse werknemers de meeste moeite hadden met de taalbarrière. Hierdoor kon de Turkse werknemer moeilijk overbrengen wat hij wilde en de bedrijfsarts zelf had ook problemen de Turk zijn bedoelingen over te brengen. Verder meende men, dat door het andere cultuur- en leefpatroon, pijnen en ziektes ook anders beleefd werden. Het is jammer dat in dit onderzoek niet vermeld wordt of de bedrijfsartsen bij de Ne-

derlandse Spoorwegen over speciale voorzieningen voor Turkse migranten beschikken.

Uit de gegevens over de ervaringen van migranten met de bedrijfsarts blijkt met name de kontrolerende taak van de bedrijfsarts het beeld van de migrant te bepalen. Veel klachten van migranten over de bedrijfsarts hebben betrekking op dit aspekt. In het onderzoek van de werkgroep buitenlandse arbeiders (1975) werd door een kwart van de ondervraagde Turkse arbeiders de bedrijfsarts genoemd als degene die hen, terwijl ze zich nog ziek voelden, naar het werk stuurde. Ook in het onderzoek van de vervoersbond CNV (1976) onder de Turkse werknemers van de Nederlandse Spoorwegen werden dit soort klachten genoemd. Men vond dat de bedrijfsarts teveel aan de kant van het bedrijf stond en bij Turken veel sneller dan bij Nederlanders geneigd was de werknemer weer aan het werk te sturen. De positieve opmerkingen over de bedrijfsarts beperkten zich in dit onderzoek tot de vermeldingen dat men "geen problemen" had, dat men "(wel) tevreden" was, dat "de controle snel en soepel" ging en dat de "behandeling" goed was.

In het onderzoek van Bekhuis e.a. (1977) wordt ook aandacht besteed aan de taal- en communicatieproblemen. Opvallend was dat ruim 80% van de ondervraagde buitenlandse werknemers (Turken, Marokkanen, Italianen, Grieken, Spanjaarden en Joegoslaven) geen moeite had gehad met het duidelijk maken van hun klachten aan de bedrijfsarts. Het is vrijwel onmogelijk dat de aanwezigheid van tolken hierop van invloed was. Nog geen 10% van de migranten had bij het bezoek aan de bedrijfsarts met een tolk te maken gehad.

In twee onderzoekingen is tenslotte nog gevraagd naar de tevredenheid van migranten met (de behandeling van) de bedrijfsarts. In het onderzoek van Bekhuis e.a. (1977) was driekwart van de ondervraagde migranten tevreden over de bedrijfsarts. In het onderzoek van de Vervoersbond CNV lag het percentage tevredenen echter onder de 60%. Wel moet erop gewezen worden dat het hier onderzoeksresultaten

taten van bijna 10 jaar geleden betreft. In hoeverre migranten momenteel nog steeds zo over de bedrijfsarts denken is niet bekend.

Samenvatting:

- over het bereik van de bedrijfsgezondheidszorg met betrekking tot migranten bestaan geen systematische gegevens, en evenmin over het gebruik van deze voorziening door migranten;
- bedrijfsartsen ervaren problemen in hun zorgverlening aan migranten tengevolge van de taalbarrière en kultuurverschillen; hierdoor hebben zij vooral moeite met het interpreteren van gezondheidsklachten;
- als men in de bedrijfsgezondheidszorg beschikt over speciale voorzieningen voor migranten betreft dit veelal de beschikbaarheid van tolken; deze voorzieningen lijken in de bedrijfsgezondheidszorg relatief veel voor te komen; de beschikbaarheid van tolken per nationaliteit varieert sterk; bovendien zijn niet overal waar men problemen in de zorgverlening ervaart tolkdiensten aanwezig en betekent de beschikbaarheid van tolken ook niet dat er geen problemen meer ervaren worden in de zorgverlening;
- het beeld van de migranten over de bedrijfsarts wordt met name bepaald door zijn/haar controlerende taak; in het algemeen lijkt de tevredenheid van de migranten met (de behandeling van) de bedrijfsarts niet overmatig groot te zijn; onderzoeksgegevens over de ervaringen van migranten dateren van bijna tien jaar geleden.

5.2 De eerstelijnsgezondheidszorg

5.2.1 Huisartsenzorg

Op het gebied van de (somatische) gezondheidszorg en migranten bestaan relatief veel onderzoekspublikaties waarin aandacht wordt besteed aan de huisartsenzorg (zie tabel 5.5).

Wat betreft de migrantengroepen is er sprake van een zekere eenzijdigheid. Het merendeel van de publikaties heeft betrekking op Turkse en Marokkaanse migranten. Andere migrantengroepen (inclusief de Surinamers) hebben in het onderzoek met betrekking tot de huisartsenzorg slechts marginale aandacht gekregen. Opvallend is bovendien, dat het in bijna de helft van de publikaties om ervaringen van migranten gaat. Het relatief grote aantal studies op het gebied van de huisartsenzorg is op zich niet verwonderlijk als gedacht wordt aan de centrale plaats die de huisarts inneemt in de Nederlandse (kuratieve) gezondheidszorg. Immers de huisarts is in de Nederlandse gezondheidszorg het eerste station van de kuratieve gezondheidszorg en verzorgt in het algemeen de doorverwijzing naar andere takken van de gezondheidszorg. Gesteld zou kunnen worden dat het functioneren van de Nederlandse (kuratieve) gezondheidszorg in belangrijke mate bepaald wordt door het functioneren van de huisarts.

Wat kan er nu op basis van bovenstaande onderzoekspublikaties gezegd worden over het functioneren van de huisartsenzorg voor migranten. Als nu eerst naar het gebruik, de mate waarin migranten een beroep doen op de diensten van de huisarts, gekeken wordt, valt op dat hier, ondanks het relatief grote aantal onderzoekspublikaties, weinig cijfermatige gegevens over bestaan. Het merendeel van de informatie op dit punt berust op indrukken van de artsen, die in het algemeen veronderstellen dat migranten vaker een beroep op hun diensten doen dan Nederlanders (o.a. Paes, 1974 en Choenni

& De Jongh, 1982). De beperkte cijfermatige gegevens ondersteunen, in ieder geval voor zover het om volwassen migranten gaat, deze veronderstelling. Vrij (1975) die als huisarts werkzaam was in een groepspraktijk in een wijk met een hoge concentratie buitenlanders in Utrecht, konstateerde dat de migranten in zijn praktijk meer konsulten voor hun rekening namen dan hun aandeel in de praktijkpopulatie had doen verwachten. Ook Muizelaar e.a. (1975) en Hoekstra en Van der Meer (1977) vergeleken het aantal konsulten van hun migrantenpopulaties (respektievelijk Surinamers/Antillianen en Turken) met hun aandeel in de praktijkpopulaties. Zij stelden eveneens vast dat migranten in de door hen onderzochte huisartsenpraktijken vaker op het spreekuur kwamen dan Nederlanders. De Haan (1984), heeft gekeken naar het gemiddelde aantal kontakten dat Turkse, Marokkaanse en Nederlandse jongeren (10-21 jaar) hadden met hun huisarts. In tegenstelling tot de situatie bij de volwassen migranten konstateerde hij dat de Turkse en Marokkaanse jongeren wat minder vaak een beroep deden op de diensten van de huisarts dan hun Nederlandse leeftijdgenoten. Het verschil was echter niet significant.

In sommige onderzoekingen worden ook opmerkingen gemaakt over de wijze waarop migranten gebruik maken van de diensten van de huisarts. Zo zouden migranten zich vaak slecht aan afspraken houden, nogal eens buiten alle spreekuurtijden om met klachten naar de dokter komen en regelmatig van huisarts wisselen (onder andere Paes, 1974; Hoekstra & Van der Meer, 1977 en Dresmé & Besteman, 1980). Deze zaken lijken zich echter de laatste jaren verbeterd te hebben (onder andere Boutar-Boxelaar & Burgers, 1982).

Veel aandacht wordt in de onderzoeksliteratuur besteed aan de knelpunten die de huisartsen ervaren in hun kontakten met migranten. In het algemeen wordt de taalbarrière als een van de grootste struikelblokken genoemd. Tengevolge hiervan is het moeilijk een vertrouwensrelatie op te bouwen, kan er geen goede anamnese afge-

Tabel 5.5. Overzicht van studies waarin aandacht wordt besteed aan de huisartsenzorg voor migranten

Onderzoek	Onderzoeksgroep	Onderwerp
Paes, 1974	huisartsen	ervaringen met migranten
Paes, 1974	Turken, Marokkanen, Spanjaarden, Italianen, Grieken, Joegoslaven	ervaringen met de huisartsenzorg
Muizelaar e.a., 1975	Surinamers/Antillianen, Nederlanders	deelname aan de huisartsenzorg
Vrij, 1975	"gastarbeiders"	deelname aan de huisartsenzorg
Werkgroep buitenlandse arbeiders, 1975	Turkse werknemers	ervaringen met de huisartsenzorg
Vervoersbond CNV, 1976	Turkse werknemers	ervaringen met de huisartsenzorg
Bekhuis e.a., 1977	Turken, Marokkanen, Spanjaarden, Italianen, Grieken, Joegoslaven	ervaringen met de huisartsenzorg
Hoekstra & Van der Meer, 1977	Turken	deelname aan de huisartsenzorg
Breuker & De Vries, 1979	huisartsen	taal- en communicatieproblemen in de zorgverlening aan buitenlanders; gebruik tolkenhulp
Dedeoğlu, 1980	Turken	ervaringen met de huisartsenzorg
Dresmé & Besteman, 1980	hulpverleners (waaronder huisartsen)	knelpunten in de zorgverlening aan Turken en Marokkanen
Lysen-Kist e.a., 1981	huisartsen	ervaringen met Turkse en Marokkaanse jongeren
Boutar-Boxelaar & Burgers, 1982	huisartsen	ervaringen met Turkse en Marokkaanse vrouwen

Vervolg tabel 5.5

Onderzoek	Onderzoeksgroep	Onderwerp
Choenni & De Jongh, 1982	huisartsen	ervaringen met migranten
Choenni & De Jongh, 1982	allochtone en autochtone patiënten	ervaringen met de huisartsenzorg
Ankoné & Kaufman, 1984	Turkse en Marokkaanse vrouwen	ervaringen met de huisartsenzorg
De Haan, 1984	Turkse, Marokkaanse en Nederlandse jongeren (10-21 jaar)	deelname aan de huisartsenzorg

nomen worden, is het moeilijk om een goed genuanceerde diagnose te stellen, kunnen meer psychosociale problemen niet aan bod komen etc. (onder andere Paes, 1974 en Dresmé & Besteman, 1980). Ondanks het voorkomen van taalproblemen lijkt men in de huisartsenzorg slechts in geringe mate gebruik te maken van (officiële) tolkdiensten (onder andere Dresmé & Besteman, 1980; Choenni & De Jongh, 1982 en Boutar-Boxelaar & Burgers, 1982). Uit de gesprekken die Breuker en De Vries (1979) gevoerd hebben met huisartsen die weinig of geen gebruik maakten van het tolkencentrum blijkt dat bij deze artsen de problemen meestal opgelost worden doordat de migrant zelf iemand meeneemt. Dit beeld komt ook naar voren uit ander onderzoek. Zo signaleren Boutar-Boxelaar en Burgers (1982) dat huisartsen er nog steeds vanuitgaan dat hun patiënten zelf wel iemand meebrengen. De schaarse gegevens die er zijn over de mate waarin huisartsen gebruik maken van speciaal voorlichtingsmateriaal voor migranten, wijzen er ook niet op dat deze meer dan incidenteel worden ingezet ter overbrugging van de taalbarrière (Dresmé & Besteman, 1980 en Boutar-Boxelaar & Burgers, 1982). Als er geen "informele" tolk beschikbaar is proberen huisartsen er soms zelf uit te komen door middel van gebarentaal (Breuker & De Vries, 1979). Ook kan het gebeuren dat de huisarts vraagt om de volgende

keer iemand mee te nemen (Boutar-Boxelaar & Burgers, 1982). Als redenen om geen tolk in te schakelen worden onder andere genoemd het feit dat de nuances van het gesprek verloren zouden gaan, dat de patiënt bepaalde dingen niet zou vertellen, dat het moeilijk is om vrouwelijke tolken te krijgen, dat het niet nodig is omdat er andere oplossingen voor handen zijn en dat het extra moeite en extra tijd kost (onder andere Breuker & De Vries, 1979 en Boutar-Boxelaar & Burgers, 1982). Breuker en De Vries (1979) hebben in hun onderzoek ook gesproken met huisartsen die frekwent gebruik maakten van het tolkencentrum. Uit de gesprekken bleek dat het hier of uitsluitend of overwegend om het gebruik van telefonische tolkdiensten ging. Hoewel het hier frekwente gebruikers van het tolkencentrum betrof zeiden vrijwel alle artsen dat zij niet zo vaak van de tolkdiensten gebruik maakten als in het belang van de patiënt nodig zou zijn. Als reden daarvoor werd tijdgebrek genoemd. De tevredenheid met de verleende diensten was echter vrij groot. Hoekstra en Van der Meer (1977) deden onderzoek in een huisartsenpraktijk waar ten behoeve van Turkse patiënten gewerkt werd met een tolkenspreekuur. Een nadere analyse van de extra belasting in tijd die het inschakelen van een tolk met zich meebracht, maakte duidelijk dat een konsult met een tolk weliswaar meer tijd kostte, maar dat door de verbeterde kommunikatie de arts uiteindelijk toch minder tijd aan deze patiënten kwijt was. Door de aanwezigheid van de tolk konden de patiënten hun klachten beter verwoorden en kon de arts adekwater hulp bieden, waardoor men voor eenzelfde klacht minder vaak op het spreekuur kwam.

Naast taal- en kommunikatieproblemen worden ook veelvuldig problemen tengevolge van kultuurverschillen genoemd. Deze problemen treden zowel op bij de presentatie van de klachten en daarmee bij het stellen van de diagnose als bij het lichamelijk onderzoek en de therapie. Huisartsen hebben onder andere moeite met de onduidelijke presentatie van de klachten door migranten. Met name de overdreven presentatie heeft tot gevolg dat het schatten van de ernst

van de situatie moeilijk wordt. Daarnaast worden huisartsen gekonfronteerd met voor hen onbekende ziektebeelden. Ook wordt wel gewezen op het somatisch presenteren van psychische klachten (onder andere Dresmé & Besteman, 1980).

Het lichamelijk onderzoek van migrantenvrouwen is vanwege de ta-boesfeer vaak een moeilijke zaak. In het bijzonder doen deze moeilijkheden zich voor bij Islamitische en Joegoslavische vrouwen (Paes, 1974). Vrouwelijke huisartsen zouden hier echter veel minder problemen mee ervaren (Boutar-Boxelaar & Burgers, 1982). Vaak worden ook bezwaren van (Turkse en Marokkaanse) migranten genoemd tegen het afnemen van bloed (onder andere Venneman, 1980). De huisartsen uit het onderzoek van Boutar-Boxelaar en Burgers (1982) hadden hier echter geen enkel probleem mee, evenmin als met het afstaan van urine voor onderzoek.

Bij Islamitische patiënten heeft men nogal eens problemen met het geneesmiddelengebruik tijdens de ramadan (onder andere Dresmé & Besteman, 1980). In deze vastenperiode houden veel Islamitische patiënten zich ook niet aan dieet- en therapievoorschriften. Met de medikatie ervaren artsen buiten de vastenperiode in het algemeen niet zoveel problemen (onder andere Paes, 1974). Wel wordt er bij migranten een opvallende voorkeur voor injecties gesignaleerd. Ook verzoeken migranten de huisarts vaak om doorverwezen te worden naar de specialist. Een verzoek dat door veel artsen wordt ingewilligd, mede uit onzekerheid omtrent de eigen diagnose (onder andere Paes, 1974). Volgens Venneman (1980) is de specialist voor Turken en Marokkanen in het algemeen geen figuur die bepaalde angsten oproept, en is een doorverwijzing naar de specialist meer een bewijs dat de klacht serieus genomen wordt.

Het voorschrijven van diëten levert, ook buiten de vastenperiode vaak problemen op. Met name de afwijkende voedingspatronen zouden hierbij een rol spelen (zie ook § 5.2.5).

In enkele onderzoeken is ook aandacht besteed aan de kennis van huisartsen ten aanzien van de kulturele achtergronden van migran-

ten. In het algemeen lijkt deze kennis niet zo groot te zijn. Ook zou er door huisartsen weinig gebruik gemaakt worden van de mogelijkheden om deze kennis te vergroten (Lysen-Kist e.a., 1981 en Boutar-Boxelaar & Burgers, 1982).

Ook ten aanzien van de ervaringen van migranten met de huisartsenzorg bestaan er relatief veel publikaties. Bekhuis e.a. (1977) hebben in hun onderzoek uitgebreid aandacht besteed aan de redenen van migranten voor de keuze van een huisarts. In het algemeen bleken de nabijheid en de reputatie van de huisarts de belangrijkste redenen. Het meest duidelijk kwam dit tot uitdrukking bij de Turken, Marokkanen en Italianen. Bij de Grieken en Joegoslaven bleek ook het advies van de bedrijfsarts een belangrijke rol te spelen. Ook in het onderzoek van Choenni en De Jongh (1982) bleken de nabijheid en de reputatie van de huisarts (bekend via mondreklame van vrienden of familieleden) voor migranten, maar ook voor Nederlanders belangrijke argumenten voor de keuze van de huisarts geweest te zijn. Een belangrijke faktor bij het veranderen van huisarts bleek eveneens zowel bij migranten als bij Nederlanders, het gedrag van de arts te zijn, "als deze overschrijdt wat de patiënten als fatsoenlijk of zedelijk gedrag beschouwen" (Choenni & De Jongh, 1982, p. 43). In het onderzoek van Dedeoğlu (1980) beschreven sommige Turken hun vorige huisarts als "een vijand van buitenlanders" en gaven aan dat zij vanwege deze diskriminatie van huisarts waren veranderd. Ook in het onderzoek van Paes (1974) wordt diskriminatie genoemd als reden om van huisarts te veranderen. Maar in dit onderzoek wordt ook wel aangegeven dat migranten bewust van huisarts veranderen tot ze een arts gevonden hebben die aan hun eisen voldoet.

In veel publikaties wordt ook door migranten de taalbarrière als een van de grootste knelpunten in het contact met de huisarts genoemd. Zo kwam op de vraag van Paes (1974) aan zijn Turkse respondenten hoe hun relatie met de huisarts was, als eerste aspect aan

de orde, dat het voor hen niet mogelijk was met hun huisarts te praten. Maar ook uit de gesprekken met andere migrantengroepen kwamen in dit onderzoek de taalproblemen als een belangrijk knelpunt naar voren. In het onderzoek van Bekhuis e.a. (1977) gaf ruim een kwart van de respondenten te kennen weleens problemen te hebben bij het overbrengen van klachten aan de huisarts. Ook voor het merendeel van de Turkse en Marokkaanse vrouwen uit het onderzoek van Ankoné en Kaufman (1984) vormde de taal het belangrijkste knelpunt in hun contact met de huisarts. Veel vrouwen losten dit op door het inschakelen van familieleden die de Nederlandse taal meer machtig waren, hetgeen echter weer een barrière vormde om over intieme klachten te praten. Ondanks deze complicaties preferreden de vrouwen familieleden boven officiële tolken. De Turken in het onderzoek van Paes (1974), vrijwel allemaal mannen, klaagden er juist over dat zij altijd zelf voor een tolk moesten zorgen. Bovendien was men in het algemeen niet zo tevreden over deze oplossing omdat vaak degene die als tolk fungeerde, ook niet alles kon uitdrukken. Uit het onderzoek van Bekhuis e.a. (1977) bleek dat ruim 10% van de migranten weleens zelf een tolk meenam naar de huisarts. Bij de Turkse respondenten lag dit percentage op 25%. Bij onduidelijkheden in de communicatie tussen huisarts en respondent werd in de andere gevallen meestal overgeschakeld op gebarentaal.

De Turkse werknemers uit het onderzoek van de werkgroep buitenlandse arbeiders (1975) zeiden het in merendeel op prijs te stellen als er een tolk aanwezig zou zijn op een vast spreekuur voor buitenlanders. Slechts enkele respondenten hadden op het spreekuur van de huisarts weleens met een tolk te maken gehad. Het is opvallend dat er zo weinig informatie is over de ervaringen van migranten met een officiële tolk in de huisartsenzorg.

Naast taalproblemen lijken migranten ook veel moeite te hebben met de medische benadering van de Nederlandse huisarts. De meeste migrantengroepen in het onderzoek van Paes (1974) waren in min of

meerdere mate ontevreden over de duur van de behandeling van de huisarts. Men vond dat deze bij een aantal klachten een te afwachtende houding aannam en het genezingsproces teveel op een natuurlijke wijze wilde laten verlopen. Ook was men van mening dat de huisarts teveel twijfelde en hierdoor de indruk wekte niet precies te weten wat er aan de hand was. De Turkse werknemers in het onderzoek van Dedeoğlu (1980) waren allen tevreden met de zorg van hun huisarts voor hun gezondheid, met zijn warme en vriendelijke persoonlijkheid. Aan de andere kant was er maar één ondervraagde (van de achtentwintig), die hun technische kundigheid bevredigend vond. Nederlandse artsen konden volgens hen geen enkele beslissing nemen zonder laboratoriumonderzoek en ingewikkelde apparatuur, en dan nog was hun diagnose meestal verkeerd en het resultaat van de behandeling matig. Ook in het onderzoek van Bekhuis e.a. (1977) betreffen veel klachten van migranten de diagnose en de therapie. Veel migranten geloven ook niet in de kracht van de medicijnen die Nederlandse huisartsen hun voorschrijven (Dedeoğlu, 1980). Ook bestaat er afkeer van poeders en "siroop" (Paes, 1974). Andere klachten van migranten vertonen veel overeenkomst met de klachten die men ook wel van Nederlanders over de huisarts hoort. Zoals de klacht dat de huisarts te weinig tijd aan de patiënt besteedt, de klachten van de patiënt niet voldoende serieus neemt, te weinig belangstelling voor de patiënt heeft, de patiënt afscheept met een receptje of dat de arts de patiënt niet de gevraagde medicijnen wil geven (onder andere Paes, 1974; Vervoersbond CNV, 1976 en Choenni & De Jongh, 1982). Het is echter niet bekend of deze klachten bij migranten vaker voorkomen dan bij Nederlanders. Veel migranten noemen als oplossing voor hun problemen (met de huisarts) het inschakelen van artsen uit het eigen land (onder andere Werkgroep buitenlandse arbeiders, 1975 en Dedeoğlu, 1980). Bij Bekhuis e.a. (1977) werd door bijna driekwart van de migranten de voorkeur voor een arts uit het eigen land aangegeven. Bij de Marokkanen in dit onderzoek lag het percentage zelfs op 98%. Dat het

hier met name om het oplossen van het taalprobleem en de andere medische benadering gaat, ligt, gezien het voorafgaande, voor de hand. In het onderzoek van Paes (1974) noemen de Turkse respondenten echter nog een ander argument, namelijk het feit dat de Turkse arts evenals zijn patiënt Islamiet is.

Ook in de huisartsenzorg zijn aktiviteiten ondernomen om de zorgverlening aan migranten te verbeteren. Het gaat hierbij om twee wat groter opgezette experimenten, het gezondheidscentrum voor buitenlanders in Utrecht en het projekt psychosociale hulpverlening in de eerste lijn, en enkele plaatselijke initiatieven.

Het eerste experiment het gezondheidscentrum voor buitenlanders in Utrecht, dat bij sukses eventueel ook ingevoerd zou worden in andere plaatsen, heeft maar kort gefunctioneerd (Paes, 1975). Op dit centrum werkte een Nederlandse huisarts met een full-time Arabische en Turkse tolk. Vanaf het begin waren er al moeilijkheden. De migranten waren bijna allemaal al ingeschreven bij andere huisartsen. Daar men bij de oprichting van dit centrum uitging van een vrije artsenkeuze had men niet de Turkse en Marokkaanse werknemers overgeschreven naar de arts van het centrum. Mede tengevolge hiervan verliep de inschrijving van nieuwe patiënten vrij langzaam en kwam het centrum in financiële moeilijkheden. Na 40 weken werd het centrum opgeheven.

Het projekt psychosociale hulpverlening is een bredere voortzetting van het experiment van de Philips Huisartsendienst in Eindhoven (Fernandez & König, 1979). In dit experiment trachtte men de eerstelijns hulpverlening aan Spaanse werknemers en hun gezinnen te verbeteren door een intensieve vorm van samenwerken tussen de huisarts en een speciaal daartoe aangetrokken Spaanse maatschappelijk werker. Het sukses van dit experiment was voor het Overlegorgaan medische verzorging buitenlandse werknemers aanleiding het projekt psychosociale hulpverlening op te zetten. In maart 1982 werd de "nota psychosociale hulpverlening aan etnische minderhe-

den" aan de toenmalige Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aangeboden (Overlegorgaan medische verzorging buitenlandse werknemers, 1982). In deze nota gaat het overlegorgaan er vanuit, dat de huisarts de komende jaren nog wel de belangrijkste eerste kontaktpersoon voor migranten met psychosociale problemen zal blijven, maar dat ook de tweede lijn met deze problematiek gekonfronteerd zal worden. Om het gebrek aan kennis en ervaring van deze hulpverleners op te vangen pleit het overlegorgaan voor het opnemen van aparte deskundigen in de bestaande multidisciplinaire teams in de eerstelijnsgezondheidszorg. In mei 1983 liet de Minister weten, dat enkele experimenten op dit gebied opgezet konden worden (Van Geuns, 1983). Momenteel wordt in een aparte werkgroep van het overlegorgaan aan de laatste voorbereidingen gewerkt. De verwachting is, dat eind 1985/begin 1986 de eerste experimenten van start zullen gaan.

Naast deze min of meer officiële experimenten zijn ook enkele plaatselijke initiatieven bekend. Het gaat hierbij zowel om het inschakelen van artsen uit het land van herkomst van de migrant (Almelo, Rotterdam en Eindhoven) als om speciale tolksprekuren (Enschede, Hengelo en Nijmegen). Hierbij moet wel worden opgemerkt dat de meest recente gegevens veelal uit 1977 dateren (Beeld '77). Het is van de meeste activiteiten niet bekend of ze nog steeds plaats vinden, en evenmin of er soms nieuwe activiteiten zijn.

Samenvatting:

- er is relatief veel onderzoek over de huisartsenzorg en migranten; de meeste aandacht gaat hierbij uit naar Turken en Marokkanen; andere migrantengroepen, inclusief de Surinamers, krijgen maar marginale aandacht;
- volwassen migranten lijken vaker een beroep te doen op de diensten van de huisarts dan Nederlanders; bij jeugdige migranten lijkt dit verschil niet te bestaan;
- migranten lijken zich in de wijze waarop zij gebruik maken

- van de diensten van de huisarts de laatste jaren meer aangepast te hebben aan het Nederlandse patroon;
- huisartsen ervaren problemen in hun zorgverlening aan migranten tengevolge van de taalbarrière en de cultuurverschillen;
 - in de huisartsenzorg lijkt men slechts in geringe mate gebruik te maken van (officiële) tolkdiensten; huisartsen lijken er nog steeds vanuit te gaan dat hun patiënten zelf wel iemand meebrengen;
 - in de huisartsenzorg lijkt slechts incidenteel gebruik gemaakt te worden van speciaal voorlichtingsmateriaal voor migranten;
 - ook migranten noemen de taalbarrière als een van de grootste knelpunten in hun contact met de huisarts; andere problemen lijken vooral voort te komen uit de medische benadering van de Nederlandse huisarts, die in veel gevallen afwijkt van wat migranten in het land van herkomst gewend zijn.

5.2.2 Apothekerszorg

Er zijn vrijwel geen publikaties op het gebied van de apothekerszorg en migranten. Uit de inventarisatie voor de studie kwam slechts een onderzoekspublikatie op dit gebied naar voren. Het betreft de studie van Spruit en Van der Kruik (1982) naar de communicatie met Turkse en Marokkaanse patiënten in de apotheek. Op verzoek van het Buro Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders hebben zij een groot aantal apotheken een vragenlijst toegestuurd. Hieruit bleek dat ongeveer een derde van de apothekers en apothekersassistenten regelmatig problemenervaarde in de communicatie met Turkse en Marokkaanse migranten. Deze problemen hadden vooral betrekking op het duidelijk maken van de gebruiksvorschriften van de medicijnen en op apotheek-administratieve aspecten (vragen naar ziekenfondskaarten, personalia, betaling). Ongeveer de helft van

de apothekers en hun assistenten hadden aanwijzingen dat bij Turkse en Marokkaanse migranten veel onzekerheden leefden over medicijngebruik en dat verkeerd gebruik voorkwam. Vooral de wijze van het gebruik leek problemen op te leveren. Toch werd er maar zeer weinig gebruik gemaakt van schriftelijk voorlichtingsmateriaal en communicatiemiddelen. In de meeste apotheken was wel een en ander aan materiaal aanwezig, maar in de praktijk kwam men er echter niet toe het te gebruiken. Onvoldoende motivatie en het onvoldoende ervaren van de noodzaak van het gebruik leken de belangrijkste redenen daarvoor. Desondanks gaf ongeveer de helft van de apothekers en de assistenten aan wel behoefte te hebben aan ander/beter materiaal.

Over de mate waarin migranten gebruik maken van de diensten van de apotheek wordt in het onderzoek van Spruit en Van der Kruik (1982) geen informatie verschaft. De gegevens over de huisartsenzorg geven wel enige indicatie. Zoals in § 5.2.1 is vermeld lijken volwassen migranten vaker van de diensten van de huisarts gebruik te maken dan Nederlanders. Bovendien zouden huisartsen het veelal moeilijk vinden hun buitenlandse patiënten zonder recept of verwijzing te laten gaan (Choenni & De Jongh, 1982 en Boutar-Boxelaar & Burgers, 1982). Verondersteld kan worden dat migranten minstens evenveel, zo niet vaker gebruik zullen maken van de diensten van de apotheek.

Over de ervaringen van migranten met de zorg van de apotheek zijn geen gegevens bekend.

Samenvatting:

- er zijn vrijwel geen publikaties bekend op het gebied van de apothekerszorg en migranten;
- aannemelijk is dat migranten minstens evenveel, zo niet vaker gebruik maken van de diensten van de apotheek als Nederlanders;
- ook apothekers (en hun assistenten) ervaren communicatiepro-

- blemen in hun kontakten met (Turkse en Marokkaanse) migranten; communicatieproblemen treden met name op bij het uitleggen van de gebruiksvoorschriften van de medicijnen en het verzamelen van administratieve gegevens;
- van schriftelijk voorlichtingsmateriaal en communicatiemiddelen wordt in de apothekerszorg zeer weinig gebruik gemaakt;
 - informatie over de ervaringen van migranten met de zorg van de apotheek ontbreekt.

5.2.3 Fysiotherapeutische zorg

Ook over de fysiotherapeutische zorg voor migranten zijn slechts enkele publikaties bekend. Het gaat hierbij om het onderzoek van Merits (1982) naar de problemen die kunnen ontstaan, als een Turk gebruik wil of moet maken van de Nederlandse gezondheidszorg en de fysiotherapie in het bijzonder en een artikel van Van der Linden (1982) over fysiotherapie en buitenlanders.

Over de mate waarin migranten gebruik maken van de fysiotherapeutische zorg valt op basis van deze publikaties niets te zeggen. Beide auteurs richten zich met name op de problemen die fysiotherapeuten ervaren bij hun zorgverlening aan Turkse (en Marokkaanse) migranten. Merits (1982) heeft daarbij gebruik gemaakt van een schriftelijke enquête onder fysiotherapeuten. Zij tekent hier echter bij aan dat in verband met onder andere het geringe aantal respondenten geen algemene konklusies aan het onderzoek verbonden mogen worden. Van der Linden (1982) beschrijft het contact van de fysiotherapeut met de migrant vanuit zijn eigen ervaring als fysiotherapeut. Beiden signaleren zo ongeveer dezelfde problemen. Ook in het contact van de fysiotherapeut met de migrant spelen taalproblemen een belangrijke rol. Het is daardoor vaak vrijwel onmogelijk tot een redelijke (aanvullende) diagnose te komen, en het bemoeilijkt het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Officiële

tolkdiensten lijken in de fysiotherapie weinig gebruikt te worden. In het onderzoek van Merits gaf slechts een (van de zestien) fysiotherapeuten aan weleens gebruik te maken van een dergelijke tolk. Vaker worden bij taalproblemen familieleden of vrienden van de patiënt, of een toevallig aanwezige landgenoot ingeschakeld. Over het gebruik van speciaal voorlichtingsmateriaal voor migranten in de fysiotherapeutische zorg wordt in deze publikaties geen informatie verschaft.

Naast taal en communicatieproblemen worden ook problemen tengevolge van cultuurverschillen genoemd. Hierbij wordt op een andere ziekte- en pijnbeleving van Turkse en Marokkaanse migranten gewezen. Ziektebeleving is, volgens beide auteurs, bij Turken en Marokkanen een totaalbeleving. Tengevolge hiervan kan men de klacht niet lokaliseren en wijst men hele gebieden van het lichaam aan. Ook pijn wordt meestal sterk naar voren gebracht. Daarnaast komt het regelmatig voor dat een Turkse of Marokkaanse vrouw niet door een mannelijk fysiotherapeut behandeld wil worden.

Tenslotte wordt ook wel gewezen op de wat afwachtende, min of meer passieve houding van de Turkse en Marokkaanse patiënt die botst met de "doe-therapie" van de fysiotherapeut. De migrant zou hierdoor ook moeilijk te motiveren zijn voor oefentherapie (thuis).

Samenvatting:

- over de fysiotherapeutische zorg voor migranten zijn slechts enkele publikaties bekend;
- er zijn geen gegevens gevonden over de mate waarin migranten gebruikmaken van de fysiotherapeutische zorg;
- fysiotherapeuten ervaren problemen in hun zorgverlening aan (Turkse en Marokkaanse) migranten tengevolge van de taalbarrière en de cultuurverschillen (met name de andere ziekte- en pijnbeleving);
- officiële tolkdiensten lijken in de fysiotherapie weinig gebruikt te worden; over het gebruik van speciaal voorlich-

tingsmateriaal zijn geen gegevens bekend.

- informatie over de ervaringen van migranten met de fysiotherapeutische zorg ontbreekt.

5.2.4 Tandartsenzorg

In § 5.1.1.3 werd gekonstateerd dat over de zorg van de schooltandarts voor migranten slechts beperkte gegevens beschikbaar waren. De situatie met betrekking tot de tandartsenzorg is wat gunstiger. In tabel 5.6 zijn de onderzoeken vermeld waarin informatie wordt gegeven over de deelname van migranten aan de tandartsenzorg (mate van sanering) en/of de toestand van hun gebit. Opvallend is dat er met betrekking tot deze onderwerpen alleen onderzoek is gedaan bij kinderen. Bovendien valt uit tabel 5.6 op te maken dat van de migrantengroepen de Surinamers in dit onderzoek de meeste aandacht hebben gekregen.

In het algemeen lijken migrantenkinderen minder gebruik te maken van de diensten van de tandarts dan Nederlandse kinderen. In het onderzoek van Bergink (1981) stond de helft van de Nederlandse kleuters onder controle van de tandarts. Bij de niet-Nederlandse kleuters (voornamelijk afkomstig uit Suriname) gold dit voor nog geen 10% van de kinderen. Houwink e.a. (1983) hebben in hun onderzoek gekeken naar de verzorgingsgraad (de verhouding van het aantal gerestaureerde vlakken tot het aantal aangetaste vlakken) van 5-jarige Nederlandse en niet-Nederlandse kinderen (over de samenstelling van deze groep worden in het onderzoeksverslag geen gegevens vermeld). Zij konstateerden dat de verzorgingsgraad van de Nederlandse kinderen laag was (nog geen 20%). De niet-Nederlandse kinderen hadden echter een nog veel slechter verzorgd gebit. De verzorgingsgraad lag bij deze kinderen onder de 5%. Aan de resultaten van dit onderzoek kan echter niet zoveel betekenis worden gehecht, aangezien de groep niet-Nederlandse kinderen betrekkelijk

Tabel 5.6. Overzicht van studies waarin informatie wordt gegeven over de saneringsgraad van het gebit en/of de gebitstoestand van migranten

Onderzoek	Leeftijdsgroep	Etnische groep	Variabelen
Egger e.a., 1980	8 jarigen	Creolen, Hindoestanen, Nederlanders	- mate van sanering - gebitstoestand
Bergink, 1981	kleuters	inheems, uitheems (grotendeels Surinamers)	- mate van sanering - gebitstoestand - gebruik fluoride-tabletten
Losekoot en Stolwijk, 1981	11 jarigen	Creolen, Hindoestanen, Nederlanders	- mate van sanering - gebitstoestand
Bergink e.a., 1983;	8 jarigen	inheems, uitheems (grotendeels Surinamers)	- gebitstoestand
Houwink e.a., 1983	5 jarigen	inheems, uitheems	- verzorgingsgraad - gebitstoestand
De Leeuw-Vringer, 1983	6-12 jarigen	Nederlanders, Marokkanen, Turken, Surinamers, overige buitenlanders	- mate van sanering

gering was (19 kinderen). Egger e.a., (1980) hebben in hun onderzoek onder 8-jarige Surinaamse en Nederlandse schoolkinderen ook aandacht besteed aan de gebitssanering. De gebitten van de Nederlandse kinderen waren duidelijk vaker gesaneerd dan die van de Surinaamse kinderen. Bij de Nederlandse kinderen lag de saneringsgraad ruim boven de 50%; bij de Creoolse en Hindoestaanse Surinamers rond de 30%. Losekoot en Stolwijk (1981) hebben dezelfde kinderen drie jaar later nogmaals onderzocht. De sanering van de gebitten van de kinderen bleek sterk toegenomen te zijn. Bovendien waren de verschillen tussen de Nederlandse en Surinaamse kinderen verdwenen. Ruim 80% van de gebitten van de 11-jarige Nederlandse en Surinaamse kinderen was gesaneerd. De resultaten van De Leeuw-Vringer (1983) lagen voor de migrantenkinderen wat minder posi-

tief. Van de Surinaamse kinderen (6-12 jaar) in haar onderzoek stond nog geen 60% onder controle van de tandarts; van de Turkse en Marokkaanse kinderen ongeveer 70%. Het hoogste percentage vond De Leeuw-Vringer bij de Nederlandse kinderen (ruim 90%).

In hoeverre de hierbovengenoemde verzorging betrekking heeft op de reguliere tandarts of schooltandarts is in het algemeen niet bekend. Alleen in het onderzoek van De Leeuw-Vringer (1983) is aangegeven, dat de betrokken Turkse en Marokkaanse kinderen vrijwel uitsluitend onder controle van de schooltandarts stonden.

Wat betreft de gebitstoestand van de migrantenkinderen lijkt onderscheid gemaakt te moeten worden tussen de toestand van het melkgebit en die van het blijvende gebit. In het algemeen lijkt de toestand van het melkgebit van jonge (Surinaamse) migrantenkinderen slechter te zijn dan die van Nederlandse kinderen. De toestand van het blijvend gebit lijkt vrijwel niet te verschillen tussen (Surinaamse) migrantenkinderen en Nederlandse kinderen.

Zowel Bergink (1981) als Bergink e.a. (1983) en Houwink e.a. (1983) constateerden dat het aantal carieus, gevuld of wegens cariës getrokken melkelementen bij niet-Nederlandse kinderen hoger lag dan bij Nederlandse kinderen. De toestand van de blijvende gebitten van de 8-jarige Nederlandse en niet-Nederlandse kinderen uit het onderzoek van Bergink e.a. (1983) vertoonden geen belangrijke verschillen. In het onderzoek van Egger e.a. (1980) wordt niet aangegeven in welke mate de gebitten van de kinderen blijven de gebitten betreffen. Aangenomen mag worden dat bij deze kinderen (eveneens 8 jaar), net als in het onderzoek van Bergink e.a. (1983), zowel tijdelijke als blijvende gebitselementen voorkomen. Aangezien dit de vergelijking in sterke mate bemoeilijkt lijkt het zinniger alleen de gegevens van deze kinderen op 11-jarige leeftijd te bekijken. Losekoot en Stolwijk (1981) constateerden slechts geringe verschillen in de gebitstoestand van de Nederlandse en Surinaamse kinderen. De gebitstoestand van de Creoolse Suri-

namers was wat beter dan die van de Nederlanders, de gebitstoestand van de Hindoestaanse Surinamers wat slechter.

Over de mate waarin adolescenten en volwassen migranten gebruikmaken van de diensten van de tandarts en over de toestand van hun gebit, bestaan geen systematische gegevens. In het onderzoek van Van Heesch (1983) merken tandartsen op dat het systeem van sanering voor migranten vaak niet duidelijk is, en dat een deel van de Turkse en Marokkaanse patiënten alleen bij de tandarts komt als ze pijn hebben. De 12-30-jarige Turkse en Marokkaanse migranten zouden, volgens deze tandartsen, meestal goede gebitten hebben. De gebitstoestand van de oudere migranten zou sterk verschillen (sommigen hebben hele goede gebitten, anderen juist weer heel slechte).

Over de knelpunten die tandartsen ervaren in kontakten met migranten zijn slechts weinig gegevens bekend. In tegenstelling tot de gegevens over het gebruik en de gebitstoestand staan de Turkse en Marokkaanse migranten hierbij centraal.

Ook in de tandartsenzorg speelt de onbekendheid van migranten met het Nederlandse gezondheidszorgsysteem een rol (Hokwerda, 1985). Zo zouden veel Turkse en Marokkaanse migranten niet begrijpen waarom ze, als ze geen last hebben van hun gebit, de tandarts moeten bezoeken.

Evenals dat het geval was bij andere hulp- en zorgverleners worden door de tandartsen (en mondhygiënist) de taal- en communicatieproblemen genoemd (onder andere Emous, 1982 en Sackman, 1982). Veel tandartsen vinden het moeilijk hun patiënten duidelijk te maken hoe ze hun gebit gezond kunnen houden en waarom dat belangrijk is (van Heesch, 1983). Ook is er moeilijk achter te komen of de uitleg ook werkelijk begrepen wordt. Volgens Hokwerda (1985) speelt ook het analfabetisme hierbij een rol. Bovendien zouden Turkse en Marokkaanse migranten niet zo gemotiveerd zijn voor op preventie gericht gebitsverzorging, omdat zij andere opvattingen

over gezondheid en ziek zijn hebben.

Over het gebruik van officiële tolkdiensten in de tandartsenzorg zijn geen gegevens bekend, en evenmin over het gebruik van speciaal voorlichtingsmateriaal.

Sommige tandartsen hebben problemen met vrouwen die een hoofddoek dragen. Zij vragen de vrouw haar hoofddoek af te doen, omdat die hen belemmert in hun werk (Van Heesch, 1983).

Tenslotte hindert het tandartsen dat migranten zich vaak niet aan hun afspraken houden (onder andere Sackman, 1982). Ze vergeten een afspraak of komen een of meerdere uren later en willen dan toch nog behandeld worden.

Alleen in het onderzoek van Van Heesch (1983) komen (Turkse en Marokkaanse) migranten zelf aan het woord over hun ervaringen met de tandartsenzorg. Het gaat hier echter om een beperkte en niet-representatieve steekproef.

Het belangrijkste probleem, dat herhaaldelijk ter sprake kwam, was dat de mensen geen tandarts op de ziekenfondsskaart hadden staan en niet wisten hoe ze aan een tandarts moesten komen. Bovendien dacht een aantal mensen dat de tandarts verschrikkelijk veel geld zou kosten. Die indruk hadden ze gekregen uit verhalen van familie en kennissen. Over de zin van het regelmatig naar de tandarts gaan, bestond in het algemeen weinig twijfel. Een groot deel van de migranten was dan ook gesaneerd, in het algemeen naar volle tevredenheid. Wel waren sommige vrouwen bang voor de pijn en gingen om die reden niet (terug) naar de tandarts.

Samenvatting:

- aan de tandartsenzorg voor migranten is sinds 1980 in redelijke mate aandacht besteed; gegevens over de deelname aan de tandartsenzorg en de toestand van het gebit hebben echter vrijwel uitsluitend betrekking op Surinaamse kinderen; Turkse en Marokkaanse kinderen worden slechts incidenteel als aparte

groep onderscheiden; gegevens over volwassen migranten ontbreken volledig;

- Surinaamse kinderen maken in het algemeen minder gebruik van de diensten van de tandarts dan Nederlandse kinderen; deze konstatering lijkt ook te gelden voor Turkse en Marokkaanse kinderen;
- hoewel de toestand van het melkgebit van jonge (Surinaamse) migrantenkinderen in het algemeen slechter is dan die van Nederlandse kinderen, lijkt deze konstatering niet van toepassing op de toestand van het blijvend gebit van (Surinaamse) migrantenkinderen;
- gegevens over de knelpunten die tandartsen ervaren in hun kontakten met migranten hebben vrijwel uitsluitend betrekking op Turkse en Marokkaanse migranten;
- ook in de tandartsenzorg speelt de onbekendheid van migranten met het Nederlandse gezondheidszorgsysteem een rol; daarnaast ervaren ook tandartsen (en mondhygiënist) problemen in hun kontakten met migranten ten gevolge van de taalbarrière en kultuurverschillen; door andere opvattingen over gezondheid en ziek zijn zouden Turkse en Marokkaanse migranten niet zo gemotiveerd zijn voor op preventie gerichte gebitsverzorging;
- over het gebruik van officiële tolkdiensten in de tandartsenzorg zijn geen gegevens bekend, en evenmin over het gebruik van speciaal voorlichtingsmateriaal;
- over de ervaringen van migranten met de tandartsenzorg zijn slechts beperkte gegevens beschikbaar.

5.2.5. Voedings- en dieëtzorg

Over de kontakten van hulpverleners in de voedings- en dieëtzorg met migranten is slechts één publikatie bekend. Om na te gaan of

diëtisten in hun zorg aan migranten behoefte hebben aan extra ondersteuning c.q. informatie, heeft Bouman (1981) ruim 75 diëtisten aangeschreven met een postenquête. Uit de geretourneerde vragenlijsten ($\pm 80\%$) bleek dat migranten slechts in geringe mate gebruik maakten van de voedings- en dieëtzorg. Hoewel ruim driekwart van de diëtisten aangaf buitenlandse cliënten te hebben, bleek het aandeel van de migranten in het totale cliëntenbestand in het algemeen gering. Nog geen 10% van de diëtisten had vaak of regelmatig te maken met migranten. Naar nationaliteit gezien betrof het vooral Surinaamse, Turkse, Marokkaanse en in mindere mate Spaanse migranten. Andere nationaliteiten werden slechts sporadisch genoemd. Dit is op zich niet verwonderlijk aangezien de Surinaamse, Turkse, Marokkaanse en Spaanse migranten wat aantal betreft ook de meest omvangrijke migrantengroepen in Nederland vormen (zie § 2.1). De Antilliaanse migranten ontbreken echter. Mogelijkerwijs zijn deze migranten door de diëtisten ook aangezien voor Surinamers. Bij de mannen ging het veelal om maagpatiënten. Vooral bij Marokkanen, Turken en bewoners van Zuid Europese landen werden maagklachten aangetroffen. Vrouwen, in het bijzonder Surinaamse vrouwen, waren vaak te zwaar of kwamen met overgewichtsdiaabetes. Ruim 80% van de diëtisten met buitenlandse cliënten was van mening dat het werken met migranten extra problemen opleverde. Centraal stond hierbij het taalprobleem soms gekombineerd met analfabetisme. Sommigen vonden baat bij het inschakelen van tolken. Toch lijkt ook in de voedings- en dieëtzorg niet veel gebruik gemaakt te worden van officiële tolkdiensten. Ongeveer 15% van de diëtisten maakte weleens gebruik van de Tolkencentra. Vaker werd steun gezocht bij (materiaal van) het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders. Ook werd het verschil in eet- en leefgewoonten als probleem genoemd. Het kostte de diëtisten veel tijd om zich te verdiepen in de eetgewoonten, de produkten en de bereidingswijzen van het voedsel van migranten. Tenslotte werd ook wel de onbekendheid van migranten met de voedings- en dieëtzorg genoemd. Tenge-

volge hiervan werden diëtisten gekonfronteerd met vragen naar medicijnen, injecties en doorverwijzing naar specialist of ziekenhuis. Over de ervaringen van migranten met de voedings- en dieët-zorg zijn geen gegevens bekend.

Samenvatting:

- er zijn vrijwel geen publikaties bekend over de voedings- en dieetzorg voor migranten;
- migranten lijken slechts in geringe mate gebruik te maken van de voedings- en dieëtzorg;
- diëtisten ervaren in hun contacten met migranten problemen ten gevolge van taalverschillen (soms gekombineerd met anal-fabetisme) en kultuurverschillen (andere eet- en leefgewoonten); ook hebben zij te maken met de onbekendheid van de voedings- en dieëtzorg bij migranten;
- in de voedings- en dieëtzorg lijkt slechts in geringe mate gebruik gemaakt te worden van officiële tolkdiensten; vaker lijkt steun gezocht te worden bij (materiaal van) het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg buitenlanders;
- informatie over de ervaringen van migranten met de voedings- en dieëtzorg ontbreekt.

5.2.6 Gezins- en bejaardenzorg

Over de contacten van de wijkverpleegkundigen met migranten in het kader van de gezins- en bejaardenzorg zijn in tegenstelling tot de zuigelingen- en kleuterzorg (§ 5.1.1.1) geen gegevens bekend. Dat zich in de gezins- en bejaardenzorg minder problemen voor zouden doen ligt niet voor de hand. Het is wel mogelijk dat migranten in veel mindere mate een beroep doen op de gezins- en bejaardenzorg (o.a. tengevolge van de populatieopbouw) en dat, daardoor informatie op dit gebied ontbreekt.

5.2.7 Zorg m.b.t. geboorteregelend gedrag

Gegevens over de zorg m.b.t. geboorteregelend gedrag voor migranten beperken zich voornamelijk tot abortus (zie tabel 5.7).

Sinds 1974 wordt in Nederland vrijwel elke (in abortuspoliklinieken* uitgevoerde) abortus geregistreerd (Permanente Registratie Abortus Nederland). Zowel in de registratie als in de publikaties hierover worden migranten apart onderscheiden (o.a. Ketting & Schnabel, 1978; Ketting, 1982 en Ketting & Leliveld, 1983a). Oorspronkelijk beperkte de registratie zich tot drie groepen migranten: Surinamers/Antillianen, migranten uit 'landen rond de Middellandse Zee' en een grote restcategorie van 'overigen'. In die tijd sprak men in de registratieverslagen over migranten als 'de kleine risikogroepen'. Deze benadering werd in de loop der jaren steeds minder adequaat. Het aantal abortusingrepen steeg bij migranten van jaar tot jaar. In 1974 behoorde ongeveer 10% van de cliënten tot de migrantengroepen; in 1982 was dit aandeel al toegenomen tot ruim 25% (zoals in § 2.1 is beschreven is dit ook de periode, waarin het aantal migranten in Nederland het sterkst is toegenomen). Door het toenemend beroep dat migranten op de abortuspoliklinieken deden en de behoefte om binnen de groep migranten beter te kunnen differentiëren werd het langzamerhand wenselijk geacht het aantal onderscheiden migrantengroepen in de registratie uit te breiden. Vanaf 1982 werden ten gevolge hiervan Surinaamse en Antilliaanse migranten apart geregistreerd, terwijl tevens onderscheid werd gemaakt tussen Marokkaanse, Turkse en Spaanse migranten. Uit een aparte publikatie (op basis van deze registratie) over 'abortus onder minderheden' (Ketting & Leliveld, 1983b) bleek het gebruik van abortuspoliklinieken door Surinaamse, Antilliaanse

* Hoewel abortusklinieken beschouwd kunnen worden als onderdeel van de tweedelijnsgezondheidszorg, is er in deze studie voor gekozen deze gegevens bij de eerste lijnsgezondheidszorg te behandelen.

Tabel 5.7. Overzicht van studies op het gebied van (de zorg met betrekking tot) geboorteregelend gedrag en migranten

Onderzoek	Onderzoeksgroep	Onderwerp
Sieval, 1976	Turkse vrouwen	opvattingen over anti-conceptie (en abortus)
Ketting & Schnabel, 1978	Surinamers/Antillianen, Mediterranen, overige migranten, Nederlanders	abortus (uitgevoerd in abortuspoliklinieken in 1977)
Ketting, 1982	Surinamers/Antillianen, Mediterranen, overige migranten, Nederlanders	abortus (uitgevoerd in abortuspoliklinieken in 1980)
Ketting & Leliveld, 1983a	Surinamers/Antillianen, Mediterranen, overige migranten, Nederlanders	abortus (uitgevoerd in abortuspoliklinieken in 1982)
Ketting & Leliveld, 1983b	Surinamers, Antillianen, Turken, Marokkanen, Nederlanders	abortus (uitgevoerd in abortuspoliklinieken in 1982)
Schoorl, 1985	Turkse en Marokkaanse vrouwen	gebruik van en opvattingen over anti-conceptie
Sieval, 1985	Turkse vrouwen	opvattingen over anti-conceptie en abortus

en Turkse vrouwen, rekening houdend met het bevolkingsaantal en het percentage vrouwen in de vruchtbare leeftijd, beduidend hoger te liggen dan bij Nederlandse vrouwen. Bij vrouwen van Surinaamse afkomst kwam abortus (per 1000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd) in 1982 ruim 9 maal zovaak voor als onder Nederlandse vrouwen. Ook Antillianen waren oververtegenwoordigd onder de abortuskliënten, maar waarschijnlijk niet zo sterk als Surinamers (omdat in de populatiegegevens van Antillianen in Nederland een verdeling naar leeftijd en geslacht ontbreekt, was het onmogelijk dit cijfer nader te specificeren). Het aantal abortusingrepen (per 1000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd) bij Turkse vrouwen lag in 1982 ongeveer 3 keer zo hoog als bij Nederlandse vrouwen; het cijfer van de Ma-

rokkaanse vrouwen op ongeveer de helft van dat van de Turkse vrouwen. Abortuskliënten van Spaanse afkomst bleken slechts incidenteel voor te komen.

Opvallend was verder dat bijna alle Turkse cliënten ten tijde van de abortus gehuwd waren; voor de Marokkaanse cliënten gold dit voor iets minder dan de helft en voor de Surinaamse en Nederlandse cliënten voor ongeveer een derde. De Antillianen waren voornamelijk ongehuwde alleenwonende begin twintigers. Ook kan nog gewezen worden op het feit dat hoewel het abortuscijfer onder Marokkaanse vrouwen in het algemeen lager lag dan onder Turkse vrouwen, abortus onder jonge Marokkaanse meisjes (≤ 19 jaar) bijna twee keer zoveel voorkwam als onder jonge Turkse meisjes. Oudere Turkse vrouwen (≥ 40 jaar) lieten echter veel frequenter (ongeveer 6 keer zoveel) een abortus uitvoeren dan oudere Marokkaanse vrouwen.

Gezien de gemiddelde duur van de zwangerschap ten tijde van de ingreep konstateren Ketting en Leliveld (1983b) dat Surinaamse en Turkse vrouwen geen extreme problemen ervaren bij de besluitvorming tot abortus of het vinden van de weg naar de hulpverlening. De zwangerschapsvoorgeschiedenis (het aantal eerdere zwangerschappen, het aantal levende kinderen en het aantal eerdere abortus provocatus) wijst er volgens de auteurs op dat abortus voor Turkse vrouwen duidelijk een belangrijke mogelijkheid vormt om de gezinsomvang beperkt te houden. De situatie van de Marokkaanse vrouwen ligt duidelijk anders. De zwangerschapsduur op het moment van abortus lag bij hen gemiddeld hoger dan bij de Turkse vrouwen. Bovendien waren zij in het algemeen minder vaak zwanger geweest, hadden zij minder vaak al meer kinderen en betrof het vaker een eerste abortus. Voor Marokkaanse vrouwen lijkt op basis van deze gegevens, abortus nauwelijks een methode van geboorteregeling te zijn. Het lijkt, volgens de auteurs, eerder een beslissing te zijn die slechts onder extreme omstandigheden wordt genomen.

Over de knelpunten die hulpverleners in de zorg m.b.t. geboortere-

gelend gedrag ervaren in hun contacten met migranten is geen informatie bekend. En evenmin over de mate waarin gebruik wordt gemaakt van officiële tolkdiensten of speciaal voorlichtingsmateriaal.

Ook over de ervaringen van migranten met deze zorg zijn geen gegevens bekend. Wel is er onderzoek gedaan naar de opvattingen van Turkse migrantenvrouwen aangaande anti-conceptie en abortus provocatus (Sieval, 1976 en 1985). In haar eerste onderzoek heeft Sieval met 20 Turkse vrouwen gesproken over de toepassing van anti-conceptie na zwangerschap (Sieval, 1976). Er bleek bij deze vrouwen sprake van een grote behoefte aan anti-conceptiemiddelen. Binnen het huwelijk leken er geen morele of godsdienstige bezwaren tegen anti-conceptie te bestaan. Ook abortus leek slechts door een minderheid van de vrouwen van de hand gewezen te worden. De onderzochte Turkse vrouwen stonden echter wel wantrouwend ten opzichte van een eventuele schadelijke werking van de pil, vooral als dit het verdere nakomelingenschap zou kunnen beïnvloeden. In haar tweede onderzoek bestond de populatie uit ruim 70 Turkse vrouwen (abortuskliënten en zwangeren), in leeftijd variërend van 17 tot 44 jaar (Sieval, 1985). Op basis van gesprekken met deze vrouwen constateert Sieval, dat "family-planning" voor Turkse echtparen in Nederland een normale zaak is. Er bevonden zich in het onderzoek geen vrouwen van 25 jaar of ouder die niet zelf of wier partner niet ooit anti-konceptionele maatregelen hadden genomen. Regulatie van het kindertal (door anti-conceptietoepassing) leek voor de Turkse vrouw c.q. het Turkse echtpaar echter pas actueel te worden, nadat er al een gezin was gevormd en er tenminste één of meer kinderen waren. Zowel onder de zwangeren als onder de abortuskliënten bleken veel weerstanden te bestaan tegen moderne, door de vrouw toe te passen anti-conceptiemiddelen, met name de orale anti-conceptie. Hoewel de vrouwen onderling veel over hun anti-conceptie ervaringen spraken, overheersten in de mondelinge informa-

tieoverdracht de negatieve aspecten van het gebruik van deze middelen door de vrouw. Dit leidde tot een in het algemeen nogal negatieve sfeer rond moderne anti-conceptiemiddelen die voor de vrouw continue toepassing van deze middelen bemoeilijkte, omdat dit voor haar neerkwam op het negeren van haar eigen referentiekader. De meest voorkomende aanleiding tot het optreden van zwangerschap eindigend in een abortus provocatus was het staken van moderne, door de vrouw toe te passen anti-conceptie wegens klachten waarna meestal coitus interruptus of (minder vaak) irrigaties of mechanische anti-conceptie werd toegepast. Gezien deze situatie moet, volgens Sieval, abortus provocatus voor de Turkse vrouw gezien worden als een belangrijke geboorteregende methode naast en als aanvulling op andere methodes.

Tenslotte kan nog worden gewezen op het onderzoek van het Nederlands Interuniversitair Demografisch Instituut (NIDI) onder Turkse en Marokkaanse vrouwen, waar eveneens aandacht wordt besteed aan opvattingen over geboorteregeling. Het rapport van dit onderzoek is echter nog niet verschenen. In een artikel (Schoorl, 1985) wordt hier wel enigszins op vooruitgeblikt. Schoorl constateert, dat het anti-conceptiegebruik van Turkse en Marokkaanse migranten snel gestegen is en momenteel het Nederlandse niveau benadert. De meeste vrouwen uit haar onderzoek konden dan ook één of meer voorzieningen noemen, waar men informatie of hulp op het terrein van de geboorteregeling kan krijgen. De huisarts werd hierbij het meest genoemd (door ruim 90% van de gehuwde vrouwen). Maar ook de gynaecoloog bleek voor ruim een kwart van de vrouwen de persoon bij wie men voor vragen of hulp op het gebied van de geboorteregeling terecht zou kunnen. Andere voorzieningen, zoals bijvoorbeeld een konsultatiebureau voor geboorteregeling of een abortuskliniek werden door de Turkse en Marokkaanse vrouwen niet zo vaak genoemd (door minder dan 5% van de vrouwen). Over mogelijke weerstanden van Turkse (en eventueel ook Marokkaanse) vrouwen tegen moderne door de vrouw toe te passen anti-conceptiemiddelen, zoals die uit

het onderzoek van Sieval (1985) naar voren kwamen, wordt in dit artikel niet gesproken.

Samenvatting:

- informatie over de zorg m.b.t. geboorteregeld gedrag voor migranten beperkt zich voornamelijk tot abortus (Permanente Registratie Abortus Nederland);
- onder Surinaamse, Antilliaanse en Turkse vrouwen komt abortus (per 1000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd) beduidend vaker voor dan onder Nederlandse vrouwen; bij Marokkaanse vrouwen ligt het abortuscijfer lager, maar wel boven dat van Nederlandse vrouwen; Spaanse vrouwen maken slechts incidenteel gebruik van een abortuspolikliniek;
- Surinaamse en Turkse vrouwen lijken geen extreme problemen te ervaren bij de besluitvorming tot abortus of het vinden van de weg naar hulpverlening; abortus vormt voor Turkse vrouwen zelfs een belangrijke mogelijkheid om de gezinsomvang beperkt te houden; voor Marokkaanse vrouwen lijkt abortus eerder een beslissing te zijn die slechts onder extreme omstandigheden wordt genomen;
- over de knelpunten die hulpverleners in de zorg m.b.t. geboorteregeld gedrag ervaren in hun contacten met migranten is geen informatie bekend;
- over de ervaringen van migranten met de zorg met betrekking tot geboorteregeld gedrag zijn evenmin gegevens bekend; er is wel informatie over het anti-conceptiegebruik van Turkse en Marokkaanse migranten en over de opvattingen van deze migranten ten aanzien van anti-conceptie en abortus provocatus; het anti-conceptiegebruik van Turkse en Marokkaanse migranten lijkt momenteel het Nederlandse niveau te benaderen; Turkse en Marokkaanse vrouwen lijken eveneens de weg te weten naar de voorzieningen op dit gebied; desondanks lijken bij Turkse vrouwen (over Marokkaanse vrouwen zijn (nog) geen gegevens

bekend) veel weerstanden te bestaan tegen moderne door de vrouw toe te passen anti-conceptiemiddelen; ten gevolge hiervan lijkt abortus provocatus voor Turkse vrouwen een belangrijke geboorteregelende methode naast en als aanvulling op andere methodes.

5.2.8 Prenatale en verloskundige zorg *

Uit tabel 5.8 blijkt dat er sinds 1980 vrij veel onderzoek is gedaan op het gebied van de verloskundige zorg en migranten. De reikwijdte van dit onderzoek is echter minder groot dan het aantal publikaties doet veronderstellen. Het merendeel van de studies betreft de situatie in Amsterdam. Bovendien zijn een aantal studies op hetzelfde materiaal gebaseerd. Zowel Van Enk e.a. (1982) als Van der Esch e.a. (1983) en Doornbos en Nordbeck (1985) maken bij hun studie gebruik van de verloskundige gegevens uit het Slotervaart ziekenhuis uit de GVR (Gemeenschappelijke Verloskundige Registratie). De publikaties van Nordbeck zijn allen gebaseerd op gegevens van de burgerlijke stand van Amsterdam (Nordbeck, 1982 en Doornbos & Nordbeck, 1985), Den Haag (Nordbeck, 1982 en Nordbeck e.a., 1983) en Utrecht (Nordbeck, 1982). Tenslotte beperkt een aantal studies zich tot ziekenhuisbevallingen (Van Enk e.a., 1982; Van der Kluit-Dijken & Koemeester, 1982 en Van der Esch e.a., 1983). Doornbos en Nordbeck (1985) betrekken in hun onderzoek ook thuisbevallingen maar het merendeel van hun analyses heeft toch betrekking op ziekenhuisbevallingen.

* N.B. Deze paragraaf beperkt zich niet volledig tot de eerstelijnsgezondheidszorg. Uit het oogpunt van overzichtelijkheid is er voor gekozen ook gegevens over de verloskundige zorg, die in ziekenhuizen plaatsvindt, in deze paragraaf op te nemen.

Tabel 5.8. Overzicht van studies die zich richten op de prenatale en verloskundige zorg voor migranten

Onderzoek	Basismateriaal	Onderzoeksgroepen	Plaats
Conen & Krüger, 1980	interviews met hulpverleners	Turken en Marokkanen	Nijmegen
Klop & Scheele, 1981	interviews met migranten, dossiers	Turken en Marokkanen	Rotterdam
De Campos Cardoso, 1982	gegevens van de burgerlijke stand (1981)	Turken, Marokkanen, Spanjaarden, Joegoslaven, Grieken, Italianen, Portugezen, Nederlanders	landelijk
Dingen & Sieval, 1982	baringsverslagen praktijkantenhuis (1977-1978)	Turken en Marokkanen, Nederlanders	Amsterdam
Van Enk e.a., 1982	verloskundige gegevens Slotervaart ziekenhuis (GVR 1973 t/m 1981)	Creolen, Aziaten, Midditerranen, Nederlanders	Amsterdam
Van der Kluit-Dijken & Koemeester, 1982	verloskundige gegevens Wilhelmina-Gasthuis (1979-1980)	Creolen, Aziaten, Zuidouropeanen, Noordafrikanen (inkl. Turken) Nederlanders	Amsterdam
Nordbeck, 1982	gegevens van de burgerlijke stand (1975-1980)	Surinamers, Turken, Marokkanen, Nederlanders	Amsterdam Den Haag Utrecht
Sam e.a., 1982	gegevens van een vroedvrouwenpraktijk (1977 t/m 1981)	Nederlanders, buitenlanders (vnl. Turken, Marokkanen, Surinamers)	Amsterdam
Van der Esch e.a., 1983	verloskundige gegevens Slotervaart ziekenhuis (GVR 1976 t/m 1981)	Creolen, Aziaten, Midditerranen, Nederlanders	Amsterdam
Nordbeck e.a., 1983	gegevens van de burgerlijke stand (1976-1980)	Surinamers, Turken, Marokkanen, Nederlanders	Den Haag
Ankoné & Kaufman, 1984	interviews met migranten	Turken en Marokkanen	Utrecht

Vervolg tabel 5.8

Onderzoek	Basismateriaal	Onderzoeksgroepen	Plaats
Doornbos & Nordbeck, 1985	verloskundige gegevens Slotervaart ziekenhuis + 2 andere ziekenhuizen (GVR 1972 t/m 1982)	Creolen, Aziaten, Mediterranen, Nederlanders	Amsterdam
Doornbos & Nordbeck, 1985	gegevens van de burgerlijke stand (1975-1980)	Surinamers, Turken, Marokkanen, Nederlanders	Amsterdam

Als nu eerst gekeken wordt naar de leeftijd en de pariteit van de zwangere migrantenvrouw valt op dat de leeftijdsspreiding bij migrantenvrouwen groter is dan bij Nederlandse vrouwen en dat multipariteit en grande multipariteit bij hen vaker voorkomen. Doornbos en Nordbeck (1985) stelden bij al hun migrantengroepen (Creolen, Aziaten en Mediterranen) een duidelijk hoger percentage zwangeren onder de twintig jaar vast dan bij Nederlandse vrouwen. Dingen en Sieval (1982) constateerden hetzelfde bij de Turkse en Marokkaanse vrouwen in hun onderzoek. Zij vonden bij deze migrantengroepen tevens een hoger percentage zwangere vrouwen boven de 39 jaar dan bij de Nederlandse vrouwen. Ook Van Enk e.a. (1982) stelden bij Mediterrane vrouwen een hogere zwangerschapsfrequentie boven de 39 jaar vast. Bovendien constateerden zij, evenals Dingen en Sieval (1982), een hoge frequentie van (grande) multipariteit bij Mediterrane (Turkse en Marokkaanse) vrouwen. Ook uit het verslag van Sam e.a. (1982) valt op te maken dat multipariteit bij migranten vaker voorkomt dan bij Nederlandse vrouwen. In dit verband kan ook gewezen worden op de hogere huwelijksvruchtbaarheid van Turkse en Marokkaanse vrouwen in Nederland (onder andere Schoorl, 1983). Hoewel er sinds 1977 sprake is van een daling van de vruchtbaarheid onder Turkse en Marokkaanse vrouwen in Nederland lag het vruchtbaarheidscijfer onder Turkse vrouwen in 1980 nog 2,7 maal en onder Marokkaanse vrouwen nog 3,9 maal zo hoog als onder Neder-

landse vrouwen (Ketting & Leliveld, 1983b).

Wat betreft het gebruik van de prenatale zorg stellen Doornbos en Nordbeck (1985) vast dat migrantenvrouwen, zowel Creolen, Aziaten als Mediterraneanen, zich in het algemeen later aanmelden voor de eerste controle dan Nederlandse vrouwen. Van der Esch e.a. (1983) troffen deze situatie alleen bij de Aziaten en de Mediterraneanen aan en niet bij de Creolen. Dingen en Sieval (1982) konstateren dat een niet onaanzienlijk deel van de Turkse en Marokkaanse vrouwen (ruim een kwart) pas in het derde trimester van de zwangerschap voor de eerste prenatale controle komt. Zij wijzen erop dat hierdoor onderzoek en behandeling soms onmogelijk worden. Conen en Krüger (1980) komen op basis van een aantal gesprekken met hulpverleners op o.a. verloskundig terrein tot een tegengestelde conclusie. In Nijmegen zouden Turkse en Marokkaanse vrouwen zich vaak al snel na het uitblijven van een menstruatie bij hun huisarts melden, voor begeleiding van de zwangerschap (of voor abortus). Over het algemeen zouden de controles bij de polikliniek, huisarts of vroedvrouw ook zeer stipt worden bezocht. Dit laatste korrespondeert wel weer met het Amsterdamse onderzoek. Ook Van der Esch e.a. (1983) konstateren dat migranten (redelijk) trouw de prenatale controles bezochten.

Relatief meer migranten worden gedurende de zwangerschap in het ziekenhuis opgenomen, in het bijzonder de Creolen en de Aziaten (Van Enk e.a., 1982). Wanneer de opname plaatsvindt in de laatste weken van de zwangerschap en duurt tot aan de partus, is er weinig verschil in frekwentie tussen de verschillende groepen, hoewel ook hier de Creolen (de primiparae en de multiparae tesamen) een hoger percentage hebben dan de Nederlandse zwangeren.

Ook wat betreft de plaats van de bevalling zijn er verschillen tussen het Amsterdamse onderzoek en de gegevens uit andere plaatsen. Conen en Krüger (1980) signaleren dat Turkse en Marokkaanse vrouwen in Nijmegen doorgaans in het ziekenhuis bevallen, ofwel op

medische indicatie kosteloos of wel poliklinisch op eigen kosten. Ook Bekhuis e.a. (1977) melden dat vrijwel alle vrouwen van buitenlandse werknemers (in Nijmegen) in het ziekenhuis bevallen. Uit het onderzoek van Nordbeck e.a. (1983) blijkt nog geen 5% van de moeders van Turkse, Marokkaanse of Surinaamse afkomst in Den Haag thuis te bevallen. In Amsterdam bevalt echter bijna de helft van de Turkse en Marokkaanse zwangeren thuis (Doornbos & Nordbeck, 1985). Wel zouden Turkse en Marokkaanse vrouwen die van hun eerste kind moeten bevallen een grotere voorkeur voor een ziekenhuisbevalling hebben (Dingen & Sieval, 1982). Bijna alle Surinaamse zwangeren bevallen in Amsterdam (poli)klinisch, en van de Nederlandse zwangeren ruim 80% (Doornbos & Nordbeck, 1985). Uit landelijke cijfers blijkt, dat Turkse en Marokkaanse vrouwen (en andere niet-Nederlandse vrouwen) in het algemeen een ziekenhuisbevalling verkiezen boven een bevalling thuis (De Campos Cardoso, 1982). Over Surinaamse (en Antilliaanse) vrouwen zijn echter geen landelijke gegevens bekend. De thuisbevallende Turkse en Marokkaanse vrouwen, met name de multiparae, roepen de verloskundige hulp nogal eens laat in (Dingen & Sieval, 1982 en Sam e.a., 1982). Het verloop van de baringen in het ziekenhuis vertoont opmerkelijke verschillen tussen de migrantengroepen en de Nederlandse groep (Nordbeck & Doornbos, 1985). De gemiddelde uitdrijvingsduur van Creoolse primiparae is aanzienlijk korter en deze vrouwen geven dientengevolge een lager percentage vaginale kunstverlossingen te zien. Daarentegen bevallen Creoolse primi- en multiparae vaker per sectio. De groep Aziatische barenden wordt gekenmerkt door een iets langere uitdrijving bij de primiparae en een hogere frequentie van kunstverlossingen in beide pariteitsklassen. De grotere kans op een gekompliceerd verloop van de baring wordt, volgens Nordbeck en Doornbos (1985) volledig verklaard door de relatief ongunstige verhouding tussen het postuur van de moeder en het geboortegewicht van het kind. Mediterrane primiparae hebben, ondanks het gemiddeld zwaardere gewicht van de babies, een gemiddeld kor-

tere uitdrijvingsduur. Na korrektie voor het grote aantal thuisbevallingen in deze groep is de frekwentie van vaginale kunstverlos-singen dezelfde als in de Nederlandse groep, terwijl het percentage sectio's zelfs lager ligt.

Na de geboorte worden Aziatische kinderen vaker opgenomen op de couveuse afdeling. Het verschil met de andere migrantengroepen wordt, volgens Doorbos en Nordbeck, echter geheel verklaard door een hoger percentage opnames om reden van een laag geboortegewicht en hyperbilirubinaemie. De grens van 2500 gram (voor opname op de couveuse afdeling) lijkt toegepast te worden zonder voldoende rekening te houden met het postuur van de moeder.

Tenslotte hebben Doornbos en Nordbeck (1985) ook gekeken naar doodgeboorte en sterfte tijdens of vlak na de bevalling (perinatale sterfte, zie ook hoofdstuk 3). Zij konkluderen dat de perinatale sterfte bij de Creolen duidelijk hoger ligt dan bij de Nederlanders. Uit analyse van de doodsoorzaken kwam echter naar voren dat de verhoogde sterfte veroorzaakt werd door een hogere incidentie van solutio placentae en partus immaturus zonder aanwijsbare oorzaak. De perinatale sterfte bij de Mediterrane en Aziatische groepen was vrijwel gelijk aan die van de Nederlanders. Deze gegevens zijn redelijk vergelijkbaar met die van het onderzoek van Nordbeck e.a. (1983) in Den Haag. De perinatale sterfte bij vrouwen van Surinaamse afkomst lag in Den Haag significant hoger dan bij vrouwen van Nederlandse afkomst. Hoewel de perinatale sterfte bij vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst in Den Haag eveneens hoger lag dan bij vrouwen van Nederlandse afkomst, waren deze verschillen echter niet significant.

Op de knelpunten die hulpverleners in de verloskundige zorg ervaren in hun contacten met migranten wordt in de eerder genoemde onderzoekspublikaties slechts summier ingegaan. Om hier een beter beeld van te krijgen is het noodzakelijk terug te vallen op meer beschouwende publikaties. Zoals ook bij andere vormen van zorg al

gekonstateerd is, lijkt zich het merendeel van de knelpunten vooral bij Turkse en Marokkaanse migranten voor te doen. Ook in de verloskundige zorg ervaren hulpverleners problemen in hun contacten met migranten ten gevolge van de taalbarrière. Voorlichting omtrent zwangerschapscontrole, begeleiding bij de bevalling en nazorg is daardoor moeilijk over te brengen (Zoutewelle, 1983). Ook het afnemen van een verloskundige anamnese is problematisch ten gevolge van de taalproblemen (Conen & Krüger, 1980). Daar komt nog bij dat gegevens over vorige bevallingen van migrantenvrouwen veelal niet op te vragen zijn en door de vrouw zelf verschaft dienen te worden (Verboom-Van Doren, 1980). Over de mate waarin hulpverleners in de verloskundige zorg gebruik maken van (officiële) tolkdiensten zijn geen gegevens bekend, en evenmin over het gebruik van speciaal voorlichtingsmateriaal.

Naast taalproblemen spelen ook in de verloskundige zorg cultuurverschillen een rol. Veel migrantenvrouwen vinden het onprettig om tijdens de bevalling met mannelijke co-assistenten of verpleegkundigen gekonfronteerd te worden (Zoutewelle, 1983). Maar ook het normale onderzoek kan moeilijk zijn. In het algemeen heeft men grote schroom om zich uit te kleden. Het onderzoek van een vrouw door een man wordt als problematisch ervaren en soms afgewezen (Verboom-Van Doren, 1980). Volgens Sieval (1981) wijzen echter steeds minder Turkse (en Marokkaanse) vrouwen een mannelijke arts pertinent af. Het is volgens haar wel zonder meer een groot voordeel als de arts of verloskundige een vrouw is. Het contact loopt dan aanmerkelijk gemakkelijker.

Tenslotte wordt er in de verloskundige literatuur regelmatig op gewezen dat (Turkse en Marokkaanse) migranten vrouwen zich nogal eens laat melden voor de eerste prenatale controle en vaak geen exakte laatste menstruatie-datum kunnen opgeven (o.a. Sieval, 1981 en Amelink-Verburg, 1982). Het zou ook geen uitzondering zijn dat Turkse of Marokkaanse vrouwen zonder eenmaal een controle te hebben ondergaan, zich in partu bij de verloskundige of het zieken-

huis aanmelden (Verboom-Van Doren, 1980). Sommige auteurs wijzen hierbij op de situatie dat het merendeel van de in Nederland verblijvende Marokkaanse en Turkse vrouwen afkomstig is van het platteland en niet gewend is aan prenatale controle (Bartels, 1982 en Zoutewelle, 1983).

Over de ervaringen van migranten met de verloskundige zorg zijn maar beperkte gegevens voorhanden. Klop en Scheele (1981) hebben in hun onderzoek naar sociale aspecten die een rol spelen bij zwangerschap, bevalling en kraambed van migrantenvrouwen in Nederland gesproken met Turkse en Marokkaanse vrouwen. Het verslag van deze studie is echter niet tijdig achterhaald. Ten gevolge hiervan kunnen over deze studie geen nadere gegevens worden verschaft.

Ook Ankoné en Kaufman (1984) hebben in hun onderzoek onder Turkse en Marokkaanse vrouwen in Utrecht aandacht besteed aan zwangerschap en bevalling. Zij konstateren dat de Nederlandse medische begeleiding van zwangere migrantenvrouwen vaak niet aansluit op de gewoonten en behoeften die deze vrouwen hebben. Uit het onderzoek bleek dat de Turkse en Marokkaanse vrouwen vaak het contact verbraken met de verloskundige zorg en met behulp van familie thuis bevielden. Sommigen keerden hiervoor zelfs tijdelijk terug naar het land van herkomst. Ankoné en Kaufman pleiten op grond van deze gegevens voor het inschakelen van gediplomeerde Turkse en Marokkaanse vroedvrouwen die op de hoogte zijn met tradities en gewoonten van de vrouwen. Zij wijzen hierbij op het 'zorgproject allochtone vrouwen', een van de tijdelijke projecten 'werkgelegenheid vrouwen uit minderheden in de zorgsector' gesubsidieerd door het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Over dit project zijn in de literatuur verder geen gegevens gevonden. Wel zijn enkele andere aanpassingen in de verloskundige zorg voor migranten bekend. In het 'Onze Lieve Vrouwe Gasthuis' en het 'Wilhelmina Gasthuis' in Amsterdam heeft een Turks sprekende arts een speciaal Turks spreekuur op de gynaecologische polikliniek gehouden (Sie-

val, 1976). In het evaluatie-onderzoek Tolkencentra (Breuker & De Vries, 1979) wordt gesproken over een gynaecoloog met een vast spreekuur voor migrantenvrouwen in een polikliniek, waarbij altijd een tolk aanwezig is. Tenslotte beschrijft De Berg (1984) een experiment in het Academisch Ziekenhuis in Utrecht waar op de polikliniek Verloskunde speciale voorlichtingsbijeenkomsten worden georganiseerd voor zwangere Turkse en Marokkaanse vrouwen (zie ook § 5.4).

Samenvatting:

- er is sinds 1980 relatief veel onderzoek gedaan op het gebied van de verloskundige zorg en migranten; de reikwijdte van het onderzoek is echter minder groot dan het aantal publikaties doet veronderstellen;
- de leeftijdsspreiding onder zwangere migrantenvrouwen is groter dan onder zwangere Nederlandse vrouwen, bovendien komen bij migrantenvrouwen vaker multipariteit en grande multipariteit voor;
- migrantenvrouwen, met name Turkse, Marokkaanse en Aziatische vrouwen, melden zich in het algemeen later voor de eerste prenatale controle; daarna bezoeken migranten (redelijk) trouw de zwangerschapscontroles;
- migrantenvrouwen, in het bijzonder de Creolen en de Aziaten, worden relatief vaker gedurende de zwangerschap in het ziekenhuis opgenomen;
- Surinaamse vrouwen lijken veelal in het ziekenhuis te bevallen; hoewel dit landelijk gezien ook voor Turkse en Marokkaanse vrouwen geldt, lijken er bij deze migranten plaatselijk grote verschillen te bestaan;
- bij Aziatische vrouwen lijken vaker kunstverlossingen plaats te vinden en bij Creoolse vrouwen vaker keizersneden; Midditerrane vrouwen lijken niet van Nederlandse vrouwen te verschillen wat betreft de frekwentie van kunstverlossingen;

- de perinatale sterfte bij vrouwen van Creoolse afkomst lijkt hoger te liggen dan bij Nederlandse vrouwen; bij Aziatische en Mediterrane vrouwen lijkt de perinatale sterfte vrijwel gelijk te zijn aan die van Nederlandse vrouwen;
- hulpverleners in de verloskundige zorg ervaren problemen in hun contacten met (Turkse en Marokkaanse) migranten ten gevolge van de taalbarrière en kultuurverschillen;
- over de mate waarin hulpverleners in de verloskundige zorg gebruik maken van (officiële) tolkdiensten of speciaal voorlichtingsmateriaal zijn geen gegevens bekend;
- over de ervaringen van migranten met de verloskundige zorg zijn maar beperkte gegevens beschikbaar; op grond van deze gegevens lijkt de verloskundige zorg minder goed aan te sluiten op de gewoonten en behoeften van Turkse en Marokkaanse migrantenvrouwen.

5.2.9 Kraamzorg

In de inventarisatie voor deze studie zijn geen specifieke publikaties over de kraamzorg en migranten aangetroffen. Wel wordt in enkele verloskundige publikaties ingegaan op het gebruik dat migranten maken van de kraamzorg. In het algemeen beperken deze publikaties zich tot Turkse en Marokkaanse migranten. Alleen in het onderzoek van Doornbos en Nordbeck (1985) wordt ook apart aandacht geschonken aan Surinaamse migranten. De thuisbevallende Surinaamse vrouwen in hun onderzoek maakten in redelijke mate gebruik van de kraamzorg. Ruim tweederde van hen beschikte over professionele kraamzorg na de bevalling. De thuisbevallende Nederlandse vrouwen waren nog beter verzorgd. Bijna 90% van hen werd thuis door de kraamzorg geholpen. Van de thuisbevallende Turkse en Marokkaanse vrouwen maakte echter nog niet de helft gebruik van de diensten van de kraamverzorgster of kraamverpleegster. Dit beeld komt ook

uit de andere studies naar voren. In het onderzoek van Dingen en Sieval (1982) had eveneens nog niet de helft van de thuisbevallende Turkse en Marokkaanse vrouwen een professioneel verzorgd kraambed. Sam e.a. (1982) wijzen erop dat migrantenvrouwen vaker door de vroedvrouw gecontroleerd moesten worden, omdat slechts ongeveer 40% van hen kraamverzorging had. In het onderzoek van Ankoné en Kaufman (1984) wordt opgemerkt dat geen enkele respondente (de onderzoekspopulatie bestond uit Marokkaanse en Turkse vrouwen) melding maakte van het gebruik van kraamhulp (via de kruisvereniging). Zoutewelle (1983) signaleert dat Turkse en Marokkaanse vrouwen tijdens het kraambed vrijwel altijd hulp van andere vrouwen hebben. Zij zouden daardoor het nut van officiële kraamhulp, die bovendien nog geld kost, niet inzien. Amelink-Verburg (1982) suggereert dat het geringe gebruik van de kraamzorg door Turken en Marokkanen samen zou hangen met de onbekendheid van deze migrantengroepen met de preventieve gezondheidszorg.

Over de knelpunten die kraamverzorgsters en kraamverpleegkundigen in hun kontakten met migranten ervaren, en de ervaringen van migranten met de kraamzorg zijn geen gegevens bekend.

Samenvatting:

- specifieke publikaties over de kraamzorg en migranten ontbreken; wel wordt in enkele verloskundige publikaties hierop ingegaan;
- Surinaamse vrouwen lijken in redelijke mate gebruik te maken van de kraamzorg, hoewel (nog) niet zo intensief als Nederlandse vrouwen; Turkse en Marokkaanse vrouwen lijken slechts in geringe mate gebruik te maken van professionele kraamverzorging; mogelijkteerwijs spelen financiële argumenten en/of twijfel omtrent het nut van de kraamzorg en/ of de onbekendheid met preventieve zorg hierbij een rol;
- over de knelpunten die hulpverleners in de kraamzorg in hun kontakten met migranten ervaren, en de ervaringen van migranten met de kraamzorg is geen informatie bekend.

5.3 Intramurale gezondheidszorg

5.3.1 Ziekenhuiszorg

Er zijn maar betrekkelijk weinig onderzoekspublikaties bekend die zich specifiek richten op de ziekenhuiszorg en migranten. Als zodanig kunnen genoemd worden het onderzoek van Bedaux en Van der Zijde (1980) naar de psycho-sociale hulpverlening aan Turken en Marokkanen in het Academisch Ziekenhuis in Utrecht en het onderzoek van Verspaandonk (1982) naar de problematiek van het zieke buitenlandse (Turkse en Marokkaanse) kind dat opgenomen wordt of is in het Nederlands ziekenhuis. Ook de verloskundige studies op basis van ziekenhuisgegevens* kunnen hiertoe gerekend worden (onder andere Van Enk e.a., 1982; Van der Esch e.a., 1983 en Doornbos & Nordbeck, 1985). In andere onderzoekspublikaties wordt ook wel aandacht besteed aan de ziekenhuiszorg, zij het in het algemeen slechts zijdelings (o.a. Werkgroep buitenlandse arbeiders, 1975; Dedeoğlu, 1980; Nijhuis e.a., 1982 en Kuiper e.a., 1985). Tenslotte zijn er nog de publikaties van de werkgroep hulpverlening aan buitenlandse patiënten (1982a, 1982b en 1983) en enkele meer beschouwende artikelen (o.a. Dinçelek-Lettinga, 1980; Wolvius, 1981 en Kagie, 1982).

Voor een overzicht van de onderzoekspublikaties wordt verwezen naar tabel 5.9.

* Op deze publikaties wordt in deze paragraaf slechts zijdelings ingegaan. Voor een uitgebreidere bespreking wordt verwezen naar § 5.2.8.

Over de mate waarin migranten gebruik maken van de ziekenhuiszorg zijn geen algemene gegevens beschikbaar. De Stichting Medische Registratie (SMR) legt wel diagnoses en behandelingen van ziekenhuispatiënten vast, maar maakt hierbij geen onderscheid naar nationaliteit. In onderzoek wordt wel aandacht geschonken aan ziekenhuisopnamen van migranten, maar deze gegevens zijn niet altijd even informatief. Zowel de Werkgroep buitenlandse arbeiders (1975), als Bekhuis e.a. (1977) en Dedeoğlu (1980) hebben hun respondenten gevraagd naar eventuele ziekenhuisopnamen. De gegevens van de Werkgroep buitenlandse arbeiders (1975) en Dedeoğlu (1980) zijn echter van weinig betekenis omdat zij maar één migrantengroep in hun onderzoek betrokken hebben en een Nederlandse controlegroep ontbreekt. Bovendien zijn de gegevens niet onderling vergelijkbaar omdat Dedeoğlu (1980) zijn respondenten naar opnamen gedurende het laatste jaar gevraagd heeft, en de Werkgroep buitenlandse arbeiders (1975) naar ziekenhuisopnamen sinds men in Nederland was. Dit laatste is ook het geval bij Bekhuis e.a. (1977). Hoewel zij meer migrantengroepen in hun onderzoek hebben opgenomen (ook in dit onderzoek ontbreekt een Nederlandse controlegroep) zijn door verschillen in verblijfsduur (waar in het onderzoek niet op gekorrigeerd wordt) de gegevens van de verschillende migrantengroepen toch niet te vergelijken. Meer informatie bieden de verloskundige studies en de onderzoekingen van Nijhuis e.a., 1982 en Kuiper e.a., 1985. Uit het onderzoek van Doornbos en Nordbeck (1985) blijkt dat Surinaamse vrouwen in Amsterdam vaker voor een ziekenhuisbevalling kiezen dan Nederlandse vrouwen, en Turkse en Marokkaanse vrouwen minder vaak. In Nijmegen en Den Haag daarentegen zouden Turkse en Marokkaanse vrouwen vrijwel allemaal in het ziekenhuis bevallen (Bekhuis e.a., 1977; Conen & Krüger, 1980 en Nordbeck e.a., 1983). Landelijke cijfers laten eveneens een sterkere voorkeur van Turkse en Marokkaanse vrouwen (en andere niet-Nederlandse vrouwen) voor een ziekenhuisbevalling zien (De Campos

Tabel 5.9. Overzicht van studies, waarin aandacht wordt besteed aan de ziekenhuiszorg en migranten

Onderzoek	Onderzoeksgroep	Onderwerp
Werkgroep buitenlandse arbeiders, 1975	Turkse werknemers	ervaringen met de ziekenhuiszorg
Vervoersbond CNV, 1976	Turkse werknemers	ervaringen met de ziekenhuiszorg
Bekhuis e.a., 1977	Turken, Marokkanen, Italianen, Grieken, Spanjaarden, Joegoslaven	ervaringen met de ziekenhuiszorg
Breuker & De Vries, 1979	specialisten, verplegend personeel, maatschappelijk werkers	taal- en communicatieproblemen in de zorgverlening aan buitenlanders, gebruik tolkenhulp
Bedaux & Van der Zijde, 1980	artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, etc.	psychosociale hulpverlening aan Turken en Marokkanen in het ziekenhuis
Dedeoğlu, 1980	Turken	ervaringen met de ziekenhuiszorg
De Campos Cardoso, 1982	Turken, Marokkanen, Spanjaarden, Joegoslaven, Grieken, Italianen, Portugezen Nederlanders	ziekenhuisbevallingen
Van Enk e.a., 1982	Creolen, Aziaten, Mediteranen, Nederlanders	ziekenhuisbevallingen
Van der Kluit-Dijken & Koemeester, 1982	Creolen, Aziaten, Mediteranen, Nederlanders	ziekenhuisbevallingen
Nijhuis e.a., 1982	Surinamers/Antillianen, Turken, Marokkanen, Nederlanders (0-4 jaar)	ziekenhuisopnamen wegens rachitis
Verspaandonk, 1982	kinderartsen, verpleegkundigen, etc.	communicatieproblemen in de zorgverlening aan buitenlandse (Turkse en Marokkaanse) kinderen
Van der Esch e.a., 1983	Creolen, Aziaten, Mediteranen, Nederlanders	ziekenhuisbevallingen

Vervolg tabel 5.9

Onderzoek	Onderzoeksgroep	Onderwerp
Doornbos & Nordbeck, 1985	Creolen, Aziaten, Mediteranen, Nederlanders	ziekenhuisbevallingen
Kuiper e.a., 1985	Surinamers/Antillianen, Turken, Marokkanen, overige buitenlanders, Nederlanders (0-4 jaar)	aantal ziekenhuisopnamen

Cardoso, 1982). Ziekenhuisopnamen tijdens de zwangerschap komen in Amsterdam bij migranten, met name Creolen en Aziaten, vaker voor dan bij Nederlanders (Van Enk e.a., 1982).

Uit het onderzoek van Nijhuis e.a. (1982) naar het voorkomen van rachitis in Den Haag blijkt dat migrantenkinderen (0-4 jaar) vaker in het ziekenhuis worden opgenomen voor rachitis dan Nederlandse kinderen. Ondanks deze verhoogde ziekenhuisopname voor rachitis lijken migrantenkinderen in Den Haag in het algemeen toch niet vaker in het ziekenhuis te liggen dan Nederlandse kinderen. Kuiper e.a. (1985) hebben in hun onderzoek naar het gebruik van voorzieningen in de jeugdgezondheidszorg (0-4 jaar) in Den Haag ook gekeken naar ziekenhuisopnamen. Zij konstateren, dat het opnamepercentage van de migrantenkinderen nauwelijks verschilt van dat van de Nederlandse kinderen.

In tijdschrift- en krantenartikelen wordt gesignaleerd dat migranten(kinderen) eerder in het ziekenhuis worden opgenomen dan Nederlanders en vaak ook langer in het ziekenhuis blijven. Kagie (1982) beschrijft in zijn artikel over 'buitenlanders in onze ziekenhuizen' een gesprek met een maatschappelijk werkster, werkzaam in een ziekenhuis. Zij beweert dat het vaak gebeurt dat een buitenlander die zich niet goed in de Nederlandse taal weet uit te drukken in het ziekenhuis wordt opgenomen, terwijl met een beetje meer moeite van de arts de klacht ook poliklinisch behandeld had kunnen worden. In Vrij Nederland (Buitenlandse kinderen, 1983) merkt een

kinderarts op dat hij bij diarree en spugen eerder geneigd is een buitenlands kind in het ziekenhuis op te nemen dan een Nederlands kind, omdat het vaak erg moeilijk is om met de ouders een dieet af te spreken. Volgens een geneesheer-direkteur in de Haagsche Courant (Kraayeveld, 1981) liggen buitenlandse kinderen gemiddeld langer in het ziekenhuis omdat de overgang naar huis, andere voeding, andere slaapgewoonten, naar andere sociale omstandigheden, voor een genezend kind te groot is.

In de onderzoeksliteratuur worden voor deze stelling ook wel aanwijzingen gevonden. Verspaandonk (1982) kreeg op zijn vraag aan personeelsleden van een kinderziekenhuis of buitenlandse kinderen eerder opgenomen werden zowel bevestigende als ontkennende antwoorden. Als factoren die tot een eerdere opname leidden, werden o.a. genoemd: een onduidelijk ziektebeeld, het nuchter zijn voor onderzoeken en de thuissituatie van het kind. Op sommige afdelingen had men echter de indruk dat buitenlandse kinderen juist later werden opgenomen. Ook ten aanzien van een eventuele latere ontslagdatum voor buitenlandse kinderen waren de antwoorden niet eenduidig. Wel overheerste de indruk dat buitenlandse kinderen inderdaad vaak pas later uit het ziekenhuis ontslagen werden. Bedaux en Van der Zijde (1980) constateerden dat artsen weinig vertrouwen in het medicijngebruik van Turkse en Marokkaanse migranten hadden, en hen dientengevolge nogal eens langer in het ziekenhuis hielden (bijvoorbeeld bij pillenkuren waarbij het nauwgezet innemen van essentieel belang is).

Ook in de ziekenhuiszorg ervaren hulpverleners knelpunten in hun contacten met migranten ten gevolge van taal- en cultuurverschillen. Verspaandonk (1982) heeft uitgebreid onderzoek gedaan naar het optreden van communicatieproblemen bij de opname en de verzorging van buitenlandse (Turkse en Marokkaanse) kinderen in het ziekenhuis. Hij signaleert een groot aantal terreinen waarop de zorgverlening aan deze kinderen in het ziekenhuis bemoeilijkt wordt

door kommunikatieproblemen (o.a. de voorbereiding van de opname, het opnemen van de anamnese, de opname zelf en het uitleggen van ziekten en onderzoek). Ook in de publikaties van Bedaux en Van der Zijde (1980) en de Werkgroep hulpverlening aan buitenlandse patiënten (1982a, 1982b en 1983) worden regelmatig taalproblemen genoemd. Sommige sectoren van de medische behandeling zouden zelfs niet toegankelijk zijn voor Turken en Marokkanen omdat ze een grote mate van taalbeheersing vereisen en de instructies nauwkeurig opgevolgd moeten worden (Bedaux & Van der Zijde, 1980). Over de mate waarin hulpverleners in de ziekenhuiszorg gebruik maken van officiële tolkdiensten en/of speciaal voorlichtingsmateriaal bestaan geen systematische gegevens. Verspaandonk (1980) verschaft in zijn onderzoek hier wel enige informatie over, maar omdat hij op zijn enquêtes slechts gering respons heeft gekregen, zijn deze gegevens niet te generaliseren. Uit het grote aantal kinderartsen dat aangaf weleens gebruik te maken van officiële tolkdiensten (70 van de 75) lijkt echter wel gekonkludeerd te kunnen worden dat in de ziekenhuiszorg frekwenter dan in vele andere sectoren van de gezondheidszorg officiële tolkdiensten worden ingeschakeld. Ook kan hierbij gewezen worden op het experiment met de luidsprekende telefoons in het Academisch Ziekenhuis in Utrecht (Werkgroep hulpverlening aan buitenlandse patiënten, 1983). Hoewel in dit ziekenhuis al vele jaren frekwent gebruik gemaakt werd van beroepstolken, deden zich nog veel situaties voor waarin het taalverschil een barrière vormde voor het contact tussen hulpverlener en buitenlandse patiënt. Op voordracht van de werkgroep startte een proefproject waarbij met enkele luidsprekende telefoons werd geëxperimenteerd. Ten gevolge van het succes van het project zijn nu op grotere schaal luidsprekende telefoons in het ziekenhuis ingevoerd.

Problemen ten gevolge van cultuurverschillen doen zich vooral voor op het gebied van de voeding, het lichamelijk onderzoek (van de vrouw) en het ziekenbezoek. Migrantenvrouwen zijn in het algemeen een

andere voeding gewend dan Nederlanders. Bovendien mogen Islamitische patiënten om geloofsredenen geen varkensvlees eten en Hindoeïstische patiënten geen rundvlees. In sommige ziekenhuizen heeft men dit probleem opgelost door buitenlandse koks aan te stellen (Kagie, 1982). In andere ziekenhuizen laat men de Nederlandse koks buitenlandse gerechten bereiden (Werkgroep hulpverlening aan buitenlandse patiënten, 1983). Het komt echter ook nog wel voor dat buitenlandse patiënten in het ziekenhuis Nederlands voedsel krijgen voorgezet (Kagie, 1982).

Zoals ook al in de eerstelijnsgezondheidszorg aan bod is geweest (§ 5.2) vinden sommige migrantenvrouwen het onaanvaardbaar om door een mannelijke arts lichamelijk onderzocht te worden. In het ziekenhuis heeft men ook wel te maken met de situatie dat migrantenvrouwen niet gewassen willen worden door mannelijke verplegers (Dinçelek-Lettinga, 1980).

Ook de wijze waarop (Turkse en Marokkaanse) migranten met ziekenbezoek omgaan, levert nogal eens problemen, en soms zelfs irritaties op (Bedaux & Van der Zijde, 1980). De regel om het aantal bezoekers beperkt te houden en het bezoek aan de patiënt op bepaalde uren te laten plaatsvinden wordt door hen nogal eens overtreden. Ook gebeurt het wel dat bezoek eten voor de patiënt meeneemt, terwijl deze op dieet is (Wolvius, 1981).

Over de ervaringen van migranten met ziekenhuiszorg zijn de gegevens beperkter, en met name toegespitst op Turken. In vier onderzoeken (Werkgroep buitenlandse arbeiders, 1975; Vervoersbond CNV, 1976; Bekhuis e.a., 1977 en Dedeoğlu, 1980) en een artikel (Dinçelek-Lettinga, 1980) wordt hier aandacht aan besteed. De meest uitgebreide informatie is te vinden bij Bekhuis e.a. (1977). Uit hun onderzoek blijkt dat het merendeel van de in het ziekenhuis opgenomen migranten voor hun opname de polikliniek bezochten. Opvallend was dat slechts een kleine minderheid van de migranten (iets minder dan 10%) aangaf het problematisch te hebben gevonden

om zijn klacht duidelijk te maken aan de arts op de polikliniek. Toch wordt hierbij slechts zelden gesproken over het inschakelen van tolken. In het merendeel van de gevallen konden de arts en de patiënt elkaar verstaan of waren de klachten duidelijk waarneembaar. Het merendeel van de migranten was ook tevreden over de behandeling door de arts en het verplegend personeel tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Specifieke problemen deden zich met name voor op het gebied van de voeding: het eten was niet aangepast aan de gewoonten van de migrant of men kreeg eten dat men niet mocht hebben (varkensvlees).

Ook de Turkse werknemers uit het onderzoek van de werkgroep buitenlandse arbeiders (1975) waren in het algemeen tevreden over de behandeling door de arts en het verplegend personeel. Degenen die hier minder tevreden over waren vonden dat ze minder aandacht kregen dan Nederlanders en dat de specialist hen niet begreep of als kind behandelde. Volgens de helft van de respondenten werd in het ziekenhuis, indien nodig, een tolk ingeschakeld. De anderen hadden dat niet meegemaakt.

In het onderzoek van de Vervoersbond CNV (1976) uitten de Turkse werknemers (van de NS) zich eveneens positief over de behandeling in het ziekenhuis. Alleen ten aanzien van de beschikbaarheid van tolken en het voedsel werd enig voorbehoud gemaakt.

De Turkse migranten uit het onderzoek van Dedeoğlu (1980) waren in het algemeen minder tevreden over de behandelende arts in het ziekenhuis. Redenen worden hierbij niet genoemd. Ziekenhuisverpleegkundigen werden echter hogelijk geprezen.

Dinçelek-Lettinga (1980) tenslotte beschrijft in haar artikel een gesprek met een lid van de werkgroep Gezondheidszorg Buitenlanders uit Breda. Deze werkgroep bezoekt migranten die kortgeleden in het ziekenhuis hebben gelegen om hun te vragen naar hun ervaringen. In het algemeen lijkt het niet of onvoldoende inschakelen van tolken een groot probleem te zijn. De meeste migranten waren in het ziekenhuis niet op de hoogte gesteld van het feit dat ze gebruik kon-

den maken van een tolkvoorziening. Toch hadden de meeste migranten tijdens hun verblijf in het ziekenhuis behoefte gehad aan de hulp van een tolk. De meeste klachten van migranten hadden betrekking op de behandeling door de specialist. Men kreeg Nederlandse briefjes van de specialist mee, die niet vertaald waren en waarbij niet gevraagd was of men ze had begrepen. Ook diëten kregen migranten onvertaald mee naar huis. Gekonkludeerd werd dat de hulpmiddelen, die het Buro voorlichting gezondheidszorg buitenlanders ontwikkeld heeft, nauwelijks werden gebruikt.

Samenvatting:

- er zijn betrekkelijk weinig onderzoekspublikaties bekend die zich specifiek richten op de ziekenhuiszorg en migranten;
- over de mate waarin migranten gebruik maken van de ziekenhuiszorg zijn geen algemene gegevens beschikbaar;
- Surinaamse vrouwen lijken vaker in het ziekenhuis te bevallen dan Nederlandse vrouwen; hoewel dit landelijk gezien ook voor Turkse en Marokkaanse vrouwen geldt, lijken er bij deze migranten plaatselijk grote verschillen te bestaan;
- bij migrantenkinderen (0-4 jaar) lijkt er sprake te zijn van een verhoogde ziekenhuisopname voor rachitis; dit lijkt echter niet te leiden tot een hoger percentage ziekenhuisopnamen in het algemeen;
- er zijn aanwijzingen dat migranten (kinderen) sneller in het ziekenhuis worden opgenomen dan Nederlanders en vaak ook langer in het ziekenhuis verblijven;
- ook in de ziekenhuiszorg hebben hulpverleners in hun contacten met migranten problemen ten gevolge van taal- en cultuurverschillen (voeding, lichamelijk onderzoek, ziekenbezoek);
- over de mate waarin hulpverleners in de ziekenhuiszorg gebruik maken van officiële tolken en/of speciaal voorlichtingsmateriaal bestaan geen algemene gegevens; de indruk is dat in de ziekenhuiszorg frekwenter dan in vele andere

- sectoren van de gezondheidszorg gebruik gemaakt wordt van officiële tolkdiensten;
- over de ervaringen van migranten met de ziekenhuiszorg zijn slechts beperkte gegevens beschikbaar;
 - migranten lijken in het algemeen tevreden te zijn met de behandeling van het verpleegkundig personeel, over de behandeling door de arts in het ziekenhuis lijken migranten echter minder tevreden; tolken lijken in het ziekenhuis (ondanks een waarschijnlijk frequenter gebruik dan in vele andere sectoren van de gezondheidszorg) in een te beperkte mate te worden ingeschakeld bij de zorgverlening aan migranten en speciaal voorlichtingsmateriaal lijkt in een te geringe mate te worden gebruikt.

5.3.2 Verpleeghuiszorg

In de inventarisatie voor deze studie zijn geen publikaties gevonden op het gebied van de verpleeghuiszorg en migranten. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn, dat migranten slechts incidenteel in verpleeghuizen worden opgenomen. Gegevens hierover ontbreken echter. Dat zich in de zorgverlening aan migranten in verpleeghuizen geen problemen zouden voordoen, ligt, gezien de eerder in dit hoofdstuk vermelde gegevens, niet voor de hand.

5.4 Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (gvo)

Een overzicht van de studies, die zich bezig houden met de gezond-

* Hoewel gvo meer inhoudt dan voorlichting alleen, globaal genomen gaat het bij gvo altijd om het beïnvloeden van het menselijk gedrag in relatie tot de gezondheid (Bergshoeff, 1984), is uit praktische overwegingen gekozen om in deze paragraaf ook publikaties te behandelen die zich richten op beperktere vormen van voorlichting aan migranten.

heidsvoorlichting (en -opvoeding) voor migranten wordt gegeven in tabel 5.10. Hieruit blijkt, dat sinds 1980 relatief veel onderzoekspublikaties op dit gebied zijn verschenen en, wat betreft de migrantengroepen, de nadruk ligt op Turken en Marokkanen.

Tabel 5.10. Overzicht van studies die zich richten op de gezondheidsvoorlichting (en -opvoeding) voor migranten

Onderzoek	Onderwerp	Migrantengroepen
Van Burg, 1980	geslachtsziekte	Turken en Marokkanen
Lagerwaard & Visser, 1981	gvo in het basisonderwijs	Spanjaarden, Portugezen, Turken en Marokkanen
Baggerman, 1982	gvo in het basisonderwijs (projekt tandzorg)	Turken
Baltussen, 1982	jeugdgezondheidszorg	Turken
Spruit & Van der Kruik, 1982	apothekerszorg	Turken en Marokkanen
Verspaandonk, 1982	ziekenhuiszorg (kinderafdeling)	Buitenlanders (Turken en Marokkanen)
Crombach & Selter, 1983	tuberculose	Turken en Marokkanen
Van Heesch, 1983	tandartsenzorg	Turken en Marokkanen
Instituut voor Sociale communicatie en Marktonderzoek, 1983	afbeeldingen in voorlichtingsfolders	Turken en Marokkanen
Parent, 1983	gvo algemeen	Turken en Marokkanen
Werkgroep GVO voor etnische groeperingen, 1983	rachitis	Surinamers, Turken en Marokkanen
Den Braven & Oskam, 1984	voorlichtingskassettes	Buitenlanders
Van Duppen & Kösters, 1984	afbeeldingen in een voorlichtingsfolder m.b.t. cara	Turken en Marokkanen
Stichting Research voor Beleid, 1984	afbeeldingen in voorlichtingsfolders	Turken en Marokkanen, Nederlanders

Een vijftal publikaties betreft onderzoeken naar de mogelijkheden van gvo-activiteiten voor migranten naar aanleiding van gezondheidsproblemen en/of knelpunten in de zorgverlening.

Het gaat hierbij om:

- het vóórkomen van geslachtsziekten bij migranten en het ontbreken van speciaal voorlichtingsmateriaal voor deze groep (Van Burg, 1980);
- de problemen in de gezondheidszorg in het algemeen en in de jeugdgezondheidszorg in het bijzonder, die een optimaal functioneren van de voorzieningen voor buitenlandse gezinnen belemmeren (Baltussen e.a., 1982);
- de prevalentie en incidentie van tuberculose onder Turken, Marokkanen, Kaap-Verdianen en Pakistani (Crombach & Selter, 1983);
- de slechte gebitstoestand van Turkse en Marokkaanse kinderen; het ontbreken van (kennis over) een goede gebitsverzorging en voor het gebit gezonde voeding bij deze migranten; en de onbekendheid met de regels die het ziekenfonds hanteert met betrekking tot de tandarts (Van Heesch, 1983);
- de minder goede gezondheid van Turkse en Marokkaanse migranten in vergelijking met Nederlanders, zoals die tot uitdrukking komt in de landelijke mortaliteitsgegevens (Parent, 1983).

Als algemeen probleem met betrekking tot de voorlichting aan (Turkse en Marokkaanse) migranten komt uit deze studies naar voren het hoge percentage (semi)analfabeten onder deze groep. Hierdoor zouden (Turkse en Marokkaanse) migranten minder geschikt zijn voor (massale) schriftelijk benadering. Wel lijkt het onder bepaalde voorwaarden mogelijk schriftelijk materiaal als ondersteuning van mondelinge voorlichting te gebruiken (Van Heesch, 1983). Dit zou dan kunnen dienen als naslagwerk.

Als alternatieven voor een schriftelijke benadering worden in de studies onder andere genoemd: voorlichting via de speciaal voor

migranten opgezette radio- en televisieprogramma's, het vertonen van diaserie's of videofilms in wachtkamers van huisartsen, konsultatiebureau's etc. en het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten.

In enkele studies wordt er op gewezen, dat het nuttig zou kunnen zijn om migranten zelf of organisaties van migranten bij de voorlichting te betrekken (onder andere Van Burg, 1980 en Parent, 1983). Het gaat hierbij vooral om personen of organisaties die het vertrouwen van de migrantengemeenschap hebben. Bij het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten zou ook gebruik gemaakt kunnen worden van al bestaande activiteiten (bijvoorbeeld taal- en naailessen) of van wijk- en buurthuizen, die al contacten met migranten hebben (Baltussen e.a., 1982 en Parent, 1983).

Vermeldenswaardig is tenslotte nog het voorstel van Van Heesch (1983) om tandartsen op een avond hun Turkse en/of Marokkaanse patiënten te laten uitnodigen en met behulp van een tolk voorlichting te laten geven over belangrijke onderwerpen met betrekking tot de tandarts en de tandheelkundige verzorging.

Van de hierboven genoemde studies is in het algemeen niet bekend of ze ook werkelijk geleid hebben tot gvo-activiteiten. Uit de literatuur zijn wel enkele andere experimenten bekend.

Het gaat hierbij om de volgende projecten:

- groepsvoorlichting aan buitenlandse vrouwen op konsultatiebureau's voor zuigelingen en kleuters van de GG en GD in Amsterdam (Meyer, 1983);
- groepsvoorlichting aan zwangere Turkse en Marokkaanse vrouwen in het Academisch Ziekenhuis in Utrecht (De Berg, 1984);
- voorlichting door middel van een geluid-dia-serie in een huisartsenpraktijk in Den Haag (Werkgroep GVO voor etnische groeperingen, 1983).

Over het experiment in Amsterdam kunnen geen verdere gegevens verschaft worden, omdat de betreffende publikatie (Meyer, 1983) niet

tijdig achterhaald is.

Het experiment in Utrecht betreft een gezamenlijk projekt van de Werkgroep hulpverlening aan buitenlandse patiënten (zie ook § 5.3.1) en enkele verloskundigen van het Academisch Ziekenhuis in Utrecht (De Berg, 1984). De aanleiding tot het projekt vormden de problemen in de prenatale en verloskundige hulpverlening aan Turkse en Marokkaanse vrouwen. Door middel van het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten hoopte men de relatie tussen de hulpverleensters en de Turkse en Marokkaanse patiënten te verbeteren, waardoor enerzijds de patiënten beter voorbereid zouden kunnen bevallen en anderzijds de hulpverleensters beter met deze patiënten om zouden kunnen gaan. In het algemeen waren zowel de Turkse en de Marokkaanse vrouwen als de verloskundigen positief over de bijeenkomsten. Van een echte evaluatie met de Turkse en Marokkaanse vrouwen is echter door tijdgebrek niets gekomen. Na afloop van het experiment is besloten deze vorm van voorlichting te continueren en op te nemen als vast onderdeel van de werkzaamheden van het team van verloskundigen op de polikliniek verloskunde.

Het experiment in Den Haag werd uitgevoerd in het kader van een anti-rachitis-campagne. Hierbij werd in een wachtkamer van een huisarts, die een groot aantal migranten onder zorg had, een geluid-dia-serie vertoond, waarin voorlichting werd gegeven over rachitis en vitamine AD. De doelgroep van deze voorlichting vormden de Turkse, Marokkaanse en Surinaamse migranten. Twee maanden na afloop van het experiment is onderzoek gedaan naar de effecten van de voorlichting (Werkgroep GVO voor etnische groeperingen, 1983). Hieruit bleek, dat de migranten, die de diaserie gezien hadden, significant meer vragen over rachitis goed wisten te beantwoorden dan de migranten, die de voorlichtingsdia's niet gezien hadden. Korrektie op verblijfsduur in Nederland leverde geen belangrijke verschillen op. Ook hadden de eerstgenoemden vaker vitamine AD in huis, maar dit verschil was echter niet significant. Tenslotte werd bij de blootgestelde groep het middel (vitamine AD)

vaker op een korrekte wijze gedoseerd en dit verschil was wel weer significant.

Aan de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in het basisonderwijs wordt in twee studies aandacht besteed (Lagerwaard & Visser, 1981 en Baggerman, 1982; zie tabel 5.10). Uit beide studies blijkt, dat het betrekken van ouders van migrantenkinderen bij het gvo-onderwijs op de basisschool het grootste knelpunt is. De door Lagerwaard en Visser (1981) geïnterviewde migranten (ouders van kinderen uit het kleuter- en basisonderwijs) onderschreven vrijwel unaniem de stelling, dat de opvoeding tot gezond gedrag op school en thuis op elkaar afgestemd moeten zijn. Zij gaven echter ook te kennen, dat zij slechts in geringe mate een bijdrage aan het gezondheidsonderwijs zouden kunnen leveren. Als redenen hiervoor werden vooral de taalbarrière en de geringe kennis op dit terrein genoemd. Hierbij moet echter wel worden opgemerkt, dat de generaliseerbaarheid van dit onderzoek onder andere ten gevolge van een geringe respons beperkt is.

Baggerman (1982) beschrijft in haar rapport onder andere het gvo-project "tandzorg" op een concentratieschool in Nijmegen, waar vooral veel Turkse leerlingen zitten. In het kader van dit project werd een speciale bijeenkomst georganiseerd voor de ouders van de Turkse kinderen. Van de vierentwintig uitgenodigde ouderparen verschenen er slechts zeven op deze bijeenkomst. De uitnodigingen waren echter slechts in twee gevallen ondersteund door een huisbezoek.

Ouders van migrantenkinderen lijken in het algemeen weinig problemen te hebben met onderwerpen voor het gvo-onderwijs als voeding, veiligheid, hygiëne en lichaamsbeweging. Het onderwerp "sexualiteit" ligt echter moeilijker. Met name bij de ouders van Turkse kinderen lijken bezwaren te bestaan tegen het aan de orde stellen van dit onderwerp in het gvo-onderwijs op de basisschool (Lagerwaard & Visser, 1981).

Tenslotte zijn er nog de studies met betrekking tot het voorlichtingsmateriaal van het Bureau voorlichting gezondheidszorg buitenlanders (onder andere Verspaandonk, 1982; Instituut voor Sociale Kommunikatie en Marktonderzoek, 1983 en Den Braven & Oskam, 1984). Ter overbrugging van de communicatieproblemen in de praktijk van de zorgverlening heeft het Bureau op vele gebieden voorlichtingsmateriaal ontwikkeld. Het gaat hierbij zowel om schriftelijk als audiovisueel materiaal. In het onderzoek met betrekking tot dit materiaal ligt, in tegenstelling tot de hierboven genoemde publicaties, de nadruk op evaluatie. Alleen in het onderzoek van Verspaandonk (1982) gaat het nog om de ontwikkeling van volledig nieuw materiaal, namelijk ten behoeve van de zorgverlening aan buitenlandse (Turkse en Marokkaanse) kinderen op kinderafdelingen van ziekenhuizen. Hiertoe heeft hij nagegaan welke communicatieproblemen op deze afdelingen speelden en of daarvoor voorlichtingsmateriaal ontwikkeld zou kunnen worden. Hoewel Verspaandonk slechts een geringe respons op zijn enquêtes kreeg, meende hij, dat dit voor het doel van zijn onderzoek geen bezwaar hoefde te zijn. Het ging immers om een verkennend onderzoek, om een indicatie te krijgen van de terreinen, waarop zich problemen voordeden en om aanwijzingen te vinden voor de gebieden waarover voorlichtingsmateriaal ontwikkeld diende te worden. Hij signaleert een groot aantal terreinen, waarop de zorgverlening voor buitenlandse kinderen in het ziekenhuis bemoeilijkt wordt door communicatieproblemen (zie § 5.3.1). Op basis van het onderzoek heeft het Bureau voorlichting gezondheidszorg buitenlanders prioriteiten gesteld ten aanzien van de terreinen, waarop voorlichtingsmateriaal ontwikkeld zou gaan worden.

In het onderzoek van Spruit en Van der Kruijk (1982) is nagegaan in hoeverre het speciaal voor de apothekerszorg ontwikkelde materiaal in de praktijk gebruikt werd; in hoeverre zich in de apotheek nog steeds communicatieproblemen voordeden met Turkse en Marokkaanse migranten; en of er behoefte was aan nieuw of ander

voorlichtingsmateriaal. Zij stelden vast, dat men in de apothekerszorg slechts in geringe mate gebruik maakte van het speciaal ontwikkelde voorlichtingsmateriaal. Toch gaf ruim een derde van de apothekers en apothekersassistenten aan regelmatig of vaak problemen te hebben in de kommunikatie met Turkse en Marokkaanse cliënten. Ongeveer de helft van de apothekers en de assistenten zou echter wel ander/beter materiaal willen hebben. Op grond van deze gegevens konstateerden de onderzoekers, dat het bestaande voorlichtingsmateriaal niet voldeed. Zij stelden voor een werkgroep op te richten, die zich bezig zou moeten houden met het ontwikkelen van nieuwe ideeën.

In de studies van het Instituut voor Sociale Kommunikatie en Marktonderzoek (1983) en de Stichting Research voor Beleid (1984) is onderzocht in hoeverre de in het voorlichtingsmateriaal gebruikte afbeeldingen en symbolen duidelijk waren voor (analfabete) Turkse en Marokkaanse vrouwen en op welke wijze deze vrouwen dit soort informatie waarnamen. De onderzoekingen maken duidelijk, dat het nodig is om voorlichtende afbeeldingen steeds vooraf te testen op hun zeggingskracht. De gebruikte tekeningen bleken zelfs voor een groep Nederlandse vrouwen niet altijd even duidelijk te zijn. Ten gevolge van deze onderzoekingen heeft het Bureau voorlichting gezondheidszorg buitenlanders besloten om nieuw voorlichtingsmateriaal, waarin gebruik gemaakt wordt van afbeeldingen en symbolen, voortaan vooraf te laten testen. Zo hebben bijvoorbeeld Van Duppen en Kōsters (1984) een onderzoek gedaan naar de informatiewaarde van tekeningen ten behoeve van een voorlichtingsbrochure voor Turkse en Marokkaanse CARA-patiënten.

Den Braven en Oskam (1984) tenslotte hebben op verzoek van het Bureau voorlichting gezondheidszorg buitenlanders onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid van kassettebanden in de hulpverlening aan migranten in de gezondheidszorg. Zij konstateerden bij hulpverleners in het algemeen een terughoudende opstelling ten aanzien van het gebruik van dit soort voorlichtingsmiddelen. Degenen die ech-

ter wel regelmatig van speciale kassettebanden gebruik maakten, waren veelal enthousiast en spraken van een tijdsbesparing in vergelijking met voorlichting in het Nederlands of met behulp van schriftelijk materiaal. De ondervraagde migranten waren eveneens positief over de kassettebanden. Men vond het prettig in de eigen taal geïnformeerd te worden. De onderzoekers konkludeerden, dat wil men vermijden, dat dergelijke banden in de praktijk niet of nauwelijks gebruikt worden, stimulering en begeleiding van hulpverleners noodzakelijk is.

Samenvatting:

- er is sinds 1980 relatief veel onderzoek gedaan op het gebied van de gezondheidsvoorlichting (en -opvoeding);
- de in het onderzoek betrokken migrantengroepen betreffen vooral de Turken en Marokkanen;
- een algemeen probleem met betrekking tot de voorlichting aan (Turkse en Marokkaanse) migranten betreft het hoge percentage (semi)analfabeten onder deze groep; hierdoor zouden migranten minder geschikt zijn voor (massale) schriftelijke benadering;
- bij het gvo-onderwijs op de basisscholen lijkt het betrekken van de ouders van migrantenkinderen bij dit onderwijs het grootste knelpunt te zijn; wat betreft de onderwerpen voor het gvo-onderwijs lijken bij deze ouders, met uitzondering van het onderwerp seksualiteit, weinig problemen te bestaan;
- in tegenstelling tot het onderzoek op het gebied van de gvo in het algemeen, dat vooral inventariserend van aard is, ligt in het onderzoek met betrekking tot het voorlichtingsmateriaal (van het Buro voorlichting gezondheidszorg buitenlanders) de nadruk op evaluatie;
- wanneer bij voorlichting aan migranten gebruik gemaakt wordt van afbeeldingen en/of symbolen, verdient het aanbeveling deze vooraf te testen op hun zeggingskracht voor deze groep; bij het gebruik van kassettebanden in de hulpverlening aan

migranten lijkt stimulering en begeleiding van hulpverleners nodig.

5.5 Samenvatting

Evenals gekonkludeerd werd in § 4.5 m.b.t. de somatische gezondheid geldt voor het onderzoek op het gebied van de somatische gezondheidszorg voor migranten dat het zich (in ieder geval sinds 1975) vooral gericht heeft op Turken, Marokkanen en (in wat mindere mate) Surinamers. In het onderzoek naar de knelpunten die hulpverleners ervaren in hun contacten met migranten en de ervaringen van migranten zelf komen de Surinaamse migranten zelfs vrijwel niet aan bod.

De sectoren van de zorg die in het onderzoek (sinds 1975) de meeste aandacht hebben gekregen betreffen de jeugdgezondheidszorg (m.u.v. de schooltandartsenzorg), de huisartsenzorg, de zorg m.b.t. geboorteregend gedrag (met name abortus), de prenatale en verloskundige zorg en de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Hiermee is echter niet gezegd, dat van deze sectoren alles met betrekking tot migranten nu bekend is.

deelname

Over het gebruik dat migranten maken van de voorzieningen op het gebied van de somatische gezondheidszorg zijn in het algemeen geen landelijke gegevens bekend. Registratie (van medische handelingen) naar nationaliteit is in Nederland nog steeds problematisch. Noch bij de Stichting Medische Registratie (registratie van diagnoses en behandelingen bij ziekenhuispatiënten) noch bij de Peilstations van huisartsen (registratie van ziekten en gebeurtenissen waarmee huisartsen in het contact met hun patiënten worden gekonfronteerd) wordt onderscheid gemaakt naar nationaliteit. Onlangs heeft de Ziekenfondsraad nog een afzonderlijke registratie van buitenlandse

werknemers binnen de ziekenfondsadministratie afgewezen. Een uitzondering hierop vormt de Permanente Registratie Abortus Nederland. Reeds vanaf het begin van deze registratie (1974) werden migranten apart onderscheiden. Ook in de Gemeenschappelijke Verloskundige Registratie (GVR) werd tot voor kort de etnische afkomst van de patiënt geregistreerd. In 1982 is bij een reorganisatie van dit systeem de etnische afkomst echter vervangen door de beheersing van de Nederlandse taal. Onderzoekingen, die mogelijk een alternatief voor deze landelijke registratiesystemen zouden kunnen bieden, beperken zich veelal tot plaatselijke situaties, waarbij bovendien de vier grote gemeenten (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) de meeste aandacht krijgen. In deze vier plaatsen woont echter slechts 35% van het totaal aantal niet-Nederlanders in Nederland en ongeveer 40% van het totaal aantal Turken en Marokkanen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 1982b). Dit betekent dat uitspraken over de deelname van migranten aan de somatische gezondheidszorg met de nodige voorzichtigheid gedaan moeten worden.

Als dan nu naar het feitelijk gebruik gekeken wordt, kan worden gekonstateerd dat migranten slechts in geringe mate een beroep lijken te doen op de voedings- en dieetzorg, de gezins- en bejaardenzorg en de kraamzorg. Ook van de tandartsenzorg lijken migranten in mindere mate gebruik te maken dan Nederlanders. Voor de migrantenkinderen die de lagere school bezoeken lijkt de schooltandarts echter een belangrijke functie in de gebitsverzorging te vervullen.

De deelname van migranten aan de zuigelingen- en kleuterzorg en aan de schoolgezondheidszorg lijkt plaatselijk op vrijwel hetzelfde niveau te liggen als dat van Nederlanders. Er zijn echter aanwijzingen, dat dit geen landelijk beeld is. Dat laatste lijkt echter wel gesteld te kunnen worden voor de geringe mate waarin migrantenkinderen bij hun bezoek aan de schoolarts begeleid worden door hun ouders. In de zuigelingen- en kleuterzorg zijn relatief

veel initiatieven bekend ter verbetering van de toegankelijkheid van de voorziening (en de daar aangeboden zorg) voor migranten in de vorm van tolksprekuren (met name voor Turkse en Marokkaanse migranten). Over het direkte effect van deze aanpassingen op het gebruik van deze sektor van de jeugdgezondheidszorg door migranten kunnen geen uitspraken worden gedaan.

Van de huisartsenzorg lijken volwassen migranten vaker gebruik te maken dan Nederlanders. Voor jeugdige (Turkse en Marokkaanse) migranten lijkt dit verschil echter niet te bestaan. Over de mate waarin migranten gebruik maken van de apothekerszorg bestaat geen informatie. Op basis van de gegevens over de huisartsenzorg lijkt echter wel verondersteld te kunnen worden dat migranten minstens evenveel, zo niet vaker, gebruik maken van de diensten van de apotheek.

Over het gebruik van migranten van de intramurale zorg zijn slechts beperkte gegevens bekend. Deze hebben bovendien uitsluitend betrekking op de ziekenhuiszorg. Zo lijken migrantenkinderen (0-4 jaar) vaker in het ziekenhuis te worden opgenomen voor rachitis dan Nederlandse kinderen (zonder dat dit lijkt te leiden tot een verhoogde frequentie van ziekenhuisopnamen van migrantenkinderen in het algemeen). Bovendien bestaan er aanwijzingen dat migranten(kinderen) eerder in het ziekenhuis worden opgenomen en vaak ook langer in het ziekenhuis blijven. Ook lijken Surinaamse vrouwen vaker als plaats voor de bevalling het ziekenhuis te kiezen dan Nederlandse vrouwen. Hoewel dit landelijk gezien ook voor Turkse en Marokkaanse vrouwen geldt, lijken er bij deze migranten plaatselijk grote verschillen te bestaan.

De abortuspoliklinieken worden relatief veel vaker door migranten bezocht dan door Nederlanders. Dit geldt echter niet voor Marokkaanse en Spaanse migranten.

In de prenatale zorg lijkt niet zozeer de deelname van migranten op zich een probleem te zijn (deze zou vrijwel op hetzelfde niveau als die van Nederlanders liggen), maar veeleer het moment waarop

men zich voor de eerste controle meldt. Migrantenvrouwen, met name Turkse, Marokkaanse en Aziatische vrouwen, lijken zich in het algemeen later voor de eerste zwangerschapscontrole te melden dan Nederlandse vrouwen.

Over de mate waarin migranten onder bedrijfsgeneeskundige zorg vallen en kontakten met deze zorg hebben bestaan slechts verouderde of onvolledige gegevens.

Over de omvang van het gebruik, dat Turkse en Marokkaanse migranten maken van de diensten van de fysiotherapeut, zijn geen gegevens bekend.

Wat betreft de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding lijkt er, gezien het relatief grote aantal, vrij recente, onderzoekspublikaties op dit gebied, sprake te zijn van een toegenomen belangstelling voor (Turkse en Marokkaanse) migranten.

knelpunten in de zorg

In het voorafgaande is er al op gewezen dat het onderzoek naar de knelpunten die hulpverleners in de somatische gezondheidszorg in hun kontakten met migranten ervaren, zich voornamelijk beperkt tot Turken en Marokkanen. Een ander probleem bij dit onderzoek is dat knelpunten slechts zelden gekwantificeerd worden. Tengevolge hiervan is het vrijwel onmogelijk inzicht te krijgen in de omvang van de problematiek en eventuele ontwikkelingen te signaleren.

Als problemen van hulpverleners in de somatische gezondheidszorg komen uit de literatuur naar voren de onbekendheid van de migrant met de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg; taal- en communicatieproblemen; en problemen ten gevolge van cultuurverschillen.

Met name in de preventieve gezondheidszorg worden hulpverleners gekonfronteerd met de onbekendheid van migranten met het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Veel (Turkse en Marokkaanse) migranten begrijpen bijvoorbeeld niet waarom zij met een gezond kind naar het konsultatiebureau voor zuigelingen- en kleuterzorg of

naar de schoolarts moeten gaan, waarom ze als ze geen last hebben van hun gebit de tandarts moeten bezoeken en waarom ze zich zo vroeg voor de eerste prenatale controle moeten melden. Tengevolge hiervan verwachten veel migranten ook van artsen in de preventieve gezondheidszorg medische handelingen en medicijnen. Ook de functie van de huisarts is voor veel migranten onduidelijk. Het grote aantal verzoeken van migranten om doorverwezen te worden naar de specialist (ziekenhuis) zou hier mede door veroorzaakt kunnen worden.

Taal- en communicatieproblemen komen in alle sectoren van de (somatische) gezondheidszorg voor. Ze bemoeilijken o.a. het opnemen van de anamnese, het stellen van de diagnose, de behandeling of therapie en in algemene zin het contact en het vertrouwen van de patiënt. De mate waarin men officiële tolkdiensten inzet ter oplossing van deze taal- en communicatieproblemen wisselt per sector. In de bedrijfsgezondheidszorg en de ziekenhuiszorg lijkt men nog het meest gebruik te maken van officiële tolkdiensten. Ook in de zuigelingen- en kleuterzorg lijkt men relatief vaak officiële tolken in te zetten, veelal in de vorm van tolksprekuren. In de schoolgezondheidszorg, de huisartsenzorg, de apothekerszorg, de fysiotherapeutische zorg en de voedings- en diëtzorg lijken officiële tolken slechts in geringe mate gebruikt te worden. In het algemeen lijkt gesteld te kunnen worden dat in geen enkele sector van de somatische gezondheidszorg in voldoende mate gebruik gemaakt wordt van officiële tolkdiensten, d.w.z. zo vaak als in het belang van de migrant nodig zou zijn. Van speciaal voorlichtingsmateriaal ten behoeve van de zorgverlening aan migranten lijkt in de somatische gezondheidszorg, m.u.v. de voedings- en diëtzorg en de zuigelingen- en kleuterzorg, slechts in (zeer) geringe mate gebruik gemaakt te worden.

Ook problemen ten gevolge van cultuurverschillen worden in vrijwel alle sectoren van de somatische gezondheidszorg genoemd. Hulpverleners wijzen hierbij o.a. op een andere lichaams-, ziekte- en

pijnbeleving, op een onduidelijke en vaak ook overdreven presentatie van klachten en op een somatisch presenteren van psychische klachten. Het lichamelijk onderzoek van migrantenvrouwen (met name Turkse en Marokkaanse vrouwen) is vanwege de taboesfeer vaak een moeilijke zaak. Vrouwelijk artsen zouden hiermee echter veel minder problemen ervaren. Bij voedings- en dieetadviezen en bij de verzorging van migranten in het ziekenhuis doen zich problemen voor in verband met andere voedingsgewoonten. Ook heeft men in het ziekenhuis te maken met andere opvattingen van migranten over ziekenbezoek. In het algemeen lijkt de kennis van hulpverleners in de somatische gezondheidszorg van de kulturele achtergronden van migranten beperkt te zijn.

ervaringen van migranten

Naar de ervaringen van migranten met de somatische gezondheidszorg is maar relatief weinig onderzoek gedaan. Bovendien beperken deze studies zich veelal tot Turkse (en Marokkaanse) migranten. Ook migranten ervaren de taal- en communicatieproblemen als één van de grootste knelpunten in hun contacten met de Nederlandse gezondheidszorg. Daarnaast lijken zij ook veel moeite te hebben met de medische benadering van de Nederlandse artsen. Zij vinden dat de Nederlandse artsen te vaak een afwachtende houding aannemen en het genezingsproces op een natuurlijke manier willen laten verlopen. Ook wordt wel genoemd dat Nederlandse artsen teveel twifelen en daardoor de indruk wekken niet precies te weten wat er aan de hand is. Veel migranten noemen als oplossing voor hun problemen het inschakelen van artsen uit het eigen land.

6. SAMENVATTING EN KONKLUSIES

6.1 Doelstelling en opzet van de studie

In haar "Programmeringsadvies Minderhedenonderzoek 1983" merkte de Adviescommissie Onderzoek Minderheden (ACOM) op, dat gezien het grote aantal onderzoekspublikaties, dat de laatste jaren op het gebied van het minderhedenvraagstuk was verschenen, op bepaalde sectoren, waaronder de gezondheidszorg, de tijd rijp was voor het vervaardigen van overzichtsstudies, ook wel aangeduid als trendrapporten (Adviescommissie Onderzoek Minderheden, 1982).

Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur heeft dit advies overgenomen. Met de literatuurstudie van het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid (Mak & Schrameijer, 1983) achtte men het terrein van de geestelijke gezondheid en gezondheidszorg voldoende in beeld gebracht. Het NIPG/TNO werd verzocht een studie te vervaardigen op het gebied van de somatische gezondheid en gezondheidszorg. Deze studie *zou een systematisch overzicht van de beschikbare Nederlandse literatuur (zowel praktijkbeschrijvingen vanuit de hulpverlening als resultaten van wetenschappelijk onderzoek) op dit onderzoeksgebied moeten opleveren. Daarin zou met name de bruikbaarheid van de informatie voor de praktijk en het beleid tot uiting moeten komen. Voorts zouden nog bestaande lacunes in het onderzoek aangewezen kunnen worden.*

In overleg met het Ministerie werd afgesproken de studie op enkele punten te beperken. Zo zijn uit praktische overwegingen onderwerpen als de gezondheidszorg in het land van herkomst en de sociaal-verzekeringsgeneeskundige zorg buiten beschouwing gebleven. Ook is geen aandacht besteed aan de situatie van vluchtelingen. Tenslotte zijn geen publikaties van voor 1975 in de studie betrokken. De resultaten van deze studies leken te sterk verouderd en niet di-

rekt nodig voor het vaststellen van ontwikkelingen.

Ten behoeve van de studie is door het NIPG/TNO op ruime schaal literatuur verzameld. In het totaal zijn 87 onderzoekspublikaties uit de periode 1975-1985 achterhaald. Deze zijn onder andere verdeeld naar periode van uitgave, naar onderwerp en naar specifieke aandacht voor afzonderlijke migrantengroepen. Op basis hiervan is nagegaan in hoeverre er sprake is van trends of ontwikkelingen in het onderzoek.

Daarnaast is ook aandacht besteed aan de inhoudelijke informatie van de publikaties. Hierbij zijn ook praktijkbeschrijvingen uit de zorgverlening en de meer beschouwende literatuur betrokken. Wat betreft de gezondheid is onderscheid gemaakt naar mortaliteits- en morbiditeitsgegevens en naar gegevens met betrekking tot de antropometrie. Bij de analyse met betrekking tot de gegevens over de gezondheidszorg is uitgegaan van een indeling naar zorgvoorziening. Hierbij is onder andere gekeken naar de deelname van de verschillende migrantengroepen aan de voorzieningen, naar de knelpunten die de zorgverleners ervaren in hun kontakten met migranten en naar de ervaringen van migranten zelf.

Tenslotte is nagegaan in hoeverre er trends of ontwikkelingen gekonstateerd konden worden met betrekking tot de gezondheid van en het functioneren van de gezondheidszorgvoorzieningen voor migranten.

6.2 De onderzoekspublikaties

6.2.1 Omvang en aard van het onderzoek

In tabel 6.1 wordt een overzicht gegeven van de verzamelde onderzoekspublikaties. Op basis hiervan kan het volgende worden opgemerkt:

Tabel 6.1. Overzicht van onderzoekspublikaties op het gebied van de somatische gezondheid en gezondheidszorg met betrekking tot migranten over de periodes 1975-1979 en 1980-1985, onderverdeeld naar onderwerp, specifieke aandacht voor migrantengroepen en uitvoerders van het onderzoek

	periode 1975-1979	periode 1980-1985	totaal 1975-1985
a. naar onderwerp*			
gezondheid	13	22	35
- mortaliteit	-	5	5
- antropometrie	3	6	9
- morbiditeit	7	14	21
- voeding	3	4	7

gezondheidszorg	9	56	65
- basisgezondheidszorg	6	17	23
. zuigelingen- en kleuterzorg		2	7
. schoolgezondheidszorg		-	8
. schooltandartsenzorg		-	3
. bedrijfsgezondheidszorg		4	1
. bedrijfsgezondheidszorg		4	5
- eerstelijnsgezondheidszorg	8	33	41
. huisartsenzorg		6	7
. apothekerszorg		-	1
. fysiotherapeutische zorg		-	1
. tandartsenzorg		-	7
. voedings- en dieetzorg		-	1
. gezins- en bejaardenzorg		-	-
. zorg m.b.t. geboorteregeling gedrag		2	5
. prenatale en verloskundige zorg		-	12
. kraamzorg		-	3
- intramurale zorg	4	10	14
. ziekenhuiszorg		4	10
. verpleeghuiszorg		-	-
- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding	-	14	14

b. naar specifieke aandacht voor migrantengroepen:			
- Surinamers (en Antillianen)		7	21
- Turken en/of Marokkanen		10	43
- overige migrantengroepen		1	4

Vervolg tabel 6.1

	periode 1975-1979	periode 1980-1985	totaal 1975-1985
C. naar uitvoerders van het onderzoek:			
- studenten/kursisten	9	19	28
- universitaire medewerkers	1	7	8
- medewerkers onderzoeksinstituten (niet-universitair)	4	18	22
- medewerkers instellingen gezondheids- zorg	4	17	21
- onduidelijk	1	-	1
- overig	2	5	7

totaal aantal publikaties	21	66	87

* Door dubbeltellingen kan de som van de publikaties in de onderverdelingen hoger uitkomen dan het totaal van de publikaties.

onderwerp

In 22 publikaties wordt aandacht besteed aan de gezondheid van migranten, in 52 publikaties aan het functioneren van de gezondheidszorgvoorzieningen voor deze groep en in 13 publikaties komen beide aspecten aan bod. Wat betreft de gezondheid is de onderzoeksbelangstelling de afgelopen 10 jaar vooral gericht geweest op morbiditeitsgegevens. Op het gebied van de gezondheidszorg hebben relatief veel publikaties betrekking op de eerstelijnsgezondheidszorg, en daarbinnen vooral de huisartsenzorg, de tandartsenzorg, de zorg met betrekking tot geboorteregend gedrag en de prenatale en verloskundige zorg. In de basisgezondheidszorg is de meeste aandacht uitgegaan naar de jeugdgezondheidszorg (met uitzondering van de schooltandartsenzorg).

specifieke aandacht voor migrantengroepen

Het onderzoek heeft zich vooral gericht op Turken, Marokkanen en (in wat mindere mate) Surinamers (en Antillianen). Andere migrantengroepen, zoals bijvoorbeeld Spanjaarden, Joegoslaven en Italianen, komen in het onderzoek slechts zelden als aparte categorie

voor.

uitvoerders van het onderzoek

Ongeveer 30% van de studies is verricht door studenten en cursisten. Nog geen 10% van het onderzoek komt van de hand van universitaire medewerkers. De rest van de publikaties is vrijwel gelijkmatig verdeeld over de (niet-universitaire) onderzoeksinstituten en de instellingen in het veld van de gezondheidszorg.

6.2.2 Ontwikkelingen in het onderzoek (1975-1985)

Om een beeld te krijgen van de ontwikkelingen in het onderzoek in de afgelopen 10 jaar zijn de publikaties (naar jaar van uitgave) verdeeld over twee perioden, namelijk 1975-1979 en 1980-1985 (zie tabel 6.1).

Gekonstateerd kan worden, dat er sprake is van een toegenomen onderzoeksbelangstelling. Het aantal onderzoekspublikaties over de tweede periode is ongeveer 3 maal zo groot als dat over de eerste periode.

onderwerp

De toename is het grootst op het gebied van de gezondheidszorg. Het aantal publikaties nam toe van 9 in de periode van 1975-1979 tot 56 voor de afgelopen vijf jaar. Ook is er op dit gebied sprake van een verschuiving van de onderzoeksbelangstelling. Richtte men zich oorspronkelijk met name op de huisartsenzorg en de bedrijfsgezondheidszorg, in de tweede periode heeft men zich vooral beziggehouden met de jeugdgezondheidszorg, de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, en de prenatale en verloskundige zorg, sectoren van zorg die zich vooral richten op vrouwen en kinderen. Hoewel het uit de in tabel 6.1 gepresenteerde gegevens niet geheel valt op te maken, kan er zelfs gesproken worden van een verschuiving van de

aandacht voor de oorspronkelijke, veelal mannelijke, migrant naar zijn vrouw en kinderen.

Op het gebied van de gezondheid hebben zich niet zulke duidelijke ontwikkelingen voorgedaan. Het aantal publikaties is op dit gebied ook niet zo sterk toegenomen. In beide perioden heeft ruim de helft van de onderzoekspublikaties betrekking op morbiditeitsgegevens. Analyses op basis van mortaliteitsgegevens komen echter alleen in de tweede periode voor.

specifieke aandacht voor migrantengroepen

Wat betreft de specifieke aandacht voor migrantengroepen lijkt er de afgelopen tien jaar niet zo veel veranderd te zijn in het onderzoek. In beide perioden hebben Turken en/of Marokkanen de meeste aandacht gekregen. Surinamers (en Antillianen) zijn in ongeveer een derde van de publikaties als aparte categorie onderscheiden.

Uitvoerders van onderzoek

Op dit punt lijken er zich wel weer enige ontwikkelingen te hebben voorgedaan. Er is sprake van een vermindering van het aandeel van studenten/kursisten in het onderzoek en een toename van de bijdrage van de meer professionele onderzoekers. Bovendien lijken studies van studenten de laatste jaren meer ingebed te worden in de organisatie van de gezondheidszorg door intensievere samenwerking met instellingen op dit gebied (met name GG en GD'en). Bij universitaire medewerkers lijkt er sprake van een grotere belangstelling voor dit onderzoeksgebied. Hun aandeel in het onderzoek blijft echter achter bij dat van medewerkers van (niet-universitaire) onderzoeksinstituten en van medewerkers van instellingen in het veld van de gezondheidszorg.

6.3 De resultaten

In deze paragraaf wordt op de inhoudelijke informatie van de onderzoekspublikaties ingegaan. Hierbij wordt ook gebruik gemaakt van praktijkbeschrijvingen uit de zorgverlening en, indien onderzoeksinformatie ontbreekt of te beperkt is, ook van de beschouwende literatuur. Apart worden de gezondheid van en het functioneren van de gezondheidsvoorzieningen voor Turkse en Marokkaanse migranten (zie § 6.3.1) en voor Surinaamse migranten (zie § 6.3.2) besproken. Andere migrantengroepen zullen in deze paragraaf buiten beschouwing blijven. De (onderzoeks)literatuur op het gebied van de gezondheid en gezondheidszorg en migranten over de periode 1975-1985 biedt te weinig specifieke informatie over deze groepen (zie § 6.2) om tot een zinnige bespreking te kunnen komen.

6.3.1 Turkse en Marokkaanse migranten

6.3.1.1 Gezondheid en gezondheidszorg

mortaliteit

Over de sterfte onder Turkse en Marokkaanse migranten in Nederland zijn enige gegevens beschikbaar. In enkele publikaties wordt aandacht besteed aan de perinatale sterfte (het aantal doodgeboren en in de eerste levensweek overleden kinderen) onder Turkse en Marokkaanse/Mediterrane migranten in enkele grote steden in Nederland (Den Haag en Amsterdam). De resultaten van deze onderzoekingen (onder andere Nordbeck e.a., 1983 en Doornbos & Nordbeck, 1985) wijzen echter niet op een duidelijk hogere perinatale sterfte onder Turkse en Marokkaanse migranten in vergelijking met Nederlanders. Landelijke gegevens over de perinatale sterfte onder Turkse en Marokkaanse migranten ontbreken.

Het beeld van de zuigelingensterfte (de sterfte in het eerste levensjaar) onder Turkse en Marokkaanse migranten is wat minder duidelijk. In Den Haag zijn met betrekking tot de zuigelingensterfte geen verschillen gevonden naar etnische afkomst van de moeder (Nordbeck e.a., 1983). In Amsterdam ligt de zuigelingensterfte bij vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst echter duidelijk boven die van vrouwen van Nederlandse afkomst (Doornbos & Nordbeck, 1985). Op landelijk niveau wordt dit verschil niet bevestigd (Centraal Bureau voor de Statistiek, 1983). De sterfte onder Turkse en Marokkaanse zuigelingen verschilt, landelijk gezien, vrijwel niet van die onder zuigelingen in de totale bevolking van Nederland.

Wat betreft de kleutersterfte (de sterfte onder kinderen van 1 tot 4 jaar) wijzen zowel de Amsterdamse (Doornbos & Nordbeck, 1985) als de landelijke gegevens (Centraal Bureau voor de Statistiek, 1983) op een hogere sterfte onder Turkse en Marokkaanse kinderen.

Over de sterfte onder Turkse en Marokkaanse migranten boven de vijf jaar zijn alleen landelijke gegevens beschikbaar (Centraal Bureau voor de Statistiek, 1983). Uit deze cijfers blijkt dat ook de sterfte onder Turkse en Marokkaanse kinderen van 5-14 jaar nog beduidend hoger ligt dan onder alle kinderen van deze leeftijd in Nederland. Vanaf 15 jaar wordt het verschil tussen de Marokkaanse en Turkse migranten in Nederland enerzijds en de totale bevolking in Nederland anderzijds met het toenemen van de leeftijd kleiner. Bij de Turkse migranten is dit verschil boven de leeftijdsgroep van 40-44 jaar verdwenen en slaat het om in een hogere sterfte onder de totale bevolking. Bij de Marokkanen vindt deze omslag plaats na de leeftijdsgroep van 35-39 jaar. Opgemerkt moet worden dat de landelijke cijfers (met uitzondering van leeftijd) niet gestandaardiseerd zijn voor mogelijk versturende effecten, zoals bijvoorbeeld het sociaal-ekonomisch niveau. De verschillen in sterfte in de leeftijdsgroep van 1-14 jaar zijn echter zo groot (de sterfte onder Turkse en Marokkaanse kinderen ligt in deze leeftijds-groep 2 tot 4½ maal zo hoog), dat het onwaarschijnlijk is, dat bij

standaardisatie van deze gegevens de verschillen volledig zouden verdwijnen.

Konklusie: de sterfte onder Turkse en Marokkaanse kinderen (1-14 jaar) ligt beduidend hoger dan onder Nederlandse kinderen.

antropometrie

Onderzoek naar de lichaamslengte van Turkse en Marokkaanse migranten heeft uitsluitend plaatsgevonden bij kinderen van lagere schoolleeftijd (6-12 jaar). Uit deze onderzoeken blijkt, dat Turkse en Marokkaanse kinderen vóór het bereiken van de puberteit in het algemeen kleiner zijn dan Nederlandse kinderen (onder andere Blauwgeers & Lauret, 1978 en De Leeuw-Vringer, 1983). Rond de puberteit lijken zich echter gunstige ontwikkelingen af te spelen voor Turkse jongens en Marokkaanse meisjes. In het onderzoek van Wijn en Van der Velde (1984) worden geen duidelijke verschillen in lichaamslengte aangetroffen tussen de 11-jarige Turkse en Nederlandse jongens en tussen de 11-jarige Marokkaanse en Nederlandse meisjes. De 11-jarige Marokkaanse jongens en de 11-jarige Turkse meisjes zijn echter duidelijk kleiner dan hun nederlandse leeftijdgenoten. Een verklaring voor deze verschillen is niet direct voorhanden.

Konklusie: de lichaamslengte van Turkse en Marokkaanse kinderen is in het algemeen geringer dan die van Nederlandse kinderen.

morbiditeit

De incidentie van tuberculose ligt bij buitenlandse werknemers, voor een belangrijk deel Turken en Marokkanen, beduidend hoger dan bij Nederlanders (Meijer, 1975 en Van Geuns, 1981b). Ook lijkt echinokokkose (infectie veroorzaakt door de hondelintworm) in Nederland voornamelijk voor te komen bij migranten uit landen rond de Middellandse Zee, eveneens voor een belangrijk deel Turken en Marokkanen (Van Knapen e.a., 1976 en 1982). Bij Turkse en Marokkaanse kinderen is er sprake van een hogere incidentie van rachi-

tis (Nijhuis e.a., 1982) en van ijzergebreknaemie (Bossen & De Groot, 1983). Over het vaker voorkomen van andere ziekten en/of gezondheidsklachten kan geen uitspraak worden gedaan, omdat in de studies, die zich hiermee hebben beziggehouden, veelal een Nederlandse controle-groep ontbreekt.

Konklusie: tuberculose, echinokokkose, rachitis en ijzergebreknaemie komen bij Turkse en Marokkaanse migranten vaker voor dan bij Nederlanders.

de deelname aan de voorzieningen

Over het gebruik, dat Turkse en Marokkaanse migranten van de Nederlandse voorzieningen op het gebied van de (somatische) gezondheidszorg maken, zijn in het algemeen geen landelijke gegevens bekend. Onderzoekingen, die mogelijk een alternatief voor het ontbreken van landelijke gegevens zouden kunnen bieden, beperken zich veelal tot plaatselijke situaties, waarbij bovendien de vier grote gemeenten (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) de meeste aandacht krijgen. Dit is veelal ook de beperking van onderstaande gegevens.

Van sommige voorzieningen lijken Turkse en Marokkaanse migranten meer gebruik te maken dan Nederlanders, onder andere de huisarts (met name volwassenen), de apotheker, de abortuspolikliniek (vooral Turkse vrouwen) en het ziekenhuis (voor bevallingen en opnamen voor rachitis). Op andere voorzieningen zouden zij slechts in geringe mate een beroep doen, bijvoorbeeld de tandartsenzorg, de voedings- en dieetzorg, de gezins- en bejaardenzorg en de kraamzorg.

De deelname van Turkse en Marokkaanse migranten aan de zuigelingen- en kleuterzorg en aan de schoolgezondheidszorg lijkt plaatselijk op vrijwel hetzelfde niveau te liggen als dat van Nederlanders. Er zijn echter aanwijzingen, dat dit geen landelijk beeld is.

In de prenatale zorg lijkt niet zozeer de deelname van Turkse en

Marokkaanse migranten een probleem te zijn, deze zou vrijwel niet afwijken van die van Nederlanders, maar veeleer het moment waarop men zich voor de eerste controle meldt. Turkse en Marokkaanse vrouwen lijken zich in het algemeen later voor de eerste zwangerschapscontrole aan te melden dan Nederlandse vrouwen.

Over de mate waarin Turkse en Marokkaanse migranten onder bedrijfsgeneeskundige zorg vallen en contacten met deze zorg hebben, bestaan slechts verouderde of onvolledige gegevens.

Over de omvang van het gebruik dat Turkse en Marokkaanse migranten van de diensten van de fysiotherapeut maken, zijn geen gegevens bekend.

Konklusie: het gebruik, dat Turkse en Marokkaanse migranten van de Nederlandse voorzieningen op het gebied van de somatische gezondheidszorg maken, lijkt (nog) in belangrijke mate af te wijken van dat van Nederlanders.

het functioneren van de voorzieningen

Zowel voor hulpverleners als voor migranten vormen de taal- en communicatieproblemen een groot struikelblok. Van officiële tolkdiensten en/of speciaal voorlichtingsmateriaal lijkt echter, om uiteenlopende redenen, in het algemeen onvoldoende gebruik te worden gemaakt.

Naast taal- en communicatieproblemen spelen ook cultuurverschillen een rol. Nederlandse hulpverleners wijzen hierbij onder andere op een andere lichaams-, ziekte- en pijnbeleving, op een onduidelijke en vaak ook overdreven presentatie van klachten en op een somatisch presenteren van psychische klachten. In het algemeen lijkt echter de kennis van de culturele achtergronden van Turkse en Marokkaanse migranten bij hulpverleners in de somatische gezondheidszorg beperkt te zijn.

Turkse en Marokkaanse migranten zouden in het algemeen onvoldoende op de hoogte zijn van de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg. Bovendien lijken zij moeite te hebben met het medisch

handelen van de Nederlandse artsen. Zij vinden dat deze te vaak een afwachtende houding aannemen en het genezingsproces op een natuurlijke wijze willen laten verlopen. Ook wordt wel genoemd, dat Nederlandse artsen te veel twijfelen en daardoor de indruk wekken niet precies te weten wat er aan de hand is.

Tenslotte moet worden opgemerkt, dat aangezien knelpunten in de hulpverlening in het onderzoek slechts zelden worden gekwantificeerd, er geen uitspraken gedaan kunnen worden over de mate waarin zij voorkomen en de hulpverlening bemoeilijken.

Konklusie: de voorzieningen op het gebied van de somatische gezondheidszorg lijken (nog) niet optimaal te functioneren voor Turkse en Marokkaanse migranten.

6.3.1.2 Ontwikkelingen 1975-1985

Over ontwikkelingen op het gebied van de gezondheid valt te melden, dat de vaccinatiegraad voor de DKTPIV en de mazelen onder Turkse en Marokkaanse kinderen lijkt te zijn toegenomen, waardoor de kans, dat Turkse en Marokkaanse kinderen met deze ziekten besmet worden, is afgenomen.

Wat betreft het gebruik van de voorzieningen op het gebied van de somatische gezondheidszorg valt plaatselijk een toename te constateren in de deelname van Turkse en Marokkaanse migranten aan de zuigelingen- en kleuterzorg. In hoeverre dit ook een landelijke ontwikkeling betreft, is niet duidelijk.

De wijze waarop Turkse en Marokkaanse migranten van de diensten van de huisarts gebruik maken, lijkt zich de laatste jaren wat meer te hebben aangepast aan de Nederlandse gewoonten. Zo zouden migranten zich wat beter aan afspraken houden en ook minder vaak buiten alle spreekuren om met klachten naar de huisarts komen. Ook zouden zij minder vaak van huisarts wisselen. Een en ander zou ook opgevat kunnen worden als een indikator voor een verbetering van

de relatie van Turkse en Marokkaanse migranten met hun huisarts. Het relatief grote aantal, vrij recente, onderzoekspublikaties op het gebied van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, doet veronderstellen, dat men zich binnen deze sektor de laatste jaren wat sterker op Turkse en Marokkaanse migranten aan het richten is. Er kunnen geen uitspraken gedaan worden over een eventueel afnemen van knelpunten in de zorgverlening, aangezien, zoals al eerder is aangegeven, deze knelpunten in het onderzoek slechts zelden gekwantificeerd worden.

Hoewel er zich de afgelopen 10 jaar mogelijkwijs meer ontwikkelingen hebben voorgedaan in de gezondheid van en het functioneren van de somatische gezondheidszorgvoorzieningen voor Turkse en Marokkaanse migranten, biedt het onderzoek hier verder geen gegevens over. Dat komt enerzijds omdat bij het opzetten van nieuwe onderzoeksprojecten in te geringe mate rekening is gehouden met de vergelijkbaarheid met reeds verricht onderzoek, anderzijds omdat op een aantal terreinen de onderzoeksbelangstelling van vrij recente datum is.

6.3.1.3 Mogelijke toekomstige ontwikkelingen

De migratie van Turken en Marokkanen naar Nederland is de laatste jaren sterk gedaald, terwijl de remigratie is toegenomen. In hoeverre deze trend zich verder door zal zetten, is niet duidelijk. Van Praag en Kool (1982) gaan er in hun prognose van uit, dat er tot 1990 nog wel sprake zal zijn van enige toestroom (primaire en sekundaire gezinsherenigingen) en dat de remigratie per jaar tussen de 1% en 3% van de in Nederland aanwezige Turkse en Marokkaanse bevolking zal liggen. Gekombineerd met de natuurlijke aanwas door geboorte komen zij tot de prognose, dat er in 1990 tussen de 165.000 en 196.000 Turken en tussen de 119.000 en 149.000 Marokka-

nen in Nederland zullen wonen. (Ter vergelijking, op 1 januari 1984 woonden er 156.400 Turken en 107.200 Marokkanen in Nederland). Al met al zou dit betekenen, dat (voorlopig nog) het merendeel van de Turkse en Marokkaanse migranten in Nederland zal blijven. Verwacht mag worden, dat de Turkse en Marokkaanse migranten, en met name de tweede generatie, langzamerhand meer zullen integreren in de Nederlandse samenleving en beter gebruik zullen maken van de Nederlandse voorzieningen, waaronder die op het gebied van de somatische gezondheidszorg. Wat betreft de gezondheid zou dit kunnen betekenen, dat de verschillen in gezondheidstoestand tussen de Nederlandse bevolking enerzijds en de Turkse en Marokkaanse bevolking in Nederland anderzijds langzamerhand zullen afnemen. Wel moet er de eerste tijd nog op verloskundige problemen bij (jonge) Turkse en Marokkaanse vrouwen gerekend worden ten gevolge van een doorgemaakte rachitis.

De oudere eerste generatie Turkse en Marokkaanse migranten zal waarschijnlijk in de nabije toekomst in sterkere mate een beroep doen op de Nederlandse voorzieningen op het gebied van de (somatische) gezondheidszorg. Zowel op het somatische als op het psychosociale vlak kan een toename van (gezondheids)klachten verwacht worden. Naast het natuurlijke verouderingsproces zijn bij deze groep migranten nog twee andere aspecten van belang. Zo heeft het merendeel van de (mannelijke) migranten jarenlang zware lichamelijke arbeid verricht, veelal onder moeilijke omstandigheden. Bovendien speelt wellicht ook het langzamerhand wegvallen van het remigratieperspektief een rol.

Volgens de prognose van Van Praag en Kool (1982) zullen er in 1986 \pm 20.000 Turken en Marokkanen van 50 jaar en ouder in Nederland zijn. Voor 1990 ligt dit cijfer op \pm 30.000.

6.3.2 Surinaamse migranten

6.3.2.1 Gezondheid en gezondheidszorg

Mortaliteit

Gegevens over de sterfte onder Surinaamse migranten beperken zich tot de perinatale en zuigelingensterfte. Wat betreft de perinatale sterfte is zowel onderzoek gedaan op basis van gegevens van de burgerlijke stand als op basis van gegevens over ziekenhuisbevelingen. Het voordeel van de laatste gegevens is, dat daar onderscheid gemaakt wordt naar etnische groep (onder andere Creolen en Aziaten, een wat heterogene groep waar ook Hindoestaanse Surinamers onder vallen). De analyses op de burgerlijke-stand-gegevens van Den Haag (Nordbeck e.a., 1983) en Amsterdam (Doornbos & Nordbeck, 1985) wijzen op een hogere perinatale sterfte onder vrouwen van Surinaamse afkomst in vergelijking met vrouwen van Nederlandse afkomst. Echter alleen in de Haagse gegevens is er sprake van een significant verschil. Uit de analyses op basis van de ziekenhuisgegevens blijkt een hogere perinatale sterfte vooral voor te komen bij Creoolse migranten (Doornbos & Nordbeck, 1985).

De analyses met betrekking tot de zuigelingensterfte, eveneens uitgevoerd op basis van de burgerlijke-stand-gegevens van Den Haag (Nordbeck e.a., 1983) en Amsterdam (Doornbos & Nordbeck, 1985) wijzen niet op een hogere sterfte onder Surinaamse migranten in vergelijking met Nederlanders.

Wat kan er nu op basis van deze gegevens gezegd worden over de toestand van Surinaamse migranten in Nederland. Met betrekking tot de zuigelingensterfte zijn geen verschillen tussen Nederlanders enerzijds en Surinamers anderzijds geconstateerd. Deze mortaliteitsmaat wordt vooral geacht een weerspiegeling te zijn van de sociale omstandigheden en daarmee beschouwd als een bruikbare indicator van de gezondheidstoestand van - niet alleen kinderen,

maar - hele bevolkingsgroepen (Nordbeck, 1982). De perinatale sterfte daarentegen wordt gezien als een index voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de prenatale en verloskundige zorg; hoewel ook de biologische factoren en de algemene gezondheidstoestand van de moeder een belangrijke rol kunnen spelen (Nordbeck, 1982). Aan de toegankelijkheid van de zorg, lijkt, zoals verderop in deze paragraaf zal blijken, de hogere perinatale sterfte onder Creoolse migranten niet direkt geweten te kunnen worden. Wel zijn er aanwijzingen voor het meespelen van biologische factoren. Een belangrijk deel van de hogere perinatale zorg sterfte onder Creoolse migranten wordt namelijk veroorzaakt door het vroegtijdig loslaten van de placenta, hetgeen samen zou hangen met een verhoogde bloeddruk (Nordbeck & Doornbos, 1985).

Konklusie: de mortaliteitscijfers wijzen op een hogere perinatale sterfte bij Creoolse Surinamers; de zuigelingensterfte onder Surinaamse migranten lijkt niet af te wijken van die van Nederlanders.

Antropometrie

Ook bij het onderzoek naar de lichaamslengte van Surinaamse migranten is onderscheid gemaakt tussen de twee grootste etnische groepen in de Surinaamse bevolking, namelijk Creolen en Hindoestanen. Evenals dat het geval was bij de Turkse en Marokkaanse migranten heeft het onderzoek naar de lichaamslengte van Surinaamse migranten vooral plaatsgevonden bij kinderen van lagere schoolleeftijd (6-12 jaar). Uit deze gegevens blijkt, dat Creoolse kinderen, wat betreft hun lichaamslengte, vrijwel niet afwijken van Nederlandse kinderen; Hindoestaanse kinderen zijn echter, zowel voor als na de puberteit, duidelijk kleiner (Egger e.a., 1980 en Losekoot & Stolwijk, 1981).

Konklusie: de lichaamslengte van Hindoestaans-Surinaamse kinderen is geringer dan die van Nederlanders; de lichaamslengte van Creools-Surinaamse kinderen verschilt vrijwel niet van die van Nederlanders.

Morbiditeit

Onderzoek naar algemene gezondheidsklachten, specifieke ziekten en lichamelijke afwijkingen bij Surinaamse migranten heeft zich tot nu toe vooral gericht op kinderen (tot \pm 12 jaar). Uit deze studies blijkt dat de incidentie van rachitis (Nijhuis e.a., 1982) en ijzergebreknaemie (Bossen & De Groot, 1983) bij Surinaamse kinderen hoger ligt dan bij Nederlandse kinderen.

Ook in de voedingsonderzoeken worden aanwijzingen voor deze ziekten gevonden (onder andere Steenbergen e.a., 1978a en b en Egger e.a., 1980). Er lijkt echter, met uitzondering van de lage vitamine D-status, geen sprake te zijn van een ongunstige voedingssituatie (Luyken, 1982). Naast rachitis en ijzergebreknaemie is bij Surinaamse kinderen ook gekeken naar het voorkomen van lichamelijke afwijkingen zoals visus- en gehoorstoornissen. Wat betreft visusafwijkingen zijn geen verschillen gekonstateerd tussen Nederlandse en Surinaamse kinderen (De Haas, 1981 en De Leeuw-Vringer, 1983). Gehoorstoornissen (in de vorm van geleidingsstoornissen) zijn echter wel vaker vastgesteld bij Surinaamse kinderen (De Haas, 1981 en Munneke, 1982).

Zowel bij Surinaamse kinderen als bij Surinaamse volwassenen lijken intestinale worminfekties (onder andere zweepwormen, mijnwormen en spoelwormen) vaker voor te komen dan bij Nederlanders. Bij Surinaamse vrouwen zou er sprake kunnen zijn van een hogere frequentie van de diagnose Irritable Bowel Syndroom (Meijer, 1982).

Konklusie: rachitis, ijzergebreknaemie, gehoorstoornissen (in de vorm van geleidingsstoornissen), intestinale worminfekties en waarschijnlijk ook de diagnose Irritable Bowel Syndroom komen bij Surinaamse migranten vaker voor dan bij Nederlanders.

de deelname aan de voorzieningen

Over het gebruik, dat Surinaamse migranten van de Nederlandse voorzieningen op het gebied van de (somatische) gezondheidszorg maken, zijn in het algemeen geen landelijke gegevens bekend. Bo-

vendien hebben de onderzoeken waarop onderstaande gegevens gebaseerd zijn zich veelal beperkt tot de vier grote gemeenten (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht).

Surinaamse vrouwen zijn oververtegenwoordigd onder de cliënten van de abortuspoliklinieken. Bovendien lijken zij vaker gebruik te maken van het ziekenhuis voor bevallingen. Surinaamse kinderen (0-4 jaar) zouden vaker in het ziekenhuis worden opgenomen voor rachitis. Het is echter niet duidelijk of Surinaamse migranten ook vaker een beroep doen op de diensten van de huisarts en de apotheek.

Van de tandartsenzorg (inklusief de schooltandartsenzorg) en de voedings- en dieetzorg lijken Surinamers in mindere mate een gebruik te maken dan Nederlanders. Dit lijkt ook van toepassing te zijn op de kraamzorg, zij het echter niet zo sterk als dat het geval was bij Turkse en Marokkaanse migranten.

De deelname van Surinaamse migranten aan de zuigelingen- en kleuterzorg en aan de schoolgezondheidszorg lijkt plaatselijk op vrijwel hetzelfde niveau te liggen als dat van Nederlanders. Het is echter niet bekend of dit ook voor de landelijke situatie geldt.

Ook van de voorzieningen op het gebied van de prenatale en verloskundige zorg lijken Surinaamse migranten op vrijwel gelijke wijze als Nederlanders gebruik te maken. Wel lijken Surinaamse vrouwen, zoals al eerder is aangegeven, vaker dan Nederlandse vrouwen voor een ziekenhuisbevalling te kiezen. Aziatische vrouwen (waaronder ook de Hindoestaanse Surinaamse vrouwen vallen) zouden zich in het algemeen wat later voor de eerste prenatale controle melden dan Nederlandse vrouwen.

Over de mate waarin Surinaamse migranten onder bedrijfsgeneeskundige zorg vallen en contacten met deze zorg hebben, zijn geen gegevens bekend. Hetzelfde geldt voor de omvang van het gebruik, dat Surinaamse migranten van de diensten van de fysiotherapeut maken.

Konklusie: het gebruik dat Surinaamse migranten van de Nederlandse voorzieningen op het gebied van de somatische gezondheidszorg ma-

ken, lijkt (nog) in belangrijke mate af te wijken van dat van Nederlanders.

het functioneren van de voorzieningen

Over de contacten van hulpverleners in de somatische gezondheidszorg met Surinaamse migranten zijn slechts zeer summiere gegevens bekend. Deze wijzen niet op specifieke problemen (Hoolboom & Van Leeuwen, 1982 en Nederlands Instituut voor Kinderstudie, 1983). Over de ervaringen van Surinaamse migranten zelf zijn geen gegevens bekend.

Konklusie: in de somatische gezondheidszorg lijken hulpverleners weinig specifieke problemen met Surinaamse migranten te ervaren.

6.3.2.2 Ontwikkelingen 1975-1985

Op basis van de beschikbare (onderzoeks)gegevens kunnen geen uitspraken gedaan worden over ontwikkelingen in de gezondheid van en het functioneren van de somatische gezondheidszorgvoorzieningen voor Surinaamse migranten in de periode 1975-1985. Het aantal publikaties, waarin specifiek aandacht wordt besteed aan Surinaamse migranten, is daarvoor te gering en bovendien zijn de publikaties naar onderwerp te heterogeen.

6.3.2.3 Mogelijke toekomstige ontwikkelingen

Op 1 januari 1982 woonden ruim 180.000 Surinaamse migranten in Nederland. De prognose van het Sociaal en Cultureel Planbureau voorziet een verdere groei van deze migrantenpopulatie en komt voor 1990 uit op een totaal aantal Surinamers van ± 210.000 tot ± 223.000 (Kool & Van Praag, 1982). Er zijn echter aanwijzingen, dat deze prognose wel eens te hoog zou kunnen liggen. Sinds 1981 is de

migratie van Surinamers naar Nederland sterk teruggelopen en de remigratie toegenomen. Vanaf 1982 is er zelfs sprake van een negatief vestigingssaldo. Kool en Van Praag (1982) gaan er in hun prognose vanuit, dat er tot 1986 nog sprake zal zijn van een vestigingsoverschot van 5.000 tot 7.000 migranten. Na 1986 verwachten zij, dat immigratie en remigratie elkaar in evenwicht zullen houden. Als de ontwikkeling van 1982 zich echter verder voortzet, zal het aantal Surinaamse migranten in 1990 beduidend onder de prognose liggen. Desondanks lijkt ook voor Surinaamse migranten gesteld te kunnen worden, dat het merendeel van hen (voorlopig nog) in Nederland zal blijven. Evenals dat het geval was bij de Turkse en Marokkaanse migranten mag dan ook verwacht worden, dat de Surinaamse migranten langzamerhand meer zullen integreren in de Nederlandse samenleving en ook beter gebruik zullen maken van de Nederlandse voorzieningen, waaronder die op het gebied van de somatische gezondheidszorg. Dit zou dan tevens kunnen leiden tot een vermindering van de verschillen in gezondheidstoestand tussen de Surinaamse migranten en de Nederlanders. Bij (jonge) Surinaamse vrouwen moet de eerste tijd nog wel rekening gehouden worden met verloskundige problemen ten gevolge van een doorgemaakte rachitis. Mijworminfekties (een intestinale worminfektie) zullen in de toekomst bij Surinaamse migranten minder vaak voorkomen in verband met de terugval in de migratie naar Nederland en de beperkte levensduur van deze wormen. Bovendien kan deze infektie in gematigde luchtstreken niet overgedragen worden, tenzij onder uitzonderlijke omstandigheden (De Geus, 1984). De levensduur van de andere intestinale worminfekties, die bij Surinaamse migranten in Nederland vaker voorkomen, is in het algemeen langer. Terwijl bovendien bijvoorbeeld bij spoelworminfekties ook in een gematigd klimaat overdracht van de infektie mogelijk is.

Bij oudere Surinaamse migranten tenslotte moet ten gevolge van een natuurlijk verouderingsproces rekening gehouden worden met een toename van gezondheidsklachten. Dit zal leiden tot frekwentere

kontakten met de Nederlandse voorzieningen op het gebied van de somatische gezondheidszorg.

7. AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk zullen op basis van het geschetste beeld aanbevelingen worden geformuleerd met betrekking tot het beleid (§ 7.1), de praktijk (§ 7.2) en het onderzoek (§ 7.3).

7.1 Aanbevelingen met betrekking tot het beleid

Er is nog steeds extra aandacht van de overheid gewenst voor de gezondheid van migranten en het functioneren van de voorzieningen op het gebied van de somatische gezondheidszorg voor deze groep. Wat betreft de gekonstateerde gezondheidkundige problematiek zou hierbij gedacht kunnen worden aan de volgende punten:

De onderzoeksresultaten indiceren, dat tuberculose, echinokokkose, rachitis en ijzergebrekanaemie bij Turkse en Marokkaanse migranten en intestinale worminfekties, rachitis, ijzergebrekanaemie, gehoorstoornissen en waarschijnlijk ook het Irritable Bowel Syndroom bij Surinaamse migranten vaker voorkomen dan bij Nederlanders. Aangezien zowel rachitis als ijzergebrekanaemie een relatie met voeding hebben, is extra voorlichting op dit punt gewenst.

Er dient extra aandacht besteed te worden aan de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding van migranten, met name op het gebied van de voeding.

Bij de werving van buitenlandse arbeidskrachten heeft de aandacht voor de (import van) tuberculose steeds een belangrijke plaats ingenomen. Sinds 1966 is de verstrekking van een verblijfsvergunning (aan onderdanen van niet-EEG landen) gekoppeld aan een tuberculose-onderzoek. Na dit eerste onderzoek worden migranten verondersteld nog minimaal drie jaar onder controle van het konsultatiebureau voor tuberculose-bestrijding te blijven. In Nederland

geboren migrantenkinderen worden één maal door dit konsultatiebureau opgeroepen voor een BCG-injectie en één maal voor controle. De opkomst van migranten(kinderen) op het konsultatiebureau voor de tuberculose-bestrijding is, met uitzondering van het eerste onderzoek in verband met de verstrekking van een verblijfsvergunning, niet optimaal (Crombach & Selter, 1983).

Ter vermindering van het besmettingsgevaar van tuberculose worden in de zuigelingen- en kleuterzorg plaatselijk (onder andere Amsterdam) standaard BCG-vaccinaties toegediend aan (Turkse en Marokkaanse) migrantenkinderen. Er lijkt hierbij echter geen sprake te zijn van een algemeen landelijk beleid.

Overwogen zou moeten worden BCG-vaccinaties standaard op te nemen in het verzorgingspakket van de zuigelingen- en kleuterzorg voor (Turkse en Marokkaanse) migrantenkinderen.

Ten aanzien van de problematiek op het gebied van de gezondheidszorg lijken de volgende punten van belang:

Gekonstateerd is, dat het gebruik, dat Turkse, Marokkaanse en Surinaamse migranten van de Nederlandse voorzieningen op het gebied van de somatische gezondheidszorg maken, (nog) in belangrijke mate afwijkt van dat van Nederlanders. Een aspekt, dat hierbij een belangrijke rol lijkt te spelen, is de onbekendheid van migranten met het Nederlandse gezondheidszorgsysteem.

Er dient extra aandacht besteed te worden aan de voorlichting aan migranten op het gebied van de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg.

Wat betreft het funktioneren van de voorzieningen op het gebied van de somatische gezondheidszorg voor Turkse en Marokkaanse migranten is gekonstateerd, dat dit (nog) niet als optimaal beschouwd kan worden. Zowel voor de hulpverleners als voor de Turkse en Marokkaanse migranten vormen de taal- en kommunikatieproblemen

nog steeds een groot struikelblok.

De activiteiten van het Bureau voorlichting gezondheidszorg buitenlanders en van de tolkencentra dienen gekontinueerd te worden.

Ook de beperkte kennis van de hulpverleners met betrekking tot de kulturele achtergronden van migranten vormt een knelpunt in de hulpverlening.

Er dient extra aandacht besteed te worden aan de voorlichting aan hulpverleners over de kulturele achtergronden van migranten.

Voorlichting aan hulpverleners over de kulturele achtergronden van migranten zou tot uitdrukking kunnen komen in de onderwijsprogramma's van de opleidingen op het gebied van de gezondheidszorg en in de programma's met betrekking tot deskundigheidsbevordering.

Overwogen zou dienen te worden extra faciliteiten ter beschikking te stellen ten behoeve van de deskundigheidsbevordering van hulpverleners in de (somatische) gezondheidszorg.

De beperkte onderzoeksresultaten met betrekking tot de ervaringen van migranten met de somatische gezondheidszorg indiceren, dat migranten regelmatig moeite hebben met de medische benadering van Nederlandse artsen. Zij vinden, dat Nederlandse artsen te vaak een afwachtende houding aannemen en het genezingsproces op een natuurlijke manier willen laten verlopen. Ook wordt wel genoemd, dat Nederlandse artsen te veel twijfelen en daardoor de indruk wekken niet precies te weten, wat er aan de hand is.

Er dient extra aandacht besteed te worden aan de voorlichting aan migranten ten aanzien van de (medische) benadering in de Nederlandse gezondheidszorg.

Veel migranten noemen als oplossing voor de problemen in hun kontakten met de Nederlandse gezondheidszorg de inschakeling van art-

sen uit het land van herkomst. Het Overlegorgaan medische verzorging buitenlandse werknemers heeft inzake het aantrekken van buitenlandse artsen echter al in 1974 negatief geadviseerd aan de toenmalige Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (Overlegorgaan medische zorg buitenlandse werknemers, 1975). Eén van de argumenten, die zij hierbij hanteerden, was, dat zij het bezwaarlijk vonden om aan landen, waar al een tekort aan gezondheidspersoneel bestond, artsen (en eventueel verpleegsters) te onttrekken. Om toch aan de behoefte van migranten tegemoet te komen zonder het (schaarse) aanbod van hulpverleners in de landen van herkomst aan te tasten zou bevorderd dienen te worden, dat migranten opleidingen volgen op het gebied van de gezondheidszorg en ook daadwerkelijk ingezet worden in de hulpverlening aan migranten en aan Nederlanders. Hierdoor zou de hulpverlening aan migranten verbeterd kunnen worden en zou een positieve bijdrage kunnen worden geleverd aan de emancipatie van migranten in de Nederlandse samenleving.

Het is gewenst, dat de overheid het volgen van opleidingen op het gebied van de gezondheidszorg door migranten, alsmede het daadwerkelijk inzetten van deze hulpverleners in de gezondheidszorg voor migranten en Nederlanders, bevordert.

Als meer algemene punten kunnen worden genoemd:

Op basis van populatie-ontwikkelingen en prognoses is geconstateerd, dat het merendeel van de migranten (voorlopig nog) in Nederland zal blijven. Dit betekent, dat de Nederlandse overheid te maken zal krijgen met de specifieke zorg voor de ouder wordende migrant. Op het gebied van de gezondheid moet, onder andere ten gevolge van een natuurlijk verouderingsproces, rekening gehouden worden met een toename van de gezondheidsklachten. Dit zal leiden tot frekwentere contacten van migranten met de Nederlandse voorzieningen op het gebied van de somatische gezondheidszorg. De spe-

cifieke problemen van oudere migranten zullen echter niet alleen tot uitdrukking komen op het gebied van de gezondheidszorg, maar ook op andere gebieden, waaronder bijvoorbeeld de huisvesting.

Om tot een gekoördineerd beleid te komen, dat in kan spelen op de specifieke situatie van de ouder wordende migrant in Nederland, lijkt de instelling van een interdepartementale werkgroep gewenst.

Tenslotte is gekonstateerd, dat een continue registratie op landelijk niveau met betrekking tot de gezondheid van migranten en hun deelname aan de gezondheidszorgvoorzieningen in het algemeen ontbreekt. Hierdoor wordt het zicht op ontwikkelingen bij migranten belemmerd en zijn de mogelijkheden voor een gericht en adequaat beleid beperkt. Ook de 'consultative group on ethnic minorities' van de WHO stelde in dit kader vast, dat het belangrijk is migranten als groep te kunnen identificeren (World Health Organization, 1984). Invoering van etniciteit in medische registratiesystemen zou deze identifikatie mogelijk maken. Zowel bij deze registratie als bij onderzoek op basis van deze gegevens zal echter nadrukkelijk rekening gehouden moeten worden met de bescherming van de privacy (zie ook Adviescommissie Onderzoek Minderheden, 1979).

Het is gewenst, dat de overheid invoering van etniciteit in medische registratiesystemen bevordert.

7.2 Aanbevelingen met betrekking tot de praktijk

Ook voor de werkers in het veld van de gezondheidszorg geldt, dat (voorlopig nog) extra aandacht voor migranten gewenst is.

Ten aanzien van de gekonstateerde gezondheidsproblematiek zouden als aanbevelingen gesteld kunnen worden:

- in het algemeen lijkt in de praktijk van de gezondheidszorg extra aandacht gewenst voor het voorkomen van rachitis, ijzeregebrekanaemie en gehoorstoornissen (in de vorm van ge-

leidingsstoornissen) bij migrantenkinderen, voor tuberculose en echinokokkose bij Mediterrane migranten en voor intestinale worminfekties en de diagnose Irritable Bowel Syndroom bij Surinaamse migranten;

- indien bij Hindoestaanse Surinamers schistosoma mansoni infekties worden vastgesteld, dienen ook de overige familieleden op deze infekties gecontroleerd te worden;
- in de prenatale en verloskundige zorg zou men bij Creoolse vrouwen extra attent moeten zijn op verhoogde bloeddruk en bij (jonge) migrantenvrouwen in het algemeen op mogelijke verloskundige problemen ten gevolge van een doorgemaakte rachitis;
- in de bedrijfsgezondheidszorg is extra aandacht gewenst voor gezondheidsklachten van migranten ten gevolge van het jarenlang verrichten van zwaar lichamelijke arbeid en/of langdurige blootstelling aan gevaarlijke stoffen.

Aanbevelingen met betrekking tot de deelname van en het functioneren van de voorzieningen op het gebied van de gezondheidszorg voor migranten betreffen:

- er zou vaker gebruik gemaakt dienen te worden van officiële tolkdiensten en/of speciaal voorlichtingsmateriaal;
- men zou zich meer moeten verdiepen in de kulturele achtergronden van migranten;
- werkers in de schoolgezondheidszorg dienen te overwegen vaker hun onderzoek op de scholen plaats te laten vinden;
- schooltandartsen zouden bij het verlaten van migrantenkinderen van de school (en daarmee van de diensten van de schooltandartsenzorg) extra aandacht dienen te besteden aan de overschrijving van hun patiënten naar een reguliere tandarts;
- de huisarts zou een belangrijke rol kunnen vervullen in de voorlichting aan migranten over de gezins- en bejaardenzorg

- en de kraamzorg en over het belang van de tijdige melding voor de eerste prenatale controle;
- op de kraamafdelingen in het ziekenhuis zou men bij opnames van Aziatische kinderen (inklusief Hindoestaans-Surinaamse kinderen) op de couveuse afdeling, om redenen van een laag geboortegewicht, meer rekening dienen te houden met het postuur van de moeder;
 - in de ziekenhuiszorg verdient het aanbeveling kennis te nemen (en gebruik te maken) van de ervaringen van de werkgroep buitenlandse werknemers van het Academisch Ziekenhuis in Utrecht;
 - binnen de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding zou men extra aandacht dienen te besteden aan de evaluatie van de effectiviteit van de activiteiten ten behoeve van migranten; hierbij zou onder andere gebruik gemaakt kunnen worden van de ervaringen van het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders.

7.3 Aanbevelingen met betrekking tot het onderzoek

Als algemene aanbevelingen voor het onderzoek op het gebied van de (somatische) gezondheid en gezondheidszorg voor migranten kunnen worden genoemd:

- in verband met de vergelijkbaarheid van de onderzoeksresultaten dient meer rekening gehouden te worden met reeds verricht en nog lopend onderzoek;
- er dient meer recht gedaan te worden aan de geografische spreiding van migranten in Nederland, dat wil zeggen dat het onderzoek zich minder moet beperken tot de randstad;
- het is noodzakelijk om ook aan andere migrantengroepen dan Turken, Marokkanen en Surinamers specifiek aandacht te besteden; bovendien lijkt het raadzaam om Turken en Marokkanen en

- de verschillende Surinaamse etnische groepen apart te onderscheiden;
- om de specifieke migrantenaspekten te onderscheiden van de aspecten die samenhangen met het sociaal-ekonomisch niveau, zal zoveel mogelijk ook een vergelijkbare groep Nederlandse respondenten (zelfde sociaal-ekonomisch niveau) in het onderzoek opgenomen dienen te worden.

Als specifieke onderzoeksprojekten kunnen onder andere worden genoemd:

- onderzoek naar aard en frekwentie van gezondheidsklachten van migranten in vergelijking met een groep Nederlanders van een zelfde sociaal-ekonomisch niveau;
- onderzoek naar de frekwentie van het optreden van knelpunten in de (somatische) zorgverlening aan (Turkse en Marokkaanse) migranten;
- onderzoek naar de ervaringen van migranten met de Nederlandse voorzieningen op het gebied van de (somatische) gezondheidszorg in vergelijking met een groep Nederlanders van een zelfde sociaal-ekonomisch niveau;
- onderzoek onder oudere migranten (ouder dan 50 jaar) naar het voorkomen van gezondheidsproblemen en naar de knelpunten, die zij ervaren in hun kontakten met de Nederlandse (somatische) gezondheidszorg;
- bedrijfsgeneeskundig onderzoek onder oudere buitenlandse werknemers naar gezondheidsklachten, die mogelijk samenhangen met het werk (langdurig zware fysieke belasting en/of blootstelling aan gevaarlijke stoffen).

LITERATUUR

- ADVIESCOMMISSIE ONDERZOEK MINDERHEDEN. Minderhedenonderzoek en privacy. Leiden, ACOM, 1979.
- ADVIESCOMMISSIE ONDERZOEK MINDERHEDEN. Programmeringsadvies minderhedenonderzoek 1983. Leiden, ACOM, 1982.
- AMELINK-VERBURG, M. Verloskunde, een vak zonder grenzen; enkele praktische wenken voor de begeleiding van Turkse en Marokkaanse moeders. T.Verlosk. 7 (1982) 177-82.
- ANKONÉ, E.C.M. & W.J. KAUFMAN. Turkse en Marokkaanse vrouwen in Utrecht; een verkennend onderzoek naar hun positie en ervaringen. Utrecht, ROVU, 1984.
- BAGGERMAN, M. GVO op basis- en kleuterscholen met Turkse kinderen. Nijmegen, GG & GD, afd. GVO, 1982.
- BALTUSSEN, E., M. CALON & M. ZEELEN. Turkse kinderen in de jeugdgezondheidszorg; een onderzoek naar mogelijkheden voor verbeteringen in de jeugdgezondheidszorg voor Turkse kinderen in Rotterdam. Wageningen, Vakgr.Gezondheidsl., LH, 1982.
- BARTELS, E. Maagden en moeders; seksualiteit, vruchtbaarheid en voortplanting bij Marokkaanse vrouwen. T.Verlosk. 7 (1982) 163-76.
- BEDAUX, T. & G. VAN DER ZIJDE. Psycho-sociale hulpverlening aan Turken en Marokkanen in het ziekenhuis; een onderzoek in het Academisch Ziekenhuis in Utrecht. Utrecht, Inst.Soc.Psychol., RUU, 1980.
- BEELD '77. Rapport van het Bureau voorlichting gezondheidszorg buitenlanders. Utrecht, 1977.
- BEKHUIS, J., F. JANSSEN, M. VERNOOY-DASSEN & R. VAN HOFTEN. Gastarbeid en welzijn; een onderzoek naar de welzijnssituatie van de gastarbeiders in Nijmegen. Nijmegen, Sociol.Inst., KUN, 1977.
- BEKKUM-VAN VLIET, W.E. VAN. Verslag van het consultatiebureau voor Turkse en Marokkaanse kinderen te Delft; okt. 1980-juli 1981. Delft, Kruisver., 1981.
- BERG, L. DE. Groepsvoorlichting aan zwangere Turkse en Marokkaanse vrouwen; een experiment in het AZU. Utrecht, AZU, 1984.

- BERGINK, A.H. Cariës bij inheemse en uitheemse kleuters. Voeding 42 (1981) 72-5.
- BERGINK, A.H., W.L. TEN HOOPEN, K.G. KONIG E.A. Tandcariës bij inheemse en uitheemse kinderen in Den Haag in 1981; een vergelijking met onderzoeksgegevens uit de jaren 1969-1978; een beschouwing over het toekomstig cariësrisico. Epidem.Bull. 18 (1983) 3; 13-21.
- BERGSHOEFF, R. GVO voor etnische minderheden, toegespitst op Turken en Marokkanen; een literatuurstudie naar enkele beleidsmatige aspecten. Leiden, Vakgr.Andragol., RUL, 1984.
- BLANKEN, G. DEN, G. DOUMA, K. VAN DEN HAAK E.A. Onderzoek naar de voeding en voedingstoestand van 11-jarige Marokkaanse, Turkse en Nederlandse schoolkinderen in Amsterdam. Amsterdam, KIT/Subfac.Geneesk., VU, 1985.
- BLAUWGEERS, J.L.G. & A. LAURET. Gezondheidstoestand van gastarbeiderskinderen; een oriënterend onderzoek. Rotterdam, Inst. Maatsch.Gezondheidsz., EUR, 1978.
- BOERHAAVE COMMISSIE VOOR POSTAKADEMISCH ONDERWIJS IN DE GENEESKUNDE. Gezondheidszorg en Turkse en Marokkaanse migranten. Leiden, RUL, 1981.
- BOSSEN, K.P. & C.J. DE GROOT. IJzergebrek anaemie bij immigrantenkinderen. T.Jeugdgezondheidsz. 15 (1983) 90-3.
- BOUMAN, I. Alternatieve voeding; hulp aan buitenlanders; verslag van een enquête onder diëtisten bij de Kruisorganisatie 1980/1981. Bunnik, Nat.Kruisver., 1981.
- BOUTAR-BOXELAAR, M. & M. BURGERS. Marokkanen en Turken en de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht, Inst.Cult.Antropol., RUU, 1982.
- BRAVEN, M. DEN & T. OSKAM. Informatie via tekstbanden; verslag van een onderzoek naar het gebruik van tekstbanden als communicatiemiddel ter verbetering van het contact tussen de hulpverleners en buitenlandse hulpvragers in de gezondheidszorg. Utrecht, OKU, 1984.
- BREEDVELD, P.H., A. DE GEUS & M.H.F.M. DE JONG-STOELINGA. Intestinale worminfecties bij migranten uit Suriname. Ned.T.Geneesk. 121 (1977) 1126-30.

- BREUKER, T. & M. DE VRIES. Evaluatie-onderzoek tolkencentra; een verkennend onderzoek naar het functioneren van tolkencentra en de behoefte aan tolkendiensten. 's-Gravenhage, Min.CRM, 1979.
- BRUGGEN, H. VAN DER (red.). De buitenlander: Ons een zorg. Lochem, De Tijdstroom, 1980.
- BRUIJN, W. DE. Consultatiebureau buitenlanders. Delft, Kruiskopeling, 1984.
- BUITENLANDSE KINDEREN eerder en langer in het ziekenhuis. Vrij Nederland, 4 maart 1983.
- BURG, A. VAN. Geslachtsziektenvoorlichting aan migranten; een verkennend onderzoek naar de mogelijkheden van voorlichting over geslachtsziekten aan Turken en Marokkanen in Rotterdam. Wageningen, Vakgr.Gezondheidsl., LH, 1980.
- BURO VOORLICHTING GEZONDHEIDSZORG BUITENLANDERS. Kommunikatie; voorlichting gezondheidszorg buitenlanders. Bunnik, 1978.
- BURO VOORLICHTING GEZONDHEIDSZORG BUITENLANDERS. Het Marokkaanse en Turkse kind en de Nederlandse gezondheidszorg. Bunnik, 1979.
- BURO VOORLICHTING GEZONDHEIDSZORG BUITENLANDERS. De buitenlandse patiënt. Bunnik, 1980.
- BUIJS, G., S. ESSERS & M. SCHUTTELAAR. Verslag van een voorbereidende studie betreffende Turkse migranten. De voeding en voedingsgewoonten van migranten uit het Middellandse Zeegebied; dl 1. Wageningen, Vakgr.Hum.Voeding, LH, 1978.
- BUIJS, G., P. GLASBERGEN & K. DE WINTER. Onderzoek naar de voeding en voedingsgewoonten van alleenstaande Turken in Arnhem. In: G. Buijs, e.a. Verslag van een veldonderzoek bij Turkse gezinnen en alleenstaanden. De voeding en voedingsgewoonten van migranten uit het Middellandse Zeegebied; dl 2. Wageningen, Vakgr.Hum.Voeding, LH, 1979. Pp. 51-79.
- CAMPOS CARDOSO, A. DE. Geboorte: In Nederland geboren kinderen naar land van nationaliteit, aard van de verloskundige hulp en plaats van geboorte; 1981. Mndber.Gezondh. (1982) 12; 5-9.
- CARPENTIER, M.C. & E.H.M.C. HUFFMEYER. Gezondheidstoestand van gastarbeiderskinderen; lengte als gezondheidsindicator. Rotterdam, Inst.Maatsch.Gezondheidsz., EUR, 1979.

- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Niet-Nederlanders in Nederland naar geslacht en land van nationaliteit, 1 januari 1976. Mndstat.Bevolk.Volksgezondh. 28 (1980) 12; 72.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Niet-Nederlanders in Nederland naar geslacht en land van nationaliteit, 1 januari 1980. Mndstat.Bevolk. 30 (1982a) 1; 38.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Niet-Nederlanders in Nederland naar gemeente en land van nationaliteit, 1 januari 1980. Mndstat.Bevolk. 30 (1982b) 7-8; 40
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Sterfte onder Turkse en Marokkaanse personen in Nederland. Mndstat.Bevolk. 31 (1983) 6; 13-4.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Niet-Nederlanders in Nederland naar geslacht en land van nationaliteit, 1 januari 1984. Mndstat.Bevolk. 32 (1984) 9; 17.
- CHOENNI, C.E.S. & R.J. DE JONGH. Migranten aan de beurt; een vooronderzoek naar contacten tussen migranten en funktionarissen van dienstverlenende instellingen in Den Haag. Leiden, COMT/RUL, 1982.
- CONEN, M. & H. KRÜGER. De verloskundige zorg bij Turkse en Marokkaanse vrouwen in Nederland; een inventarisatie van de situatie in Nijmegen en literatuuroverzicht. Nijmegen, Inst.Soc. Geneesk., KUN, 1980.
- CROMBACH, M. & P. SELTER. Doorlichten en voorlichten; een onderzoek naar de mogelijkheden van voorlichting over tuberculose aan Turken en Marokkanen in Rotterdam. Rotterdam, GG & GD, afd.GVO, 1983.
- DANZ, M.J., H.A. VAN GEUNS & H.J. NORDBECK (red.). Verslagboek symposium "gezondheidszorg voor etnische minderheden". 's-Gravenhage, Staatsdrukkerij, 1982.
- DANZ, M.J. & R.W.M. GRÜNDEMANN. Psycho-sociale problemen van Turkse adolescenten. Eindverslag. Leiden, NIPG/TNO, 1986 (in voorbereiding).
- DEDEOĞLU, N. Gezondheidsproblemen van Turkse gastarbeiders. Utrecht, NCB, 1980.
- DEMIRHAN, T. Knelpunten in de gezondheidszorg en de maatschappelijke hulpverlening m.b.t. de Turkse werknemers bij de NS. Rotterdam, 1979.

DINÇELEK-LETTINGA, J. Speciaal spreekuur voor baby's en kleuters.
Motief 5 (1979) 4; 10-11.

DINÇELEK-LETTINGA, J. Ik ben geopereerd maar weet niet waarvoor.
Motief 6 (1980) 1/2; 32-3.

DINGEN, B.W.A.M. & Z.M. SIEVAL. Turkse en Marokkaanse vrouwen in
de verloskundige praktijk. Ned.T.Geneesk. 126 (1982) 1959-62.

DOORN, H. VAN & J. GROENEWEG. Onderzoek naar de voeding en voe-
dingsgewoonten van Turkse gezinnen in Nederland. In: G. Buijs
e.a. Verslag van een veldonderzoek bij Turkse gezinnen en
alleenstaanden. De voeding en voedingsgewoonten van migranten
uit het Middellandse Zeegebied; dl 2. Wageningen, Vakgr.Hum.
Voeding, LH, 1979. Pp. 5-50.

DOORNBOS, J.P.R. & H.J. NORDBECK. Perinatal mortality; obstetric
risk factors in a community of mixed ethnic origin in Amster-
dam. Amsterdam, 1985. (diss.)

DORRENBOOM, G. Arts en buitenlandse werknemer. Utrecht, Bunge,
1982.

DRESME, H. & A. BESTEMAN. Onderzoek naar problemen in de hulp- en
dienstverlening aan Turken en Marokkanen. Nijmegen, Inst.Soc-
ciale Pedagog.Andragog., KUN, 1980.

DUPPEN, D. VAN & J. KOSTERS. Informatiewaarde van CARA-voorlich-
tingsmateriaal; verslag van een onderzoek naar de informatie-
waarde van tekeningen voor Turken en Marokkanen. Utrecht,
OKU, 1984.

DIJK, R. VAN. Ziekte en ziektegedrag van Marokkaanse arbeiders in
Nederland; een terreinverkenning. Hilversum, JAC 't Gooi,
1981.

EGGER, R.J., J.H. VAN EE & U.H. RENQVIST. Voedingsonderzoek in de
Bijlmer; voeding en voedingstoestand van 8-jarige Surinaamse
en Nederlandse schoolkinderen in de Bijlmermeer. Amsterdam/
Zeist, KIT/CIVO/TNO, 1980.

EGGER, R.J., K.F.A.M. HULSHOF & C. KISTEMAKER. Voedingsonderzoek
in 's-Gravenhage: voeding en voedingstoestand van achtjarige
Surinaams-Hindoestaanse en Nederlandse schoolmeisjes in de
Haagse wijken Valkenboskwartier en Transvaalkwartier in 1981;
2 dln.

1. Aanleiding, doelstelling, opzet, uitvoering en beschrij-
ving van de populatie. Voeding 43 (1982) 49-53.

2. Resultaten, antropometrie en voedselconsumptie. Voeding 43
(1982) 362-73.

- EMOUS, K. Pet af voor de leerkrachten; een buitenlander in de stoel; dl 3. Ned.Tandartsenbl. 37 (1982) 755-7.
- ENK, A. VAN, J. KLOMP & J.P.R. DOORNBOS. De etnische factor in de verloskunde; verloskundige gegevens van Nederlandse en geïmmigreerde vrouwen. Med.Contact 37 (1982) 1189-92.
- ENTZINGER, H.B. Het minderhedenbeleid; dilemma's voor de overheid in Nederland en zes andere immigratielanden in Europa. Amsterdam, Boom Meppel, 1984. (diss.)
- EPPINK, A. (red.). Kind-zijn in twee culturen; jonge Marokkaanse en Turkse kinderen in Nederland. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1981.
- ERP, TH. VAN. De geneeskundige behandeling van Spaanse arbeiders in Nederland. Ned.T.Geneesk. 111 (1967) 1912-6.
- ES, J.C. VAN. Multiraciale gezondheidszorg; hulp aan etnische minderheden toetssteen gezondheidszorg. Med.Contact 37 (1982) 1183.
- ESCH, L. VAN DER, J. HARTENHOF & E. STEKELBOS. Vraag en aanbod in de prenatale zorg; een onderzoek bij immigranten. Amsterdam, Kweekschool voor Vroedvrouwen, 1983.
- ETTEN, G.M. VAN. Onderzoek op het gebied van de gezondheidszorg voor etnische minderheden; stand van zaken en toekomstperspectief. In: M.J. Danz e.a. (red.). Verslagboek symposium "Gezondheidszorg voor etnische minderheden" gehouden op 28 en 29 oktober 1983 te Leiden. 's-Gravenhage, Staatsdrukkerij, 1982. Pp. 43-59.
- FERNÁNDEZ, R. & F. KÖNIG. Van hulpgeroep tot hulpverlening. Verslag van een jaar ervaring met een nieuw model van hulpverlening binnen de eerste lijn, gericht op buitenlandse werknemers en hun gezinnen. Eindhoven, Werkgr.Eerstelijns Hulpverl. Spanjaarden, 1979.
- GASTARBEIDER EN GEZONDHEIDSZORG. Verslag van het KNMG-symposium van maart 1977. Med.Contact 32 (1977) 493-520.
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID. Gezondheidszorg voor de buitenlandse patiënt. Leidschendam, Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 1982.
- GEUNS, H.A. VAN. Tuberculosebestrijding en buitenlandse werknemers. T.soc.Geneesk. 45 (1967) 23-6.

- GEUNS, H.A. VAN. Knelpunten in de medische zorgverlening. In: Boerhaave Commissie voor postacademisch onderwijs in de geneeskunde. Gezondheidszorg en Turkse en Marokkaanse migranten. Leiden, RUL, 1981a. Pp. 3-9.
- GEUNS, H.A. VAN. TBC en de volksgezondheid. In: Boerhaave Commissie voor postacademisch onderwijs in de geneeskunde. Gezondheidszorg en Turkse en Marokkaanse migranten. Leiden, RUL, 1981b. Pp. 115-23.
- GEUNS, H.A. VAN. Migranten en geestelijke gezondheidszorg. In: F. Schrameyer (red.). Migranten en geestelijke gezondheidszorg; verslag van de studiedag op 27 mei 1983 te Amersfoort. Utrecht, NCGV, 1983. Pp. 71-83.
- GEUS, A. DE. Importziekten. T.soc.Gezondheidsz. 62 (1984) 235-41.
- GLASBERGEN, P. Verslag van een literatuuronderzoek naar aanpassing, voedingsgedrag en migratie. De voeding en voedingsgewoonten van migranten in het Middellandse Zeegebied; dl 3. Wageningen, Vakgr.Hum.Voeding, LH, 1979.
- GRÜNDEMANN, R.W.M. & H. HOOLBOOM. Mediterrane kinderen in Nederland; een oriëntatie in de literatuur. Leiden, NIPG/TNO, 1980.
- GRÜNDEMANN, R.W.M. & H. HOOLBOOM. Turkse en Marokkaanse zuigelingen en kleuters in de jeugdgezondheidszorg; verslag van een vooronderzoek. Leiden, NIPG/TNO, 1982.
- GRÜNDEMANN, R.W.M. & H.J. NORDBECK. Etnische minderheden en zorgverlening. Med.Contact 38 (1983) 577-8.
- GUNNING-SCHEPERS, L. Kleuterbureaus voor multiculturele groepen in Amsterdam; deelname aan het vaccinatie- en gehoorsscreeningsprogramma door Nederlandse en buitenlandse kinderen. T.soc. Geneesk. 59 (1981) 471-7.
- HAAN, M. DE. Turkse, Marokkaanse en Nederlandse jongeren in een Amsterdamse huisartsenpraktijk. Huisarts Wet. 27 (1984) 345-8.
- HAAR, E.S. VAN DER, R. METZ, P.J.E. ROKS E.A. Over welzijn en gezondheid bij Turkse werknemers; een exploratief onderzoek naar de relaties tussen psycho-sociale factoren en lichamelijke klachten onder de Turkse bevolking in Almelo en Rotterdam. Rotterdam, Inst.Prev.Soc.Psychiat., EUR, 1975.

- HAAS, M. DE. Buitenlandse kinderen in de jeugdgezondheidszorg te Rotterdam. Wageningen, Vakgr.Gezondheidsl., LH, 1981.
- HEESCH, L. VAN. Schriftelijke voorlichting aan Turken en Marokkanen over de tandarts. Wageningen, Vakgr.Gezondheidsl., LH, 1983.
- HOEKSTRA, M. & R. VAN DER MEER. Turkse patiënten; een onderzoek in een huisartsenpraktijk. Voorschoten, 1977.
- HOKWERDA, O. Persoonlijke mededeling, 1985.
- HOOLBOOM, H. (red.). Gezondheidszorg en buitenlandse werknemers. Turken en Marokkanen. Alphen a.d. Rijn/Brussel, Stafleu, 1980.
- HOOLBOOM, H. & P. VAN LEEUWEN. Bedrijfsgezondheidszorg en buitenlanders; verslag van een enquête. Leiden, NIPG/TNO, 1982.
- HOUWINK, B., H. KALSBEK, B.R. FRANKEN E.A. Tandbederf bij 5-jarige Amsterdammers in 1973 en 1981 en een onderzoek naar kennis, houding en gedrag met betrekking tot tandheelkunde bij hun begeleiders. Ned.T.Tandheelkd. 90 (1983) 78-86.
- INSTITUUT VOOR SOCIALE KOMMUNIKATIE EN MARKTONDERZOEK. Voorlichting gezondheidszorg buitenlanders; een kwalitatief onderzoek. Amsterdam, 1983.
- KAGIE, R. Buitenlanders in onze ziekenhuizen; twaalf weken lang alleen maar broodjes kaas. Onze Wereld 12 (1982) 16-21.
- KETTING, E. & P. SCHNABEL. De abortushulpverlening in 1977. Verslag van de permanente registratie van cliënten uit Nederland en de naburige landen. Den Haag, Stimezo, 1978.
- KETTING, E. De permanente registratie abortus in Nederland; verslag over het jaar 1980. Den Haag, Stimezo, 1982.
- KETTING, E. & F. LELIVELD. Abortus en anticonceptie anno 1982; jaarverslag van de permanente registratie abortus, aangevuld met diverse onderzoeksgegevens betreffende anticonceptiegebruik in Nederland. Den Haag, Stimezo, 1983a.
- KETTING, E. & F. LELIVELD. Abortus onder minderheden; een overzicht van abortus onder etnische minderheden op basis van gegevens van de permanente registratie 1982. Den Haag, Stimezo, 1983b.

- KLOP, S. & C. SCHEELE. Kinderen krijgen in Nederland; een onderzoek naar sociale aspecten die een rol spelen bij zwangerschap, bevalling en kraambed van Turkse en Marokkaanse vrouwen in Nederland. Rotterdam, Rijksopleidingscentrum voor Verloskundigen, 1981.
- KLUIT-DIJKEN, C.A.L. VAN DER & A.P. KOEMEESTER. Kunstverlossingen bij in het Wilhelmina Gasthuis bevallen buitenlandse en Nederlandse vrouwen in 1979 en 1980. Amsterdam, Wilhelmina Gasthuis, 1982.
- KNAPEN, F. VAN, E.J. RUITENBERG & S.O. PANGGABEAN. Het voorkomen van echinococcosis bij de mens in Nederland. Ned.T.Geneesk. 120 (1976) 1264-5.
- KNAPEN, F. VAN, A.R. VERDONK & J.H. FRANCHIMONT. Echinokokkose in Nederland. Ned.T.Geneesk. 126 (1982) 1105-6.
- KONINGSVELD, P.S. VAN & W.A. SHADID. "Arts en buitenlandse werknemer" onder de loupe; cultuurwetenschappelijke bokkesprongen in de gezondheidszorg. T.soc.Geneesk. 60 (1982) 571-5.
- KOOL, C. & C.S. VAN PRAAG. Bevolkingsprognose allochtonen in Nederland; dl 2: Surinamers en Antillianen. Rijswijk, SCP, 1982.
- KOP, M. & J. VERBEEK. Verslag van een onderzoek naar de voeding en voedingsgewoonten van Marokkaanse gezinnen, met speciale aandacht voor de voeding van Marokkaanse peuters en kleuters in Nederland. De voeding en voedingsgewoonten van migranten uit het Middellandse Zeegebied; dl 4. Wageningen, Vakgr.Hum. Voeding, LH, 1980.
- KRAAYEVELD, M. Sociale problemen werken door in de gezondheid; buitenlandse patiënten in het ziekenhuis. Haagse Courant, 21 sept. 1981.
- KUIPER, C.M., E.A. SCHLESINGER-WAS & G.J. VAANDRAGER. Preventieve gezondheidszorg voor de kinderen van migranten; een onderzoek naar de deelname aan de jeugdgezondheidszorg (0-4 jaar) in Den Haag. Leiden, NIPG/TNO, 1985.
- KUSIN, J.A., J. VAN DER WOORD-VAN DEN BERG, K.E. SCHREUDER & A.M.J.C. VAN TILBORGH. Gewicht en lengte van Surinaamse, Antilliaanse en Nederlandse zuigelingen in de Bijlmermeer, Amsterdam. T.Kindergeneesk. 46 (1978) 198-205.
- LAAR, F. VAN. Jeugdgezondheidszorg en sociale ongelijkheid. Maatsch.Gezondheidsz. 9 (1981) 11; 14-8.

- LAGERWAARD, D. & A.PH. VISSER. De introductie van GVO in het Amsterdamse basisonderwijs; dl 2: Het onderzoek onder de ouders van buitenlandse en anderstalige kinderen. Amsterdam, Vakgr. Soc. Psychol., VU, 1981.
- LEEuw-VRINGER, J.M.C. DE. Vergelijkend onderzoek naar de gezondheidstoestand van Nederlandse en buitenlandse kinderen; bevindingen bij periodiek geneeskundig onderzoek. Leiden NIPG/TNO, 1983. (skriptie vervolgopleiding Jeugdgezondheidszorg)
- LEONARD, S. & A. POLMAN. Buro voorlichting gezondheidszorg buitenlanders; voorlichting in de praktijk. Utrecht, Vakgr.Andragol., RUU, 1983.
- LIM-FEYEN, J.F. De buitenlandse zuigeling en GG en GD-jeugdgezondheidszorg te Amsterdam. Leiden, NIPG/TNO, 1983. (skriptie vervolgopleiding Jeugdgezondheidszorg)
- LINDEN, H. VAN DER. Fysiotherapeut en buitenlanders. Ned.T.Fysiother. 92 (1982) 4; 82-9.
- LOSEKOOT, M. & L. STOLWIJK. Voedingsonderzoek in de Bijlmer; voeding en voedingstoestand van 11-jarige Surinaamse en Nederlandse schoolkinderen in de Bijlmermeer; vervolgonderzoek. Amsterdam, KIT, 1981.
- LUYKEN, R. Voedingsproblemen bij migrantengroepen in Nederland. In: M.J. Danz e.a. (red.). Verslagboek symposium "Gezondheidszorg voor etnische minderheden" gehouden op 28 en 29 oktober 1982 te Leiden. 's-Gravenhage, Staatsdrukkerij, 1982. Pp. 157-66.
- LYSEN-KIST, B., M. SIX & J. PEN. Onderzoek Amsterdam. In: A. Eppink e.a. Marokkaanse en Turkse jongeren, Nederlandse hulpverleningsinstanties. Amsterdam, Averroës, 1981. (Averroës-publ. 10). Pp. 1-27.
- MAK, G. & F. SCHRAMMEYER. Migranten en geestelijke gezondheidszorg; een literatuurstudie, 2e herz.dr. Utrecht, NCGV, 1983.
- MERITS, K. Problemen, die kunnen ontstaan als een Turk gebruik wil of moet maken van de Nederlandse gezondheidszorg en de fysiotherapie in het bijzonder. Deventer, 1982.
- MEIJER, J. Tuberculose bij gastarbeiders in Nederland. T.soc.Geneesk. 53 (1975) 631-6.

- MEIJER, J.S. De diagnose irritable bowel syndroom in de huisartsenpraktijk; een onderzoek in vier huisartspraktijken in Amsterdam-Bijlmermeer. Huisarts Wet. 25 (1982) 274-8.
- MEYER, R. Groepsvoorlichting aan buitenlandse vrouwen op de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuterzorg van de GG & GD in Amsterdam. Amsterdam, GG & GD, afd. GVO, 1983.
- MINDERHEDENNOTA. 's-Gravenhage, Min.van Binnenl.Zaken, 1983.
- MUIZELAAR, J.P., P.H. BREEDVELD & N. CEELIE. Een vergelijkend onderzoek van het klachtenpatroon van Surinamers, Antillianen en Nederlanders in een stadspraktijk. Huisarts Wet. 18 (1975) 411-4.
- MUNNEKE, E.A. Gehoorafwijkingen bij Nederlandse/Westeuropese en allochtone zuigelingen. Leiden, NIPG/TNO, 1982. (skriptie vervolgopleiding Jeugdgezondheidszorg)
- NEDERLANDS INSTITUUT VOOR KINDERSTUDIE. Schoolgezondheidszorg en allochtone kinderen; samenvatting van een oriëntatie bij medewerkers van vijf schoolgezondheidsdiensten. Den Haag, NIK, 1981.
- NEDERLANDS INSTITUUT VOOR KINDERSTUDIE. Meer of minder verschil: Het psycho-sociaal functioneren van schoolkinderen van diverse etnische achtergronden, zoals gezien door de jeugdgezondheidszorg; een inventariserend onderzoek. Den Haag, NIK, 1983.
- NEDERLANDSE STICHTING VOOR DE STATISTIEK. De buitenlandse arbeider in Nederland; een onderzoek ingesteld in opdracht van het Ministerie voor Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk en het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1971.
- NEYZI, O. & P. BINYILDIZ. Growth standards for Turkish children: heights and weights. Courrier 29 (1979) 553-8.
- NORDBECK, H.J. Perinatale en zuigelingensterfte in de grote steden, in het bijzonder bij allochtonen. In: M.J. Danz e.a. (red.). Verslagboek symposium "Gezondheidszorg voor etnische minderheden" gehouden op 28 en 29 oktober 1982 te Leiden. 's-Gravenhage, Staatsdrukkerij, 1982. Pp. 99-116.
- NORDBECK, H.J., H.G.J. NIJHUIS & J. VAN EGMOND. Perinatale en zuigelingensterfte in 's-Gravenhage. Epidem.Bull. 18 (1983) 1; 2-11.

- NORDBECK, H.J. & J.P.R. DOORNBOS. Verloskunde kan weinig doen aan sterfte van baby's bij minderheden; vroeggeboorten en thuisbevallen oorzaak. Volkskrant, 31 januari 1985. (interview)
- NIJHUIS, H.G.J., H.E. ZOETHOUT & G.M. DE JONG. De terugkeer van een volksziekte: rachitis. T.soc.Geneesk. 60 (1982) 846-50.
- OUDEJANS, N.U. Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg voor buitenlanders. T.soc.Geneesk. 58 (1980) Suppl. 146-50.
- OVERBOSCH, D. & H.J. VAN DER KAAJ. Schistosomiasis among Surinam immigrants in the Netherlands, watch the family! Bull.Soc. Path.Ex. 76 (1983) 542.
- OVERLEGORGAAN MEDISCHE VERZORGING BUITENLANDSE WERKNEMERS. Verslag van de werkzaamheden van september 1972 - september 1973. Utrecht, 1973.
- OVERLEGORGAAN MEDISCHE ZORG BUITENLANDSE WERKNEMERS. Jaarverslag 1974. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1975.
- OVERLEGORGAAN MEDISCHE VERZORGING BUITENLANDSE WERKNEMERS. Jaarverslag 1975-1976. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1977.
- OVERLEGORGAAN MEDISCHE VERZORGING BUITENLANDSE WERKNEMERS. Nota psychosociale hulpverlening aan etnische minderheden. Leidschendam, 1982.
- PAES, A.H.P. Gastarbeiders en hun huisartsen. Utrecht, Inst.Huisartsgeneesk., RUU, 1974.
- PAES, A.H.P. De veertig weken van het gezondheidscentrum voor buitenlanders. Utrecht, Inst.Huisartsgeneesk., RUU, 1975.
- PARENT, A. GVO voor kulturele minderheden in Arnhem. Een onderzoek naar de mogelijkheden van GVO voor kulturele minderheden in Arnhem. Arnhem, GG & GD, afd. GVO, 1983.
- PASPOORTZIEKTEN; 25 en 26 januari 1984: Twee identieke cursusdagen. Enschede, G.J. van Hoytema Stichting, 1984.
- PENNINX, R. Naar een algemeen etnisch minderhedenbeleid? Schets van de sociale positie in Nederland van Molukkers, Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders en Mediterrane werknemers en een inventarisatie van het Nederlandse overheidsbeleid. In: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Etnische Minderheden. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1979. Pp. 1-174.

- PENNINX, R. Migration, minorities and policy in the Netherlands; recent trends and developments. Rijswijk, SBMO/DGMO, Min.Welfare, Publ.Hlth Cult.Affairs, 1983.
- POLDERMAN, A.M. & L. GOERDAYAL. Worminfecties bij Hindustanen in Nederland. Ned.T.Geneesk. 121 (1977), 1780.
- PRAAG, C.S. VAN & C. KOOL. Bevolkingsprognose alloctonen in Nederland: Turken en Marokkanen; herz. versie 1982. Rijswijk, SCP, 1982.
- RIEMERSMA, F. & J. GIJTENBEEK. Opleidingen in de gezondheidszorg en minderheden; interimrapportage 1: Inventarisatie van initiatieven. Amsterdam, SCO, 1984.
- RIET PAAP, G.W. VAN. Toelating van niet-geworvenen. T.soc.Geneesk. 45 (1967) 18-22.
- ROELINK, H. Medische verzorging van buitenlandse werknemers. Med. Contact 29 (1974) 612-4.
- SACKMAN, B. Buitenlandse gastarbeiders en hun tandheelkundige problemen. Amsterdam, Opl.Mondhygiëne, VU, 1982.
- SAM, TH.H.J., M. RUHLAND & G.H. ROZENDAAL. Vroedvrouwen; vijfjaarverslag. T.Verlosk. 7 (1982) 397-416.
- SCHEURKOGEL, A. Sociaal-geneeskundige problematiek rond buitenlandse werknemers; werving en keuring in het buitenland. T.soc.Geneesk. 45 (1967) 16-8.
- SCHMITZ, L. (red.). Geboorteregeling en Turkse, Marokkaanse en Surinaamse vrouwen in Nederland. Den Haag, Stimezo, 1981.
- SCHOORL, J.J. Alloctone deelpopulaties in Nederland; een inventariserende studie van bronnen van statistische gegevens en demografisch onderzoek. Voorburg, Nat.Progr.Demogr.Onderz., 1982.
- SCHOORL, J.J. Veranderingen in vruchtbaarheid en huwelijksleeftijden bij Turkse en Marokkaanse vrouwen in Nederland. Demografie (1983) 51; 1-4.
- SCHOORL, J.J. Geboorteregeling van Turkse en Marokkaanse vrouwen benadert Nederlands niveau. Demos 1 (1985) 41-3.
- SCHRAMMEYER, F. (red.). Migranten en geestelijke gezondheidszorg; verslag van een studiedag op 27 mei 1983 te Amersfoort. Utrecht, NCGV, 1983.

- SHADID, W.A.R. & P.S. VAN KONINGSVELD. Minderheden, hulpverlening en gezondheidszorg; achtergrondinformatie ten behoeve van de zorg voor moslimse migranten. Assen, Van Gorcum, 1983.
- SIEVAL, Z.M. Anticonceptie bij Turkse vrouwen. In: MR'70. Verslag van werkzaamheden over de periode 1973, 1974 en 1975. Amsterdam, 1976. Pp. 34-44.
- SIEVAL, Z.M. Geneeskundige zorg voor Turkse vrouwen. In: Boerhaave Commissie voor postacademisch onderwijs in de geneeskunde. Gezondheidszorg en Turkse en Marokkaanse migranten. Leiden, RUL, 1981. Pp. 161-73.
- SIEVAL, Z.M. Anti-conceptie, bevrijding of bedreiging; verslag van een onderzoek onder 73 Turkse migrantenvrouwen in Nederland, aangaande anti-conceptie en abortus provocatus. Den Haag, Stimezo, 1985.
- SPRUIT, I.P. & R.A. VAN DER KRUIJK. Communicatie met Turkse en Marokkaanse patiënten in de apotheek; verslag van een onderzoek. Leiden/Bunnik, Inst.Soc.Geneesk., RUL/Bur.Voorl.Gezondheidsz.Buitenlanders, 1982.
- STEENBERGEN, W.M. VAN, M.E. LEEGWATER-VAN DER LINDEN, T. TE KRONNIE & J. VAN DE WAARD-VAN DEN BERG. De voeding van Surinaamse/Antilliaanse en Nederlandse zuigelingen in de Bijlmermeer. Voeding 39 (1978a) 2-8.
- STEENBERGEN, W.M. VAN, M.E. LEEGWATER-VAN DER LINDEN, T. TE KRONNIE & J. VAN DE WAARD-VAN DEN BERG. De voeding van Surinaamse/Antilliaanse en Nederlandse peuters in de Bijlmermeer. Voeding 39 (1978b) 194-200.
- STICHTING RESEARCH VOOR BELEID. Gezondheidsvoorlichting aan Turken en Marokkanen. Leiden, 1984.
- STICHTING SOCIALE BELANGEN SURINAMERS. Surinaamse bejaarden in Rotterdam; een inventariserend onderzoek naar hun problemen, wensen en behoeften. Rotterdam, 1983.
- VEEN, Y.G. VAN DER. Bedrijfsgeneeskundige facetten rond buitenlandse werknemers. T.soc.Geneesk. 45 (1967) 57-9.
- VENNEMAN, W. Ervaringen van een Amsterdamse huisarts. In: H. Hoolboom (red.). Gezondheidszorg en buitenlandse werknemers, Turken en Marokkanen. Alphen a/d Rijn/Brussel, Stafleu, 1980. Pp. 123-36.

- VERBOOM-VAN DOREN, R. Pre-, peri-, postnatale begeleiding van de moslim vrouw. Rotterdam, Soc.Akademie, 1980. (skriptie)
- VERSPAANDONK, H. Het buitenlandse kind in het Nederlandse ziekenhuis; een onderzoek naar communicatiestoornissen. Bunnik, Bur.Voorl.Gezondheidsz.Buitenlanders, 1982.
- VERVEEN-KEULEMANS, E.M. Buitenlandse kinderen in de Jeugdgezondheidszorg. T.soc.Geneesk. 57 (1979) 21-9.
- VERVEEN-KEULEMANS, E.M. Kinderen van gastarbeiders; een bedreigde groep. T.soc.Geneesk. 58 (1980) Suppl. 47-51.
- VERVOERSBOND CNV. Leven en werken in Nederland; een sociologisch onderzoek onder de Turkse werknemers in dienst bij de NS. Utrecht, 1976.
- VOORHAM, T. & R. BUSSCHOTS. Communicatieproblemen in de jeugdgezondheidszorg. GVO-Preventie 4 (1983) 4; 3-9.
- VREEDE-DE STUERS, C. Onderzoek Utrecht. In: A. Eppink e.a. Marokkaanse en Turkse jongeren. Nederlandse hulpverleningsinstaties. Amsterdam, Averroës, 1981. (Averroës-publ. 10) Pp. 28-43.
- VRIJ, A. De gezondheids"zorg" voor "gast"arbeiders. Med.Contact 30 (1975) 133-4.
- WAFELBAKKER, F. Uit de geneeskundige Hoofdinspectie. Niet-Nederlanders en gezondheidsstatistieken. Med.Contact 39 (1984) 398.
- WERKGROEP BUITENLANDSE ARBEIDERS. Gezondheidszorg en buitenlandse arbeiders. Utrecht, Inst.Cult.Antropol., RUU, 1975.
- WERKGROEP GVO VOOR ETNISCHE GROEPERINGEN. Kennis en gedrag m.b.t. rachitis en vitamine-d-profylaxe onder eerste-generatie immigranten; beschrijving van de bestaande situatie; evaluatie van een geluid-dia-serie in een huisartsenpraktijk. Den Haag, GG & GD, 1983.
- WERKGROEP HULPVERLENING AAN BUITENLANDSE PATIENTEN. Adviesrapport over de verbetering van de hulpverlening aan buitenlandse patiënten in het AZU. Utrecht, AZU, 1982a.
- WERKGROEP HULPVERLENING AAN BUITENLANDSE PATIENTEN. Reacties op het adviesrapport over de verbetering van de hulpverlening aan buitenlandse patiënten in het AZU. Utrecht, AZU, 1982b.

- WERK GROEP HULPVERLENING AAN BUITENLANDSE PATIENTEN. Buitenlanders in het ziekenhuis; eindexamen. Utrecht, AZU, 1983.
- WETENSCHAPPELIJKE RAAD VOOR HET REGERINGSBELEID. Etnische minderheden. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1979.
- WOLFKAMP, A.J. Tien jaar C.B. voor buitenlandse kinderen in Enschede. Maatsch.Gezondheidsz. 4 (1976) 344-5.
- WOLVIUS, G.G. Kinderen van buitenlanders in Nederlandse ziekenhuizen. Med.Contact 39 (1981) 1193-5.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Migrants' health. Report on a meeting, The Hague, 28-30 November, 1983. S.L., WHO, 1984.
- WIJN, M. & H. VAN DER VELDE. De vitamine D status en de voedings-toestand van Turkse, Marokkaanse en Nederlandse kinderen van 11 jaar in Utrecht. Utrecht/Amsterdam, RUU/UvA, 1984.
- ZOUTEWELLE, L. Zwangerschap, bevalling en kraambed bij Marokkaanse en Turkse vrouwen in het land van herkomst en in Nederland. 's-Gravenhage, P.A. Tiele Academie, 1983. (skriptie)

Bijlage 1. Lijst met medische termen

ANAEMIE

vermindering van haemoglobinegehalte en/of het aantal rode bloedlichamen; bloedarmoede

ANTROPOMETRIE

de wetenschap omtrent de afmetingen van de mens

APGARSORE

een cijfer dat de conditie van een kind vlak na de geboorte aangeeft; hiertoe worden punten toegekend aan de kwaliteit van de hartfrequentie, de ademhaling, de opwekbaarheid van reflexen, de spierspanning en de huidskleur

ASCORBINEZUUR

vitamine C

BCG

vaccin voor actieve immunisatie tegen tuberculose

CARA

Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen; aandoeningen van de ademhalingsorganen, onder andere asthma

CAVITEIT

holte in een tand of kies veelal ontstaan door cariës (tandbederf)

DIAGNOSE IRRITABLE BOWEL SYNDROOM

buikpijnklachten, gepaard gaande met algemene verschijnselen van nerveuze spanningen en het ontbreken van aanwijzingen voor een organische oorzaak van de klachten

DKTPIV

vierde (en laatste) vaccinatie tegen difterie, kinkhoest, tetanus en poliomyelitis

ECHINOKOKKOSE

infectie veroorzaakt door de hondelintworm

GENUA VARA

O-benen

GRANDE MULTIPARA

een vrouw die reeds 6 à 7 levensvatbare kinderen heeft ge-
baard

(N.B.: in de in dit rapport behandelde onderzoeken wordt
veelal al bij het vijfde kind gesproken over grande multipa-
riteit)

HYPERBILIRUBINAEMIE

verhoogd bilirubinegehalte (een rode galkleurstof, afbraak-
produkt van haemoglobine) van het bloed

IMMUNOGLOBINE

antistof, deel uitmakend van de gammaglobulinen (afvoerstof-
fen) in het serum

IN PARTU

barend

INTESTINALE WORMINFEKTIE

worminfectie van het darmkanaal

MORBIDITEIT

ziektecijfer, veelvuldigheid van ziekte of ziekten

MORTALITEIT

sterftcijfer

MULTIPARA

een vrouw die verscheidene levende kinderen heeft gebaard

NUTRIENTENGEHALTE

gehalte aan voedingsstoffen die het lichaam nodig heeft (en
niet door het lichaam zelf kunnen worden gevormd) zoals som-
mige vetten en koolhydraten, aminozuren en vitamines

PARTUS IMMATURUS

geboorte van een nog niet levensvatbaar kind

PERINATALE STERFTE

de sterfte kort voor en kort na de geboorte

PKU

phenylketonuria; een aangeboren stofwisselingsziekte

PRIMIPARA

een vrouw die haar eerste (levende) kind baart of gebaard
heeft

RACHITIS

een bij kinderen door gebrek aan vitamine D veroorzaakte stoornis in de fosfor-kalkstofwisseling; "Engelse ziekte"

RHINITIS

ontsteking van het neusslijmvlies

RIBOFLAVINE

vitamine B₂

SCHISTOSOMA MANSONI INFEKTIE

worminfectie van de dikke darm

SECTIO (SAESAREA)

keizersnede

SOLUTIO PLACENTAE

loslaten van de moederkoek

THIAMINE

vitamine B₁

ULCUS DUODENI

zweer van de twaalfvingerige darm

ULCUS VENTRICULI

maagzweer

VACCINATIE

elke vorm van actieve immunisering, waarbij (levend of dood) vaccin in het lichaam wordt gebracht, waardoor het lichaam wordt aangezet tot vorming van immuunstof

VITAMINE D-DEFICIENTIE

vitamine D-gebrek

VITAMINE D-SPIEGEL

vitamine D-gehalte

IJZERGEBREKANAEMIE

anaemie door tekort aan ijzer in het bloed

IJZERSTATUS

ijzergehalte in het bloed

ZUIGELINGENSTERFTE

sterfte in het eerste levensjaar

Bijlage 2. Overzicht van onderzoekspublikaties op het gebied van de somatische gezondheid en gezondheidszorg met betrekking tot migranten over de periode 1975-1985, onderverdeeld naar onderwerp, specifieke aandacht voor migrantengroepen en uitvoerders van het onderzoek

Onderzoek	Onderwerp*	Specifieke aandacht voor migrantengroepen**	Uitvoerders van het onderzoek***
- Ankoné & Kaufman, 1984	2.1.1.1, 2.2.1, 2.2.8, 2.2.9	2	6
- Baggerman, 1982	2.4	2	1
- Baltussen e.a., 1982	2.1.1.2, 2.4	2	1
- Bedaux & Van der Zijde, 1980	2.3.1	2	1
- Bekhuis e.a., 1977	2.1.2, 2.2.1, 2.3.1	2,3	1
- Bekkum-Van Vliet, 1981	2.1.1.1	2	4
- Bergink, 1981	2.2.4	-	4
- Bergink e.a., 1983	2.2.4	-	4
- Blauwgeers & Lauret, 1978	1.2	2	1
- Bossen & De Groot, 1983	1.3	-	4
- Bouman, 1981	2.2.5	-	4
- Boutar-Boxelaar & Burgers, 1982	1.3, 2.1.1.1, 2.2.1	2	1
- Den Braven & Oskam, 1984	2.4	-	3
- Breedveld e.a., 1977	1.3	1	3
- Breuker & De Vries, 1979	2.1.1.1, 2.2.1, 2.3.1	-	6
- Van Burg, 1980	2.4	2	1
- Buijs e.a., 1979	1.4	2	1
- De Campos Cardoso, 1982	2.2.8, 2.3.1	2,3	6
- Carpentier & Huffmeyer, 1979	1.2	1	1
- Centraal Bureau voor de Statistiek, 1983	1.1	2	6
- Choenni & De Jongh, 1982	2.1.1.1, 2.1.1.2, 2.2.1	-	2
- Conen & Krüger, 1980	2.2.8	2	1
- Crombach & Selter, 1983	2.4	2	1
- Dedeoğlu, 1980	2.1.1.1, 2.2.1, 2.3.1	2	3
- Demirhan, 1979	2.1.2	2	1
- Dingen & Sieval, 1982	2.2.8, 2.2.9	2	4
- Van Doorn & Groeneweg, 1979	1.4	2	1
- Doornbos & Nordbeck, 1985	1.1, 2.2.8, 2.2.9, 2.3.1	1,2	4

vervolg bijlage 2.

Onderzoek	Onderwerp*	Specifieke aandacht voor migrantengroepen**	Uitvoerders van het onderzoek***
- Dresmé & Besteman, 1980	2.2.1	2	2
- Van Duppen & Kösters, 1984	2.4	2	3
- Egger e.a., 1980	1.2, 1.3, 1.4, 2.2.4	1	3
- Egger e.a., 1982	1.2, 1.4	1	3
- Van Enk e.a., 1982	1.1, 2.2.8, 2.3.1	1	4
- Van der Esch e.a., 1983	2.2.8, 2.3.1	1	1
- Van Geuns, 1981b	1.3	-	6
- Gunning-Schepers, 1981	2.1.1.1	2	4
- De Haan, 1984	1.3, 2.2.1	2	2
- Van der Haar e.a., 1975	1.3	2	1
- De Haas, 1981	1.2, 1.3, 2.1.1.2	1,2,3	1
- Van Heesch, 1983	2.1.1.3, 2.2.4 2.4	2	1
- Hoekstra & Van der Meer, 1977	1.3	2	1
- Hoolboom & Van Leeuwen, 1982	2.1.2	1,2,3	3
- Houwink e.a., 1983	2.2.4	-	2
- Instituut voor Sociale Communicatie en Marktonderzoek, 1983	2.4	2	3
- Ketting, 1982	2.2.7	1	4
- Ketting & Leliveld, 1983a	2.2.7	1	4
- Ketting & Leliveld, 1983b	2.2.7	1,2	4
- Ketting & Schnabel, 1978	2.2.7	1	4
- Klop & Scheele, 1981	2.2.8	2	1
- Van der Kluit-Dijken e.a., 1982	2.2.8, 2.3.1	1	4
- Van Knapen e.a., 1976	1.3	-	3
- Van Knapen e.a., 1982	1.3	-	3
- Kop & Verbeek, 1980	1.4	2	1
- Kuiper e.a., 1985	2.1.1.1, 2.3.1	1,2	3
- Kusin e.a., 1978	1.2	1	3
- Lagerwaard & Visser, 1981	2.1.1.2, 2.1.1.3, 2.4	2,3	2
- De Leeuw-Vringer, 1983	1.2, 1.3, 2.1.1.2, 2.1.1.3, 2.2.4	1,2	1
- Lim-Feyen, 1983	2.1.1.2	1,2	1
- Losekoot & Stolwijk, 1981	1.2, 1.4, 2.2.4	1	3
- Lysen-Kist e.a., 1981	2.2.1	2	3
- Merits, 1982	2.2.3	2	1
- Meijer, 1975	1.3	-	4

Vervolg bijlage 2.

Onderzoek	Onderwerp*	Specifieke aandacht voor migrantengroepen**	Uitvoerders van het onderzoek***
- Meijer, 1982	1.3	-	2
- Muizelaar e.a., 1975	2.2.1	1	2
- Munneke, 1982	1.3	-	1
- Nederlands Instituut voor Kinderstudie, 1981	2.1.1.2	-	3
- Nederlands Instituut voor Kinderstudie, 1983	2.1.1.2	1,2	3
- Nordbeck, 1982	1.1, 2.2.8	1,2	3
- Nordbeck e.a., 1983	1.1, 2.2.8	1,2	3
- Nijhuis e.a., 1982	1.3, 2.3.1	1,2	4
- Parent, 1983	2.4	2	1
- Polderman & Goerdayal, 1977	1.3	1	5
- Sam e.a., 1982	2.2.8	-	4
- Schoorl, 1985	2.2.7	2	3
- Sieval, 1976	2.1.1.1, 2.2.7	2	4
- Sieval, 1985	2.2.7	2	4
- Spruit & Van der Kruik, 1982	2.2.2, 2.4	2	2
- Van Steenberg e.a., 1978 a-b	1.4	1	3
- Stichting Research voor Beleid, 1984	2.4	2	3
- Stichting Sociale belangen Surinamers, 1983	1.3	1	6
- Verspaandonk, 1982	1.3, 2.3.1, 2.4	2	1
- Vervoersbond CNV, 1976	2.1.2, 2.2.1, 2.3.1	2	6
- Vreede-De Stuers, 1981	2.1.1.2	2	3
- Vrij, 1975	2.2.1	-	4
- Werkgroep buitenlandse arbeiders, 1975	1.3, 2.1.2, 2.2.1, 2.3.1	2	1
- Werkgroep gvo, 1983	2.4	1,2	4
- Wijn & Van der Velde, 1984	1.2, 1.3	2	1

Voetnoten bij bijlage 2

* Onderwerp

1. Gezondheid

- 1.1 Mortaliteit
- 1.2 Antropometrie
- 1.3 Morbiditeit
- 1.4 Voeding

2. Gezondheidszorg

2.1 Basisgezondheidszorg

- 2.1.1 Jeugdgezondheidszorg
 - 2.1.1.1 Zuigelingen- en kleuterzorg
 - 2.1.1.2 Schoolgezondheidszorg
 - 2.1.1.3 Schooltandartsenzorg
- 2.1.2 Bedrijfsgezondheidszorg

2.2 Eerstelijnsgezondheidszorg

- 2.2.1 Huisartsenzorg
- 2.2.2 Apothekerszorg
- 2.2.3 Fysiotherapeutische zorg
- 2.2.4 Tandartsenzorg
- 2.2.5 Voedings- en dieetzorg
- 2.2.6 Gezins- en bejaardenzorg
- 2.2.7 Zorg met betrekking tot geboorteregend gedrag
- 2.2.8 Prenatale en verloskundige zorg
- 2.2.9 Kraamzorg

2.3 Intramurale zorg

- 2.3.1 Ziekenhuiszorg
- 2.3.2 Verpleeghuiszorg

2.4 Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

** Specifieke aandacht voor migrantengroepen

- 1. Surinamers (en Antillianen)
- 2. Turken en/of Marokkanen
- 3. Overige migrantengroepen
- Geen afzonderlijke migrantengroepen onderscheiden

*** Uitvoerders van het onderzoek

- 1. Studenten (kursisten)
- 2. Universitaire medewerkers
- 3. Medewerkers onderzoeksinstituten (niet-universitair)
- 4. Medewerkers instellingen gezondheidszorg
- 5. Onduidelijk
- 6. Overig

HUISDRUKKERIJ NIPG-TNO

85026

ISBN 90-6743-040-4