

Universiteit Utrecht
Faculteit Sociale Wetenschappen

BACHELORTHESIS

Academiejaar 2011-2012

Sociologie

**Acculturatie van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse
migranten en het gebruik van eerstelijnszorg**

Maartje Boon 3472671

Rianne Twijnstra 3478351

Begeleider:

Dr. T.H.M. Huijts

Inhoud

Voorwoord	3
Abstract	4
Inleiding	5
<i>Acculturatie</i>	6
Theorie	9
<i>Acculturatiestrategieën</i>	9
<i>Acculturatie en zorggebruik</i>	12
Methoden	18
<i>De steekproeftrekking</i>	18
<i>De vragenlijst</i>	19
<i>Non-respons</i>	19
<i>Representativiteit</i>	20
Operationalisatie	20
<i>Afhankelijke variabele</i>	20
<i>Onafhankelijke variabele: traditionele normen en waarden</i>	21
<i>Onafhankelijke variabele: sociale informele contacten</i>	24
<i>Onafhankelijke variabele: taalvaardigheid</i>	25
<i>Onafhankelijke variabele: vaste baan</i>	26
<i>Controlevariabelen</i>	27
Data analyse	29
Resultaten	30
<i>Bivariate analyse</i>	30
<i>Multivariate analyse</i>	31
Conclusie	39
<i>Belangrijkste onderzoeksbevindingen</i>	39
<i>Generationale status</i>	41
<i>Gezondheid</i>	41
Discussie	43
<i>Theoretische en praktische implicaties</i>	43
<i>Methodologische kanttekeningen</i>	44
Referentielijst	47

Voorwoord

Het schrijven van deze bachelorscriptie betekent de voltooiing van onze universitaire studie sociologie. Om aan het einde van de studie geheel een eigen onderzoek uit te voeren, was een boeiende ervaring. De geleerde vaardigheden en de opgedane kennis in de afgelopen drie jaar komen hier bij elkaar.

Graag richten we een woord van dank tot Dr. T.H.M. Huijts vanwege de uitstekende begeleiding die hij heeft gegeven. De goede en snelle feedback was belangrijk in de voortgang van de scriptie. Met alle vragen konden we bij hem terecht, dat was ons zeker tot steun.

Tot slot gaat onze dank uit naar onze familie en vrienden die ons bij hebben gestaan in de afgelopen tijd.

Abstract

Het proces van acculturatie wordt verondersteld veranderingen in gezondheid en gedrag te beïnvloeden. Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen verschillen wat betreft het gebruik van eerstelijnszorg van elkaar. Daarnaast gebruiken eerste generatie migranten meer zorg dan tweede generatie migranten binnen elke genoemde etnische minderheidsgroep. Deze scriptie onderzoekt of de mate van acculturatie van migranten een verklaring biedt voor de verschillen in zorggebruik. Migranten welke in een sterkere mate zijn geaccultureerd, voelen zich meer gezond en maken minder gebruik van eerstelijnszorg. Aan de andere kant voelen migranten welke in mindere mate zijn geaccultureerd, zich minder gezond en maken meer gebruik van eerstelijnszorg. De mate van culturele acculturatie, sociale acculturatie en cognitieve acculturatie vormen een onderdeel van de verklaring van de etnische verschillen in zorggebruik. Turkse en Marokkaanse migranten zijn in mindere mate cultureel, sociaal en cognitief geaccultureerd, waardoor zij meer gebruik maken van eerstelijnszorg dan Antilliaanse migranten. Verschillen in de mate van structurele acculturatie staan niet in relatie tot het zorggebruik. Binnen de etnische minderheidsgroep geldt dat juist structurele acculturatie deels een verklaring biedt voor de verschillen in zorggebruik tussen eerste generatie migranten en tweede generatie migranten. Culturele acculturatie, sociale acculturatie en cognitieve acculturatie bieden geen verklaring voor de verschillen in zorggebruik tussen eerste generatie migranten en tweede generatie migranten.

Inleiding

Nederland is één van Europa's traditionele immigratielanden (Lamkaddem, Spreeuwenberg, Devillé, Foets & Groenewegen, 2008). Sinds de jaren vijftig kent Nederland een gestage groei van etnische minderheidsgroepen. Na de Tweede Wereldoorlog immigrerden Surinamers en Antillianen naar Nederland op zoek naar betere werk- en leefomstandigheden. De immigratie vanuit Suriname vertoonde een grote piek in 1975 rond de onafhankelijkheid van het land (Oudhof & Harmsen, 2011). Migratie vanuit de Nederlandse Antillen heeft altijd erg gefluctueerd, vanwege arbeid als belangrijk migratiemotief (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2003). Bijna de helft van de Antilliaanse migranten die vanaf 1972 in Nederland zijn binnengekomen, zijn intussen weer teruggekeerd. Deze sterke retourn migratie geldt in veel mindere mate voor Surinaamse migranten, deze migranten bleven veelal permanent in Nederland (Oostindie & Schoorl, 2011). In de jaren zestig en zeventig kwamen Turkse en Marokkaanse mannen op verzoek van de Nederlandse overheid als gastarbeiders naar Nederland (CBS, 2003). Veel Turken en Marokkanen bleven permanent in Nederland wonen en lieten hun gezinnen of potentiële huwelijkspartners overkomen naar Nederland. De retourn migratie van Turken en Marokkanen is vanaf het begin beperkt.

Turken en Marokkanen behoren samen met Surinamers en Antillianen tot de grootste vier etnische minderheidsgroepen in Nederland (Lamkaddem et al., 2008). Zo bestond begin jaren zeventig de niet-westerse allochtone bevolking voor bijna tachtig procent uit Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen (CBS, 2003) Sindsdien neemt het aantal niet-westerse allochtonen toe in Nederland.

Uit voorgaand onderzoek blijkt dat migranten over het algemeen afwijken in het gebruik van eerstelijnszorg ten opzichte van autochtonen (Uiters, 2007). Daarnaast zijn er onderlinge verschillen in zorggebruik tussen de etnische minderheidsgroepen (Fassaert, Hesselink & Verhoeff, 2009; Lamkaddem et al., 2008). Een studie van Uiters (2007) geeft dezelfde bevinding weer; alle vier etnische minderheidsgroepen vertonen onderling verschillen in het bezoeken van de huisarts en het gebruik van voorgeschreven medicatie. Turkse en Marokkaanse migranten zijn koplopers; zij bezoeken de huisarts het meest.

Acculturatie

Een belangrijke determinant van de etnische verschillen in zorggebruik zijn culturele kenmerken (Uiters, 2007). Daarnaast is de wijze van belang waarop deze kenmerken veranderen naarmate het aantal verblijfsjaren van migranten in het nieuwe land toeneemt. De relatie tussen zorggebruik en cultuur op zich is zelden onderwerp van onderzoek. Gewoonlijk wordt de focus gelegd op acculturatie. Acculturatie wordt vaak in verband gebracht met significante veranderingen in gezondheid en gedrag van leden van etnische groeperingen (Fassaert et al., 2009). Acculturatie wordt beschouwd als een belangrijke variabele in de gezondheidspsychologie en de gedragsgeneeskunde. Onder acculturatie wordt het proces verstaan waarbij een groep wordt gesocialiseerd in een nieuwe cultuur door de taal, waarden, normen en gedragingen van die cultuur over te nemen (Uiters, 2007). Deze socialisatie vindt plaats als resultaat van continu en direct contact tussen individuen van verschillende culturele origine (Ryder, Alden & Paulhus, 2000).

Acculturatie wordt verondersteld veranderingen in gebruik van de gezondheidszorg te beïnvloeden (Stronks, 1998). Wanneer migranten de attitudes van de dominante cultuur van de ontvangende samenleving zich steeds meer eigen maken, kan dit het zorggebruik positief beïnvloeden (Van der Stuyft, De Muynck, Schillemans & Timmerman, 1989). Veranderingen in zorggebruik kunnen zich korte tijd na de migratie manifesteren, maar kunnen zich ook later of pas in navolgende generaties openbaren. Het is mogelijk dat acculturatieprocessen per etnische minderheidsgroep verschillend verlopen. Daarnaast kunnen verschillen in de mate van acculturatie bemerkt worden tussen eerste en tweede generatie migranten. Onder eerste generatie migranten worden personen verstaan die in het buitenland geboren zijn en met minstens één in het buitenland geboren ouder (Keij, 2000). Het herkomstland van de eerste generatie migranten is het land waarin de persoon geboren is. Tot de tweede generatie migranten behoren personen die in Nederland zijn geboren en ten minste één in het buitenland geboren ouder hebben.

Acculturatieprocessen zijn te meten aan de hand van acculturatiemodellen. Er zijn twee acculturatiemodellen ontwikkeld, te weten het eendimensionale acculturatiemodel en het tweedimensionale acculturatiemodel (Stevens, Vollebergh, Pels & Crijnen, 2005). In het eendimensionale acculturatiemodel is een

eendimensionale schaal geconstrueerd met de uitkomsten separatie en assimilatie als extremen, waarbij deze schaal zich exclusief richt op de oorspronkelijke cultuur of op de ontvangende cultuur. Een toenemende aanpassing aan de ontvangende cultuur gaat gepaard met een gelijke mate van verlies aan de oorspronkelijke cultuur. Echter, in deze studie wordt gebruik gemaakt van het tweedimensionale acculturatiemodel omdat dit beter aansluit bij de hedendaagse werkelijkheid (Stevens et al., 2005). Dit model gaat er vanuit dat een persoon zich zowel op de ontvangende cultuur als op de oorspronkelijke cultuur kan richten (Tillaert, 2008). Waarden en normen van de dominante cultuur kunnen worden aangevat zonder dat de persoon afstand doet van de waarden en normen van de eigen cultuur. Het tweedimensionale acculturatiemodel is ontwikkeld door Berry (1997). Hij onderscheidt vier verschillende acculturatiestrategieën, te weten integratie, assimilatie, separatie en marginalisering. Bij integratie wordt de oorspronkelijke cultuur gehandhaafd en is het participatieniveau in de ontvangende cultuur hoog (Berry, 2005). Geassimileerde migranten wijzen de oorspronkelijke cultuur af en participatie in de ontvangende cultuur is groot. Separatie is de strategie waarbij migranten de oorspronkelijke cultuur handhaven en een laag participatieniveau hebben in de ontvangende cultuur. Tot slot wijzen migranten die gemarginaliseerd zijn, zowel de oorspronkelijke cultuur als de ontvangende cultuur af.

Het meten van acculturatie is een punt van controversie in huidig onderzoek. Over het algemeen geven studies de invloed van acculturatie op zorggebruik onvolledig weer door niet alle facetten van het acculturatieproces te betrekken. Deze studie streeft tot een meer eenduidig beeld te komen wat betreft het acculturatieproces in relatie tot het zorggebruik van etnische minderheidsgroepen door meerdere facetten van het acculturatieproces op te nemen in het onderzoek. Tevens wordt er expliciet onderscheid gemaakt tussen eerste en tweede generatie migranten betreffende de mate van acculturatie en de invloed hiervan op het zorggebruik, om zo kennis toe te voegen aan het wetenschappelijk geheel.

Deze studie beoogt meer inzicht te verkrijgen in eerstelijnszorggebruik van etnische minderheidsgroepen, aangezien het gebruik van de gezondheidszorg van belang is voor de gezondheid van mensen. Onder eerstelijnszorg wordt zorg verstaan waar personen zonder verwijzing en op eigen initiatief naar toe kunnen gaan (Sluijs & De

Bakker, 2009). Huisartsen, tandartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten vallen daaronder, maar ook eerstelijnspsychologen, maatschappelijk werkers en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in huisartsenpraktijken. Het gaat hierbij om kortdurende en relatief eenvoudige behandeling en diagnostiek (Coppen & Verhaak, 2007). Daarnaast is het maatschappelijk relevant om inzage te hebben in de wijze waarop acculturatie zorggebruik van allochtonen beïnvloedt. Het acculturatieproces kan van invloed zijn op het afwijkende zorggebruik van etnische minderheidsgroepen ten opzichte van autochtonen. Ook kan het acculturatieproces invloed uitoefenen op verschillen in zorggebruik tussen etnische minderheidsgroepen.

Hoofddoel van deze studie is vast te stellen in hoeverre de mate van acculturatie verschillen in eerstelijnszorggebruik verklaart tussen de vier grote etnische minderheidsgroepen in Nederland: Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Onze onderzoeksvraag luidt daarom als volgt:

In hoeverre verklaart de mate van acculturatie verschillen in eerstelijnszorggebruik tussen Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse minderheidsgroepen in Nederland?

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden, hebben we deze opgesplitst in de volgende deelvragen:

- 1. In hoeverre verschillen etnische minderheidsgroepen in Nederland qua zorggebruik van elkaar?*
- 2. In hoeverre verschillen etnische minderheidsgroepen in Nederland van elkaar op het domein van acculturatie?*
- 3. In hoeverre kunnen etnische verschillen in zorggebruik verklaard worden door verschillen in acculturatie?*

De eerste vraag is beschrijvend van aard en gaat in op het zorggebruik van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse minderheidsgroepen, uitgesplitst naar eerste- en tweede generatie migranten. De tweede, eveneens beschrijvende, vraag geeft de mate van acculturatie weer van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse migranten. Tevens zal er onderscheid worden gemaakt tussen eerste generatie en tweede generatie migranten. De laatste vraag is verklarend van aard en richt zich op

het verband tussen zorggebruik en acculturatie. Er zal worden ingegaan op de vraag of het acculturatieproces verschillen in zorggebruik verklaart binnen en tussen de minderheidsgroepen.

Theorie

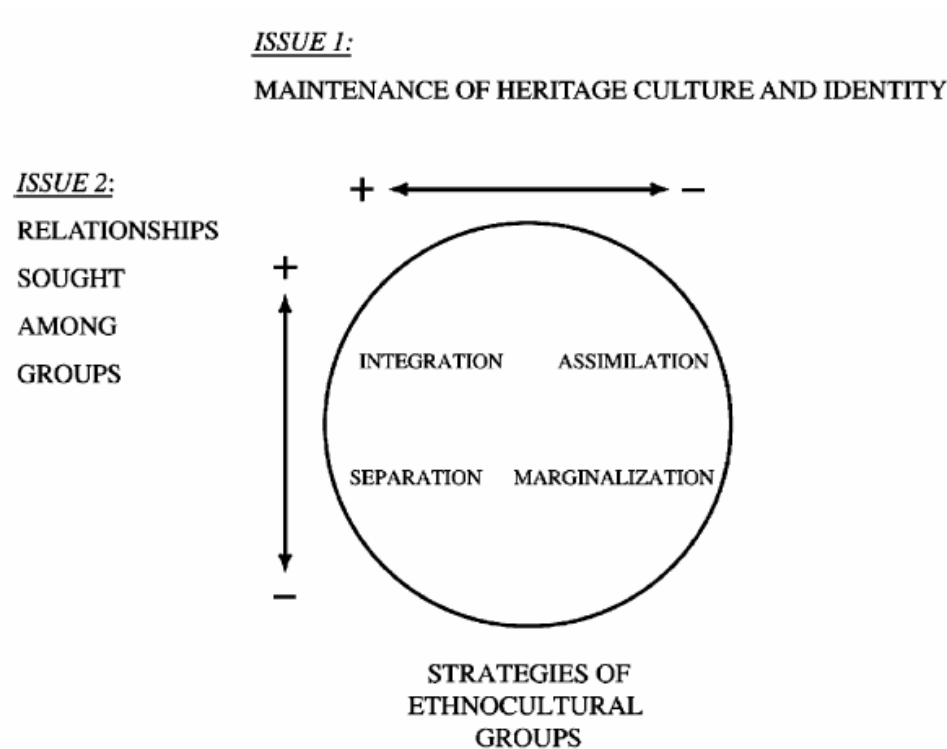
Acculturatiestrategieën

Berry (2005) duidt acculturatiestrategieën als de variaties in hoe individuen en groepen deelnemen aan het acculturatieproces. Acculturatiestrategieën bestaan uit twee elementen: attitudes en gedragingen (Berry, 2005; Tillaert, 2008). Deze elementen zijn onderdeel van dagelijkse culturele ontmoetingen tussen personen van verschillende culturele origine. Het attitude-element duidt op de individuele voorkeuren voor een bepaalde acculturatiestrategie. Het gedrags-element houdt het eigenlijke gedrag van een individu in. Zelden is er een volledige overeenstemming tussen beide elementen, vanwege de beperkingen die de dominante groep oplegt aan de vrijheid van etnische minderheden om te handelen naar hun voorkeuren (Berry, 2005). Desondanks wordt er vaak een significant positief verband gevonden tussen attitudes en gedrag, zodat migranten over het algemeen een consistente strategie aanhangen (Berry, 2003; Tillaert, 2008).

Berry (2005) werkt het belang van acculturatiestrategieën nog verder uit door twee niveaus in acht te nemen: het culturele niveau en het psychologische niveau. Op het culturele niveau kan worden gezegd dat groepen vóóordat ze met elkaar in contact komen aanvankelijk al ideeën hebben over hoe ze zich zullen gedragen, of over hoe anderen op hen zullen reageren tijdens contact (Berry, 2005; De Smedt, 2009). Deze ideeën betreffen de voorkeuren van groepen over welke acculturatiestrategie gebruikt gaat worden. Op het psychologische niveau heeft acculturatie, door de wijze waarop migranten willen participeren in het acculturatieproces, invloed op gedragsveranderingen en stress bij migranten.

Eerder is al genoemd dat Berry (2005) vier acculturatiestrategieën onderscheidt, te weten integratie, assimilatie, separatie en marginalisatie. Vanuit het tweedimensionale acculturatiemodel worden migranten toegewezen aan acculturatiestrategieën op basis van twee dimensies: (1) voorkeur voor behoud van de oorspronkelijke cultuur en (2)

voorkeur voor contact met andere etnische groepen en participatie in de ontvangende samenleving (Tillaert, 2008; De Smedt, 2009). Figuur 1 geeft de wijze weer waarop deze dimensies zich verhouden tot de vier acculturatiestrategieën.



Figuur 1. Acculturatiestrategieën van Berry (2005).

Bij integratie wordt de oorspronkelijke cultuur gehandhaafd en is het participatieniveau in de ontvangende cultuur hoog (Berry, 2005). Geassimileerde migranten wijzen de oorspronkelijke cultuur af en participatie in de ontvangende cultuur is groot. Separatie is de strategie waarbij migranten de oorspronkelijke cultuur handhaven en een laag participatieniveau hebben in de ontvangende cultuur. Tot slot wijzen migranten die gemarginaliseerd zijn, zowel de oorspronkelijke cultuur als de ontvangende cultuur af.

Etnische minderheidsgroepen welke de integratie- of assimilatiestrategie hanteren, participeren sterk in de ontvangende samenleving, in tegenstelling tot etnische minderheidsgroepen welke de separatie- of marginalisatiestrategie prefereren (Berry, 2005). Uit onderzoek blijkt dat de integratiestrategie het meest succesvol is voor het welzijn van migranten, hoewel geïntegreerde en geassimileerde migranten beiden sterk geaccultureerd zijn (Berry, 1997; Tillaert, 2008). Het acculturatiestrategie model van Berry (figuur 1) geeft weer dat migranten welke de assimilatiestrategie hanteren,

een sterke mate van acculturatie kennen. Immers de oorspronkelijke cultuur wordt afgewezen en het contact met de dominante groep en de participatie binnen de dominante groep is groot. Echter, kent de assimilatiestrategie een keerzijde. De afwijzing van de oorspronkelijke cultuur kan het psychisch welbevinden van migranten ernstig beïnvloeden, waardoor er problematische klachten kunnen ontstaan. De Nederlandse samenleving wordt gekenmerkt door haar multiculturele karakter (CBS, 2003). Dit multiculturele karakter weerspiegelt de culturele diversiteit van de samenleving door middel van beleidsmatige programma's voor een breed publiek van zowel autochtonen als allochtonen. Het is dan ook niet mogelijk voor migranten om in een multiculturele samenleving de assimilatiestrategie volledig na te streven.

Naast het gegeven dat de integratiestrategie meer voor de hand liggend is, heeft deze ook de meeste voorkeur onder migranten, omdat de oorspronkelijke cultuur niet in zijn geheel verworpen wordt (Stevens & Vollebergh, 2008). Figuur 1 geeft weer dat ook de integratiestrategie binnen de Nederlandse samenleving tot een sterkere mate van acculturatie leidt. Berry (2003) stelt echter dat de keuzes van etnische minderheidsgroepen beperkt kunnen worden door de dominante groep binnen de samenleving. Etnische minderheidsgroepen kunnen alleen uit vrije wil kiezen voor de integratiestrategie wanneer de dominante samenleving een open en inclusieve instelling heeft naar culturele diversiteit. Om integratie te bereiken zijn er aanpassingen nodig van zowel de dominante groep als de minderheidsgroepen. Enerzijds moeten etnische minderheidsgroepen de waarden van de ontvangende samenleving aannemen. Anderzijds moet de ontvangende samenleving bereid zijn om nationale instituties, als onderwijs en gezondheidszorg, aan te passen om aan de noden van alle etnische groepen in de samenleving tegemoet te komen (Berry, 2003; 2005). Deze aanpassingen zijn terug te vinden in de Nederlandse samenleving door middel van een groot aantal beleidsmatige programma's welke specifiek gericht zijn op integratie van etnische groeperingen (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2011). Tot slot blijkt uit onderzoek dat de marginalisatiestrategie het minst succesvol is en de minste voorkeur verkrijgt onder migranten (Berry, 1997; Tillaert, 2008). De separatiestrategie behoort ergens tussenin.

Acculturatie en zorggebruik

Het proces van acculturatie kan zich op twee manieren uiten in het zorggebruik van migranten. Allereerst leidt een hoge mate van acculturatie tot minder zorggebruik van migranten. Door het proces van acculturatie zijn migranten steeds meer in staat hun weg te vinden in de nieuwe samenleving en weten zich meer vertrouwd met de cultuur en structuur van het ontvangende land. Migranten nemen gebruiken en gewoonten over van de dominante cultuur, waardoor de levensstijl meer overeenkomt met de leden van de ontvangende cultuur (Uiters, 2007). Tevens wordt een gelijke toegang tot de gezondheidszorg bereikt voor allochtonen en autochtonen. Een toenemende mate van acculturatie vermindert uitstelgedrag van allochtonen om met een gezondheidsprobleem naar de huisarts te gaan, waardoor gezondheidsprognoses verbeteren (Van der Stuyft et al., 1989). Bovendien is gebleken uit onderzoek dat migranten met een sterkere mate van acculturatie een groter psychisch welbevinden bezitten. Zij voelen zich meer gezond dan migranten die in een mindere mate zijn geaccultuureerd (Stevens et al., 2005).

Naast het gegeven dat een sterkere mate van acculturatie kan leiden tot minder zorggebruik onder migranten, kan een mindere mate van acculturatie geven dat migranten meer gebruik van eerstelijnszorg maken. Uit onderzoek van Berry (1990) blijkt dat het migratieproces stress en psychische problematiek oplevert bij migranten. Migranten welke vastlopen in het proces van acculturatie, gaan frustratie en stress ervaren. Het psychisch welbevinden raakt hierdoor aangetast. De ontvangende samenleving speelt hier allereerst een rol in. Als er sprake is van gedwongen assimilatie is het mogelijk dat migranten vastlopen in het acculturatieproces, wat leidt tot frustratie en stress. Wanneer migranten echter de integratiestrategie hanteren en de ontvangende samenleving niet open staat voor culturele diversiteit, zullen migranten evenzeer frustratie en stress ervaren. Daarbij zijn de culturele en individuele kenmerken van een migrant bepalend voor de mate waarin stress ontstaat. Wanneer een migrant niet kan omgaan met veranderingen in zijn of haar (culturele) leefomgeving kan dit resulteren in angst, depressie, gevoelens van vervreemding, psychosomatische- en identiteitsproblemen. Deze klachten worden bovendien veelal gesomatiseerd, waardoor migranten meer gebruik gaan maken van de gezondheidszorg. Zo kan de mate van zorggebruik onder migranten toenemen terwijl deze migranten in mindere mate geaccultuureerd zijn.

Er wordt door Esser (1980) en Trube (1984) onderscheid gemaakt tussen vier terreinen waarop aanpassing binnen het acculturatieproces kan plaatsvinden, te weten culturele acculturatie, sociale acculturatie, cognitieve acculturatie en structurele acculturatie. Deze vier vormen van acculturatie kunnen binnen het proces van acculturatie en zorggebruik niet afhankelijk van elkaar gezien worden. Zo heeft bijvoorbeeld een sterke mate van culturele acculturatie ook effect op de mate van de andere drie acculturatievormen. Trube (1984) geeft in zijn onderzoek aan dat het moeilijk is om de causale volgorde tussen de vier vormen van acculturatie te bepalen. Het is zowel mogelijk dat sociale acculturatie voorafgaat aan cognitieve acculturatie of sociale acculturatie, als andersom (Esser, 1980).

Ten eerste richt culturele acculturatie zich op de aanpassingen van migranten aan de Nederlandse cultuur door overname van culturele normen en waarden en affectieve waardering tot de ontvangende cultuur (Esser, 1980; Trube, 1984). Over het algemeen wordt aangenomen dat culturele factoren indirect het zorggebruik beïnvloeden, via het proces van acculturatie. Binnen het proces van culturele acculturatie worden gezondheid gerelateerde attitudes en opvattingen van de autochtone bevolking eigen gemaakt. De wijze waarop gezondheidsproblemen worden gepercipieerd is cultureel bepaald en kan van invloed zijn op de beslissing om zorg te gebruiken. Wanneer migranten de percepties van de dominante cultuur steeds meer overnemen, is het mogelijk dat zij beschikken over een hoger welzijn en het zorggebruik niet excessief is. Het zorggebruik van verschillende etnische groeperingen zal tevens meer evenredig aan elkaar worden, wanneer elke etnische minderheidsgroep zich de opvattingen van de dominante cultuur eigen maakt. Migranten hebben over het algemeen andere culturele normen en waarden dan autochtonen (Uiters, 2007). Opvattingen over onder andere de man-vrouw verhouding, opvoeding, gezag en familiewaarden verschillen sterk tussen culturen. Nederland kent een hoge mate van democratisering, liberalisering en individualisering, dit in tegenstelling tot Turkse en Marokkaanse samenleving (Stronks, 1998). Binnen de Nederlandse cultuur hebben individuen veel vrijheden, vrouwen zijn bijvoorbeeld in hoge mate geëmancipeerd. De normen en waarden binnen de Turkse en Marokkaanse cultuur verschillen sterk van de Nederlandse normen en waarden. De rechten en vrijheden van Turkse en Marokkaanse vrouwen zijn beperkt ten opzichte van de mannen binnen deze cultuur. Daarbij hangen bijna alle Turkse en Marokkaanse migranten de islam als religie aan.

De islamitische normen en waarden wijken sterk af van de liberale Nederlandse waarden en normen. Surinamers lijken gezien hun koloniaal verleden minder cultureel te verschillen van autochtonen, evenals Antillianen, vanwege een gedeelde culturele historie met autochtonen. Zodoende hebben Surinamers en Antillianen al enige voorkennis van de Nederlandse cultuur en zullen zij met minder moeite accultureren. Vanwege de grote culturele en religieuze verschillen zullen Turken en Marokkanen meer vasthouden aan traditionele waarden en normen uit de oorspronkelijke cultuur dan Surinaamse en Antilliaanse migranten. Doordat Turkse en Marokkaanse migranten in mindere mate geaccultureerd zijn in de Nederlandse samenleving zal hun welzijn lager zijn en het gebruik van de gezondheidszorg hoger dan Surinamers en Antillianen. Andersom is het mogelijk dat Turken en Marokkanen vanwege de grote culturele verschillen zich geheel afzonderen in de Nederlandse samenleving. Non-participatie in de ontvangende samenleving kan geven dat deze migranten nauwelijks gebruik maken van de gezondheidszorg. Dat dit op grote schaal voorkomt, is echter niet reëel. Over het algemeen geldt dat geïsoleerde migranten zich minder gezond voelen en als gevolg meer eerstelijnszorg nodig hebben (Stevens & Vollebergh, 2008).

Tevens is de verwachting dat tweede generatie migranten de dominante culturele normen en waarden meer overnemen dan eerste generatie migranten. De tweede generatie is in Nederland geboren en groeit op binnen de Nederlandse samenleving. Hierdoor zijn zij meer vertrouwd met de Nederlandse conventionele normen en waarden. Zij zullen met minder moeite accultureren in de Nederlandse cultuur en meer vertrouwd zijn met de percepties en gedragingen van autochtonen, ten opzichte van de eerste generatie allochtonen. Het acculturatieproces van tweede generatie migranten verloopt meer voorspoedig dan dat van eerste generatie migranten. Tweede generatie migranten zullen hierdoor minder gebruik maken van eerstelijnszorg dan eerste generatie migranten. Hieruit volgen de hypothesen:

H1: Surinaamse en Antilliaanse migranten houden minder vast aan traditionele waarden en normen uit de oorspronkelijke cultuur dan Turken en Marokkanen waardoor zij minder gebruik maken van eerstelijnszorg.

H2: Tweede generatie migranten houden minder vast aan traditionele waarden en normen uit de oorspronkelijke cultuur dan eerste generatie migranten waardoor zij minder gebruik maken van eerstelijnszorg.

Naast culturele acculturatie staat ook sociale acculturatie centraal bij Esser (1980) en Trube (1984). Deze heeft betrekking op het sociale netwerk van migranten, welke zij opbouwen tijdens het verblijf in de ontvangende samenleving. Onderzoek van Henkes (1995) toont aan dat een nieuwe sociale omgeving van invloed is op de wijze waarop migranten het verblijf in de ontvangende cultuur ervaren. Volgens Fischer (1982) vormen banden binnen het sociale netwerk een belangrijk motief voor gedragingen. Sociale netwerken bieden personen mogelijkheden tot sociale en emotionele hulpbronnen. Fischer (1982) stelt dat de variëteit van sociale netwerken afhankelijk is van opleiding, woonomgeving, levenscyclus en sekse. Het migratieproces heeft radicale gevolgen voor de samenstelling van sociale netwerken. Furnham & Bochner (1986) betogen dan ook dat het afhangt van het sociale netwerk van migranten of er een cultuurschok optreedt en in welke mate deze plaatsvindt. Daarnaast stellen zij dat het sociale netwerk van invloed is op de mate waarin een contra-identificatie door de nieuwe omgeving als problematisch wordt ervaren. Wanneer migranten steun bij het acculturatieproces ondervinden van leden uit hun sociale netwerk, raken migranten meer vertrouwd met gedragingen uit de ontvangende cultuur en ervaren in mindere mate een cultuurschok. Op deze manier zijn migranten beter in staat om zich aan te passen aan de ontvangende cultuur en aan de zorgpatronen van haar leden. Door middel van informele contacten met leden van de ontvangende samenleving nemen migranten gezondheid gerelateerde attitudes en percepties over van de dominante cultuur. Meer informele contacten leiden tot een succesvol verloop van het acculturatieproces. Voor Surinaamse en Antilliaanse migranten zal het gemakkelijker zijn om informele contacten te hebben en netwerken op te bouwen met autochtone Nederlanders, vanwege hun taalvoorsprong op Turken en Marokkanen.

Daarnaast zullen tweede generatie migranten gemakkelijker sociale informele contacten hebben dan eerste generatie migranten. Deze generatie is geboren en opgegroeid in Nederland, waardoor zij de Nederlandse cultuur en gedragingen van autochtonen beter kennen dan eerste generatie migranten. Het acculturatieproces van

tweede generatie migranten verloopt op deze wijze meer succesvol dan dat van eerste generatie migranten. Hieruit volgen de hypothesen:

H3: Surinaamse en Antilliaanse migranten hebben meer sociale informele contacten met leden van de ontvangende samenleving dan Turkse en Marokkaanse migranten waardoor zij minder gebruik maken van eerstelijnszorg.

H4: Tweede generatie migranten hebben meer sociale informele contacten dan eerste generatie migranten waardoor zij minder gebruik maken van eerstelijnszorg.

Ten derde noemen Esser (1980) en Trube (1984) cognitieve acculturatie. Hierbij wordt bedoeld op het (individuele) leerproces van migranten met betrekking tot institutionele structuren van het ontvangende land, zoals het beheersen van de taal van het ontvangende land. Wanneer migranten goed thuis zijn in de taal van de ontvangende cultuur, verbetert dat hun toegang tot de gezondheidszorg. Daarnaast raken zij meer vertrouwd met het gezondheidszorgsysteem van de ontvangende cultuur, wat leidt tot een meer adequaat zorggebruik. Migrantengroepen zijn beter in staat hun klachten te verwoorden aan medici en krijgen zo de juiste zorg op maat. Het spreken en begrijpen van de Nederlandse taal geeft meer begrip met betrekking tot het systeem van gezondheidszorg. Surinaamse en Antilliaanse migrantengroepen hebben een taalvoorsprong op Turkse en Marokkaanse migrantengroepen. In het land van herkomst wordt de Nederlandse taal al gesproken vanwege het koloniale verleden van Suriname en het behoren van de Nederlandse Antillen tot het Koninkrijk der Nederlanden (Oostindie & Schoorl, 2011). De verwachting is dat deze migrantengroepen een sterkere mate van cognitieve acculturatie kennen dan Turkse en Marokkaanse groepen. Zij zijn beter in staat de juiste zorg te vragen, terwijl dit voor Turken en Marokkanen moeilijker is. Toch is de verwachting dat Turkse en Marokkaanse migrantengroepen meer gebruik maken van eerstelijnszorg dan Surinaamse en Antilliaanse migrantengroepen. Taalproblemen belemmeren de acculturatie van Turken en Marokkanen, waardoor zij vastlopen of slechts trage vooruitgang boeken in het acculturatieproces. Hierdoor voelen zij zich minder gezond en zullen de huisarts vaker raadplegen. Het huisartsbezoek onder deze migrantengroepen is hoog, met zowel lichamelijke als psychische klachten wenden zij zich tot de huisarts (Uiters, 2007). Mede vanwege het feit dat er binnen de Turkse en

Marokkaanse cultuur een taboe heerst op psychische hulp en therapie. Daarnaast beschikt de huisarts in Nederland over een poortwachterfunctie tot andere specialismen.

Tevens is de verwachting dat eerste generatie migranten meer moeite hebben met het spreken en begrijpen van de Nederlandse taal dan tweede generatie migranten. Tweede generatie migranten zijn geboren en opgegroeid in Nederland, van jongs af aan komen zij in aanraking met de Nederlandse taal. Het acculturatieproces van tweede generatie migranten verloopt hierdoor meer voorspoedig dan dat van eerste generatie migranten, wat het zorggebruik beïnvloedt. Hieruit volgen de hypothesen:

H5: Surinaamse en Antilliaanse migranten beheersen de Nederlandse taal beter dan Turkse en Marokkaanse migranten waardoor zij minder gebruik maken van eerstelijnszorg.

H6: Tweede generatie migranten beheersen de Nederlandse taal beter dan eerste generatie migranten waardoor zij minder gebruik maken van eerstelijnszorg.

Tot slot duidt de structurele acculturatie op de aanpassing van allochtonen aan nationale structuren van het ontvangende land (Esser, 1980; Trube, 1984). Specifiek richten Esser (1980) en Trube (1984) zich hier op de sociaaleconomische structuur van het ontvangende land. Migrantten verwerven een positie binnen deze structuur via opleiding, beroep en inkomen. Wanneer migrantten een bepaalde sociaaleconomische status verwerven in het ontvangende land, raken migrantten meer vertrouwd met normatieve gedragingen uit de ontvangende cultuur. Het hebben van werk geeft meer kennis over de structuur van de nieuwe maatschappij en biedt gelegenheid om in aanraking te komen met leden van de ontvangende cultuur. Tevens zullen migrantten door het hebben van een baan voor onbepaalde tijd een bepaalde mate van zekerheid ervaren om te functioneren in de ontvangende cultuur, waardoor migrantten minder stress ervaren. Een hogere mate van psychische zekerheid en aanpassing aan de normatieve gedragingen uit de ontvangende cultuur geeft dat het zorggebruik minder excessief is ten opzichte van het zorggebruik van de autochtone bevolking. De verwachting is dat van de vier grote etnische minderheidsgroepen Surinamers de meeste vaste banen hebben, gevolgd door de Antillianen. Turken vormen een derde

plaats en Marokkanen bezitten het minste aantal vaste banen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012).

Daarnaast is de verwachting dat tweede generatie migranten meer kansen hebben op de arbeidsmarkt en vaker een vaste baan hebben dan eerste generatie migranten. Tweede generatie migranten zullen gemakkelijker een vaste baan vinden in Nederland vanwege het feit dat deze generatie in Nederland is geboren en opgegroeid. Zij hebben voltallig onderwijs genoten in het ontvangende land in tegenstelling tot eerste generatie migranten. Hierdoor zijn zij meer bekend met de structuren in Nederland, zoals de arbeidsmarkt. Hieruit volgen de hypothesen:

H7: Surinaamse en Antilliaanse migranten hebben vaker een vaste baan dan Turkse en Marokkaanse migranten waardoor zij minder gebruik maken van eerstelijnszorg.

H8: Tweede generatie migranten hebben vaker een vaste baan dan eerste generatie migranten waardoor zij minder gebruik maken van eerstelijnszorg.

Methoden

De steekproeftrekking

De data voor dit onderzoek is afkomstig uit een grootschalig onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau naar de sociale positie en het voorzieningengebruik van allochtonen (SPVA). Uitsluitend de vier grootste etnische minderheidsgroepen in Nederland zijn betrokken in het onderzoek, te weten Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Voor de steekproeftrekking zijn er allereerst gemeenten geselecteerd: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht, Eindhoven, Enschede, Almere, Alphen aan den Rijn, Bergen op Zoom, Hoogezand-Sappemeer, Delft, Dordrecht en Tiel. Door deze selectie heeft niet elke allochtoon de kans gekregen om in het onderzoek opgenomen te worden. Echter, het percentage allochtonen in de dertien SPVA-gemeenten is behoorlijk hoog; 46 procent van de Turken, 54 procent van de Marokkanen, 64 procent van de Surinamers en 44 procent van de Antillianen woont in één van de genoemde gemeenten (CBS, 2005). Vervolgens zijn met behulp van de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) aselect hoofden van huishoudens getrokken. Deze personen zijn benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Ook

zijn alle inwonende gezinsleden van het hoofd van het huishouden van twaalf jaar en ouder, gevraagd om mee te werken. Bij welke persoon de hoofdvragenlijst wordt afgenomen, wordt middels de 'birthday rule' vastgesteld binnen een huishouden. Dit betekent dat de persoon die als eerste jarig is na de dag van het interview, geïnterviewd wordt. Vervolgens wordt een aantal andere gezinsleden een schriftelijke vragenlijst voorgelegd.

De vragenlijst

De vragenlijst bestaat uit drie typen vragenlijsten: een hoofdvragenlijst, een minivragenlijst en een specifieke vragenlijst voor de verschillende migrantengroepen. De hoofdvragenlijst is bestemd voor hoofden van huishoudens van achttien jaar of ouder en wordt door een enquêteur afgenomen. Deze vragenlijst gaat in op onderwerpen als onderwijs, arbeid, inkomen, gezondheid, taalvaardigheid, groepering, sociale contacten en sociale afstand, culturele integratie, godsdienst, beeldvorming, familiale relaties en algemene zaken, zoals achtergrondkenmerken over huishoudens en migratie. De minivragenlijst is beperkter dan de hoofdvragenlijst en is bestemd voor inwonende leden van het gezin welke twaalf jaar of ouder zijn. In principe gaat het dan om een partner, een ouder, een broer of zus of maximaal twee kinderen. Deze vragenlijst gaat naast algemene zaken in op onderwerpen als onderwijs, arbeid, inkomen en sociale contacten. Naast de minivragenlijst is er slechts aan één inwonend kind van 15 jaar en ouder de vraag afgenomen over culturele integratie afgenomen. Tot slot wordt er vanwege de taalbarrière gebruik gemaakt van verschillende vragenlijsten voor de vier migrantengroepen. De inhoudelijke verschillen tussen deze vragenlijsten zijn summier en niet relevant, de verschillen slaan terug op de antwoordcategorieën van de vragen over de moedertaal en de etnische groepering waar migranten deel van uit maken.

Non-respons

Er wordt gesproken van non-respons wanneer er wel een benadering plaatsvindt, maar de persoon niet ondervraagd is. De non-respons is met 56 procent het hoogst onder de Surinaamse migrantengroep. Onder de andere drie migrantengroepen is dit ongeveer 48 procent. Het percentage dat onbereikbaar was, ligt voor Surinamers (24 procent) en Antillianen (23 procent) ongeveer tien procent boven dat voor Turken (13 procent) en Marokkanen (15 procent). Aan de andere kant weigerden Turkse migranten (35

procent) en Marokkaanse migranten (33 procent) deelname aan het onderzoek vaker dan Surinaamse (32 procent) en Antilliaanse migranten (26 procent). De non-respons van andere gezinsleden is met 44 procent het hoogst onder de Marokkaanse migrantengroep. Bij Turken en Antillianen ligt dit percentage beduidend lager: respectievelijk 31 en 33 procent. Onder partners is de non-respons voor alle migrantengroepen het laagst.

Representativiteit

Het SPVA-onderzoek wordt gekenmerkt door haar grootschaligheid. Een vergelijking tussen de bevolkingsgegevens en de SPVA laat zien dat de oudere leeftijdscategorieën (45 - 64 jaar) in een kleine mate zijn oververtegenwoordigd ten koste van de jongere leeftijdscategorieën (15 - 29 jaar). De vertegenwoordiging van de in Nederland geboren Turken komt overeen met de bevolkingsgegevens. Voor de andere etnische groeperingen zijn personen die in Nederland geboren zijn, oververtegenwoordigd. Er komt naar voren dat ouders met thuiswonende kinderen zijn oververtegenwoordigd en alleenstaanden zijn ondervertegenwoordigd, wat geldt voor alle vier de etnische groeperingen.

Operationalisatie

Afhankelijke variabele

Het zorggebruik van elk van de vier etnische minderheidsgroepen is de afhankelijke variabele. Als indicator voor het zorggebruik van allochtonen wordt de frequentie van bezoek aan de huisarts gebruikt. Reden hiervoor is de belangrijke functie van de huisarts in de Nederlandse samenleving. Bij gezondheidsproblemen wordt de huisarts over het algemeen eerst geraadpleegd, alvorens verdere stappen worden ondernomen. De respondent wordt gevraagd hoe vaak hij / zij de huisarts heeft bezocht in de laatste twee maanden. De respondent noemt als antwoord een getal dat kan variëren van 0 keer tot en met 8 keer. Als een respondent meer dan 8 keer de huisarts heeft bezocht in de laatste twee maanden, valt deze onder de categorie 8 keer. Tabel 1 geeft een overzicht van het zorggebruik per etnische groepering. Zoals verwacht bezochten Turken en Marokkanen de huisarts meer dan Surinamers en Antillianen. Wanneer de respondent de vraag niet of ongeldig heeft beantwoord, wordt dit gecodeerd als 99. Deze categorie wordt niet betrokken in de analyses.

Tabel 1: Frequentieverdelingen van ‘bezoek aan de huisarts afgelopen twee maanden’ uitgesplitst naar etnische groepering (in procenten).

<i>Variabele</i>	<i>Categorie</i>	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>
Bezoek huisarts afgelopen twee maanden	0	46,4	45,5	49,8	54,2
	1	20,1	21,4	22,7	23,1
	2	14,8	14,6	12,9	9,3
	3	6,7	8,1	4,6	4,7
	4	5,8	4,3	4,1	3,5
	5	2,4	2,1	1,8	1,9
	6	1,0	0,8	0,8	0,9
	7	0,4	0,4	0,3	0,2
	8	2,5	2,8	2,9	2,2
	Missende waarden	43	25	14	5
	Totaal (N)	1173	1056	1101	869

Onafhankelijke variabele: traditionele normen en waarden

In hoeverre respondenten vasthouden aan traditionele normen en waarden uit de oorspronkelijke cultuur wordt gemeten aan de hand van een zevental items: een opleiding is voor jongens belangrijker dan voor meisjes, een vrouw moet stoppen met werken als zij een kind krijgt, de mening van de ouders speelt een belangrijke rol bij de partnerkeuze voor hun kind, omgang tussen mannen en vrouwen is te vrij in Nederland, de man is het beste verantwoordelijk voor het geld, een eigen inkomen is voor jongens belangrijker dan voor meisjes en de vrouw is het beste verantwoordelijk voor het huishouden. De antwoordcategorieën behorend tot deze items zijn: 1 (‘helemaal niet mee eens’), 2 (‘oneens’), 3 (‘niet mee eens / niet mee oneens’), 4 (‘mee eens’) en 5 (‘helemaal mee eens’).

Tabel 2 geeft per etnische minderheidsgroep de frequentieverdeling weer van de zeven items op basis waarvan de schaal traditionele normen en waarden is geconstrueerd. Uit deze tabel blijkt dat zowel Turken, Marokkanen, Surinamers als Antillianen laag scoren op de stelling dat een opleiding voor jongens belangrijker is. Daarnaast blijkt dat Turken en Marokkanen het meer eens zijn met de stelling dat een vrouw moet stoppen met werken bij het krijgen van een kind dan Surinamers en Antillianen. Turkse en Marokkaanse migranten hechten meer waarde aan de mening van ouders bij de partnerkeuze van kinderen dan Surinaamse en Antilliaanse migranten. Ook vinden Turken en Marokkanen in sterkere mate dat de omgang tussen

mannen en vrouwen te vrij is in Nederland. Op de stelling dat de man als beste verantwoordelijk is voor het geld scoren Turkse en Marokkaanse migranten hoger dan Surinaamse en Antilliaanse migranten. Tevens blijkt dat Turken en Marokkanen het vaker eens zijn met de stelling dat een eigen inkomen voor jongens meer van waarde is dan voor meisjes dan Surinamers en Antillianen. Tot slot komt naar voren dat de vrouw in een sterkere mate door Turken en Marokkanen wordt gezien als de persoon die het beste verantwoordelijk is voor het huishouden dan door Surinamers en Antillianen.

Tabel 2: Frequentieverdelingen van de 'traditionele normen en waarden' – items (in procenten).

Variabele	Categorieën	Turken	Marokkanen	Surinamers	Antillianen
Opleiding is voor jongens belangrijker dan voor meisjes	Helemaal niet mee eens	40,3	44,3	43,6	47,2
	Oneens	45,0	40,3	47,0	43,3
	Neutraal	6,6	7,3	5,0	4,4
	Mee eens	5,9	5,9	3,1	3,7
	Helemaal mee eens	2,3	2,2	1,3	1,5
	Missende waarden	219	160	62	51
	Totaal (N)	1173	1056	1101	869
Vrouw moet werk stoppen bij krijgen kind	Helemaal niet mee eens	9,7	9,7	20,1	22,8
	Oneens	31,2	29,9	46,2	45,6
	Neutraal	20,3	19,7	11,5	12,7
	Mee eens	28,4	29,7	17,2	15,8
	Helemaal mee eens	10,4	11,0	4,9	3,1
	Missende waarden	223	163	63	53
	Totaal (N)	1173	1056	1101	869
Mening van ouders speelt belangrijke rol bij keuze van een partner voor hun kind	Helemaal niet mee eens	4,1	5,3	12,7	17,7
	Oneens	17,9	15,7	43,0	41,8
	Neutraal	18,8	21,0	16,6	18,4
	Mee eens	47,5	42,1	23,1	19,4
	Helemaal mee eens	11,8	15,9	4,6	2,7
	Missende waarden	221	167	63	50
	Totaal (N)	1173	1056	1101	869

<i>Variabele</i>	<i>Categorieën</i>	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>
Omgang mannen en vrouwen is te vrij	Helemaal niet mee eens	1,9	1,5	3,9	5,3
	Oneens	8,4	9,7	25,3	25,2
	Neutraal	12,2	13,7	14,9	15,8
	Mee eens	55,3	51,3	45,1	42,4
	Helemaal mee eens	22,2	23,8	10,8	11,4
	Missende waarden	223	167	64	52
	Totaal (N)	1173	1056	1101	869
Man is beste verantwoordelijk voor geld	Helemaal niet mee eens	14,2	15,0	22,1	25,1
	Oneens	37,2	32,7	46,1	43,5
	Neutraal	15,8	15,3	15,2	13,1
	Mee eens	23,6	27,9	12,6	14,4
	Helemaal mee eens	9,1	9,1	4,0	3,9
	Missende waarden	217	165	65	51
	Totaal (N)	1171	1056	1101	869
Eigen inkomen voor jongens belangrijker dan voor meisjes	Helemaal niet mee eens	15,2	25,0	30,8	28,6
	Oneens	33,4	40,4	42,9	44,8
	Neutraal	12,1	10,4	5,2	5,8
	Mee eens	30,7	19,0	17,4	16,5
	Helemaal mee eens	8,6	5,2	3,7	4,3
	Missende waarden	220	163	67	52
	Totaal (N)	1173	1056	1101	869
Vrouw is beste verantwoordelijk voor huishouden	Helemaal niet mee eens	6,3	5,8	9,7	14,2
	Oneens	17,8	14,1	23,1	25,1
	Neutraal	10,5	10,2	9,5	10,5
	Mee eens	48,8	50,6	44,8	39,9
	Helemaal mee eens	16,6	19,3	12,8	10,4
	Missende waarden	217	164	63	51
	Totaal (N)	1173	1056	1101	869

De zeven items bleken een goede schaal te vormen (Cronbach's alfa 0,717). De schaal is geconstrueerd door de gemiddelde score te nemen over de zeven items. Om het aantal missende waarden te beperken mochten respondenten slechts op drie van de zeven items een missende waarde scoren. Het hebben van drie missende waarden op de zeven items gaf geen of zeer minimale verschillen met vier of vijf missende waarden op de zeven items. Tabel 3 toont per etnische groepering de frequentieverdeling van de zeven items op basis waarvan de schaal traditionele normen en waarden is geconstrueerd. Bij deze variabele geldt hoe hoger de score, hoe meer waarde een respondent hecht aan traditionele normen en waarden. Tabel 3 geeft weer dat Turken en Marokkanen meer waarde hechten aan traditionele normen en waarden dan Surinamers en Antillianen.

Tabel 3: Frequentieverdelingen van 'traditionele normen en waarden' uitgesplitst naar etnische groepering (in procenten).

<i>Variabele</i>	<i>Categorie</i>	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>
Traditionele normen en waarden	Helemaal niet mee eens	0,2	0,2	0,5	1,0
	Oneens	8,0	8,3	23,1	25,9
	Neutraal	44,6	48,5	56,0	57,4
	Mee eens	46,8	42,8	20,4	15,7
	Helemaal mee eens	0,4	0,2	0,0	0,0
	Missende waarden	264	198	71	54
	Totaal (N)	1173	1056	1101	869

Onafhankelijke variabele: sociale informele contacten

Aan de respondenten is gevraagd of zij in hun vrije tijd omgaan met autochtone Nederlanders. De antwoordcategorieën bestaan uit drie mogelijkheden: 1 ('vaak'), 2 ('soms') en 3 ('nooit'). Ongeldige of missende waarden worden gecodeerd als 9 en niet betrokken in de analyses. Tabel 4 geeft een overzicht van de frequentieverdeling per etnische groepering voor de variabele sociale informele contacten. Hoe hoger de score op deze variabele, hoe minder sociale informele contacten de respondent heeft met autochtonen. Uit tabel 4 komt naar voren dat Surinamers en Antillianen meer sociale informele contacten hebben met autochtonen dan Turken en Marokkanen.

Tabel 4: Frequentieverdeling 'sociale informele contacten' uitgesplitst naar etnische groepering (in procenten).

Variabele	Categorie	Turken	Marokkanen	Surinamers	Antillianen
Sociale informele contacten met autochtonen	Vaak	13,9	17,2	51,1	53,6
	Soms	51,8	46,9	36,0	32,4
	Nooit	34,3	35,9	12,9	14,1
	Missende waarden	11	10	0	1
Totaal (N)		1162	1046	1101	868

Onafhankelijke variabele: taalvaardigheid

Taalvaardigheid van de respondent wordt gemeten aan de hand van de vraag: 'Heeft u, als u een gesprek in het Nederlands voert, wel eens moeite met de Nederlandse taal?'. De antwoordcategorieën behorend tot deze vraag zijn: 1 ('ja, vaak / spreekt geen Nederlands'), 2 ('soms') en 3 ('nee, nooit'). Vervolgens is er een dummyvariabele geconstrueerd met twee categorieën: 0 ('geen / weinig moeite met de Nederlandse taal') en 1 ('vaak moeite met de Nederlandse taal / spreekt geen Nederlands'). Hoe hoger de score op deze variabele, hoe meer moeite respondenten ondervinden met de Nederlandse taal. Ongeldige of missende waarden worden gecodeerd als 9 en niet opgenomen in de analyses. Tabel 5 toont per etnische minderheidsgroep de frequentieverdeling van de dummyvariabele. Uit de tabel blijkt dat Surinaamse migranten weinig of geen moeite hebben met de Nederlandse taal, gevolgd door Antilliaanse migranten. Turken en Marokkanen blijken meer moeite te hebben met het spreken van de Nederlandse taal of spreken zelfs geen Nederlands. Van die vier etnische minderheidsgroepen hebben Turkse migranten de meeste moeite met het spreken van de Nederlandse taal.

Tabel 5: Frequentieverdeling van 'taalvaardigheid' uitgesplitst naar etnische groepering (in procenten).

Variabele	Categorie	Score	Turken	Marokkanen	Surinamers	Antillianen
Taal- vaardigheid	Geen / weinig moeite met de Nederlandse taal	0	25,0	41,3	84,3	70,5
	Vaak moeite met de Nederlandse taal / spreekt geen Nederlands	1	75,0	58,7	15,7	29,5
	Missende waarden		6	6	4	6
Totaal (N)			1173	1056	1101	869

Onafhankelijke variabele: vaste baan

De respondent wordt gevraagd naar het al dan niet hebben van een vaste baan. Dit is een dichotome variabele. De antwoordcategorieën hierbij zijn: 1 ('ja, een vaste baan') of 2 ('nee, tijdelijk werk'). Er wordt een dummyvariabele geconstrueerd, waarbij respondenten met een vaste baan een 0 scoren en respondenten met tijdelijk of geen werk scoren een 1. Ongeldige of missende waarden vallen onder de code 9 en worden uitgesloten van analyses. Tabel 6 toont de frequentieverdeling van het al dan niet hebben van een vaste baan. De tabel geeft weer dat Surinamers en Antillianen vaker over een vaste baan beschikken dan Turken en Marokkanen. Turken en Marokkanen hebben vaker een tijdelijke baan of zijn vaker werkloos.

Tabel 6: Frequentieverdeling van 'vaste baan' uitgesplitst naar etnische groepering (in procenten).

Variabele	Categorie	Turken	Marokkanen	Surinamers	Antillianen
Vaste baan	Ja, een vaste baan	39,0	36,3	56,5	48,5
	Nee, tijdelijk / geen werk	61,0	63,7	43,5	51,5
Missende waarden		4	4	1	1
Totaal (N)		1169	1052	1100	868

Controlevariabelen

Gecontroleerd wordt voor geslacht, leeftijd, generationele status en gezondheidstoestand. Geslacht is een dichotome variabele (1 = man, 2 = vrouw). Er wordt gecontroleerd voor geslacht omdat respondenten van het ene geslacht namelijk meer gezond kunnen zijn en minder zorg gebruiken dan respondenten van het andere geslacht. Leeftijd wordt bevraagd als een continue variabele. De jongste respondent is 17 jaar oud en de oudste respondent is 87 jaar oud. Leeftijd is opgenomen als controlevariabele omdat het mogelijk is dat oudere respondenten meer gezondheidsproblemen ondervinden en meer zorg gebruiken dan jongere respondenten. De generationele status is eveneens geoperationaliseerd als een dichotome variabele (1 = eerste generatie, 2 = tweede generatie), waarbij respondenten die gemigreerd zijn voor hun zesde levensjaar zijn opgenomen in de tweede generatie migrantengroep. De generationele status is relevant omdat deze invloed kan uitoefenen op de mate van acculturatie en zorggebruik. Het is mogelijk dat respondenten van de eerste generatie meer gezondheidsproblemen hebben en meer zorg gebruiken dan respondenten van de tweede generatie. Wat betreft de gezondheid van de respondent wordt gevraagd naar de eigen perceptie hierover: 'Hoe is het in het algemeen met uw gezondheid?'. De antwoordcategorieën bestaan uit: 1 ('uitstekend'), 2 ('goed'), 3 ('niet goed en niet slecht'), 4 ('slecht') en 5 ('zeer slecht'). Omdat de gezondheidstoestand een sterke invloed heeft op het zorggebruik van migranten is deze opgenomen als controlevariabele.

Tabel 8 geeft een overzicht van alle variabelen. De afhankelijke variabele, de onafhankelijke variabelen en de controlevariabelen worden beschreven naar aantal respondenten (*N*), minimum (*Min*), maximum (*Max*), het gemiddelde (*M*) en de standaarddeviatie (*SD*).

Tabel 8: Beschrijvende statistiek van de afhankelijke variabele, de onafhankelijke variabelen en de controlevariabelen.

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>Afhankelijke variabele</i>					
Zorggebruik	4112	0	8	1,23	1,779
<i>Onafhankelijke variabelen</i>					
Traditionele waarden en normen	3710	1	5	2,77	0,693
Sociale informele contacten	4177	1	3	1,92	0,755
Taalvaardigheid 0 = Geen / weinig moeite met de Nederlandse taal 1 = Vaak moeite met de Nederlandse taal / spreekt geen Nederlands	4199	0	1	0,50	0,792
Vaste baan 0 = Vaste baan 1 = Tijdelijke / geen baan	4189	0	1	0,55	0,497
<i>Controlevariabelen</i>					
Geslacht 1 = Man 2 = Vrouw	4198	1	2	1,42	0,493
Leeftijd	4115	17	87	42,20	12,953
Generationale status 1 = 1e generatie 2 = 2e generatie	4086	1	2	1,12	0,328
Gezondheidstoestand	4194	1	5	2,45	1,036

Data analyse

De mate van zorggebruik van Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen komt naar voren in tabel 1. Naast deze beschrijving wordt er voor elke etnische groepering nagegaan of zij onderling significant verschillen wat betreft het zorggebruik. Voor iedere combinatie van twee etnische groepen is een t-toets uitgevoerd, waarbij een significantieniveau wordt gehanteerd van 0.05. De gemiddelde waarde (M) betreft het gemiddelde aantal bezoeken aan de huisarts in de afgelopen twee maanden, ofwel het zorggebruik (tabel 9). De standaarddeviatie (SD) geeft de spreiding van de variabele weer, zodat vastgesteld wordt in hoeverre waarden afwijken van het gemiddelde (tabel 9). Tevens wordt stil gestaan bij mogelijke significante verschillen in zorggebruik binnen de etnische groepen door deze uit te splitsen voor eerste generatie en tweede generatie migranten (tabel 10).

Om tot een antwoord te komen op de onderzoeksvraag is het van belang om na te gaan in hoeverre het verschil in zorggebruik tussen de etnische groeperingen afhankelijk is van de mate van culturele acculturatie, sociale acculturatie, cognitieve acculturatie en structurele acculturatie. Om dit te bewerkstelligen worden er diverse lineaire regressieanalyses uitgevoerd, met als afhankelijke variabele de mate van zorggebruik. De regressieanalyses volgen elkaar systematisch op. De regressietabellen vermelden de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt (B), welke de gemiddelde toename of afname aangeeft wanneer de onafhankelijke variabele met één eenheid (Gravetter & Wallnau, 2009). Er wordt gebruikt gemaakt van een significantieniveau van 0.05, indien relevant wordt ook een significantieniveau van 0,01 getoond (tabel 11, 12 en 13). Het determinatiecoëfficiënt R^2 in de regressietabellen geeft aan welk deel van de variatie in de afhankelijke variabele wordt bepaald door de toegevoegde variabele(n), ook wel verklaarde variantie genoemd (Gravetter & Wallnau, 2009).

Om te beoordelen of de etnische groepen significant van elkaar verschillen wat betreft zorggebruik is er een lineaire regressieanalyse uitgevoerd met zorggebruik als afhankelijke variabele en etnische groepering als onafhankelijke variabele. Er is voor elke etnische groepering een dummyvariabele geconstrueerd. Als referentiecategorie is de Antilliaanse groepering gebruikt. Vervolgens worden de controlevariabelen leeftijd, geslacht en generationele status toegevoegd aan de regressieanalyse. Met het toevoegen van de generationele status kunnen mogelijk verklaringen worden geven

voor verschillen in zorggebruik tussen eerste en tweede generatie migranten. Tevens wordt er voor elke onafhankelijke variabele apart een regressieanalyse uitgevoerd. Daarna worden de onafhankelijke variabelen samengevoegd in één regressieanalyse om tot beantwoording van de onderzoeksvraag te komen. Tot slot wordt de controlevariabele gezondheidstoestand toegevoegd aan het model om na te gaan in hoeverre de eerder gevonden verklaringen geldigheid behouden. De verwachting is dat de verschillen in gezondheidstoestand van respondenten verschillen in zorggebruik voor een belangrijk deel kunnen verklaren.

Resultaten

Bivariate analyse

Uit de t-toets blijkt dat etnische groeperingen onderling verschillen wat betreft eerstelijnszorggebruik. Turken maken gemiddeld meer gebruik van zorg dan Marokkanen, dit verschil is echter klein en niet significant ($t = 0,100$; $df = 2141$; $p = 0,920$). Daarnaast blijkt dat Turken gemiddeld meer zorg gebruiken dan Surinamers ($t = 1,936$; $df = 2215$; $p = 0,053$) en Antillianen ($t = 3,716$; $df = 1992$; $p = 0,000$). Enkel het laatstgenoemde verschil is significant. Wanneer er wordt gekeken naar de Marokkanen blijkt dat deze etnische groepering gemiddeld meer zorg gebruiken dan Surinamers ($t = 1,793$; $df = 2108$; $p = 0,073$) en Antillianen ($t = 3,553$; $df = 1893$; $p = 0,000$). Eveneens is slechts het laatstgenoemde verschil significant. Tot slot blijkt dat Surinamers meer zorg gebruiken dan Antillianen, dit verschil is echter niet significant ($t = 1,849$; $df = 1949$; $p = 0,065$). Uit deze bevindingen blijkt dat Turkse en Marokkaanse migranten sterk op elkaar lijken wat betreft zorggebruik, evenals Surinaamse migranten en Antilliaanse migranten.

Tabel 9: Gemiddelde waarde (M) betreffende het zorggebruik en standaarddeviatie (SD) van zorggebruik, uitgesplitst naar etnische groepering.

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Turken	1,33	1,807
Marokkanen	1,32	1,805
Surinamers	1,18	1,787
Antillianen	1,04	1,681

Uit de t-toets komt naar voren dat er sterke statistisch significante verschillen zijn wat betreft eerstelijnszorggebruik binnen etnische groeperingen (tabel 10). Eerste generatie Turken gebruiken gemiddeld meer zorg dan tweede generatie Turken ($t = 2,499$; $df = 1088$; $p = 0,013$). Eerste generatie Marokkanen gebruiken gemiddeld meer zorg dan tweede generatie Marokkanen ($t = 3,963$; $df = 995$; $p = 0,000$). Ook komt naar voren dat eerste generatie Surinamers gemiddeld meer zorg gebruiken dan tweede generatie Surinamers ($t = 4,005$; $df = 1061$; $p = 0,000$) en eerste generatie Antillianen gemiddeld een hoger zorggebruik hebben dan tweede generatie Antillianen ($t = 2,606$; $df = 848$; $p = 0,009$). Tevens blijkt uit tabel 10 dat tweede generatie Marokkaanse ($M = 0,68$), Surinaamse ($M = 0,69$) en Antilliaanse ($M = 0,65$) migranten sterk op elkaar lijken wat betreft zorggebruik, terwijl de tweede generatie Turkse migranten hiervan afwijkt ($M = 0,92$).

Tabel 10: Gemiddelde waarde (M) betreffende het zorggebruik en standaarddeviatie (SD) van zorggebruik, uitgesplitst naar etnische groepering en generationele status.

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Turken: eerste generatie	1,39	1,836
Turken: tweede generatie	0,92	1,506
Marokkanen: eerste generatie	1,39	1,837
Marokkanen: tweede generatie	0,68	1,214
Surinamers: eerste generatie	1,29	1,883
Surinamers: tweede generatie	0,69	1,176
Antillianen: eerste generatie	1,09	1,737
Antillianen: tweede generatie	0,65	1,246

Multivariate analyse

Uit de eerste regressieanalyse komt naar voren dat Turken en Marokkanen significant meer gebruik maken van eerstelijnszorg dan Antillianen (tabel 11). Surinaamse migranten verschillen wat betreft zorggebruik niet significant van de Antilliaanse migranten, evenzo zijn er geen significante verschillen in zorggebruik tussen Turkse en Marokkaanse migranten. Daarnaast zijn er geen significante verschillen in zorggebruik tussen Surinamers en Turken enerzijds en Surinamers en Marokkanen anderzijds. Al deze bevindingen zijn in lijn met de eerder besproken uitkomsten van de bivariate analyse.

Tabel 11: Regressievergelijkingen met als afhankelijke variabele bezoek aan de huisarts, waar elke verklarende variabele afzonderlijk is opgenomen in de regressieanalyse, gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en generationele status.

Variabelen	Categorie	Zorggebruik					
		Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6
		B	B	B	B	B	B
Etnische Groepering	Turken	0,273**	0,404**	0,262**	0,367**	0,229*	0,338**
	Marokkanen	0,284**	0,400**	0,273**	0,364**	0,285**	0,323**
	Surinamers	0,12	0,004	-0,010	0,007	0,061	0,071
	Antillianen (referentie categorie)						
Leeftijd			0,027**	0,024**	0,027**	0,025**	0,022**
Geslacht			0,592**	0,627**	0,584**	0,576**	0,500**
	1 = Man						
	2 = Vrouw						
Generationele status			-0,184	-0,116	-0,161	-0,073	-0,215*
	1 = 1 ^e generatie						
	2 = 2 ^e generatie						
Traditionele normen en waarden				0,269**			
Sociale informele contacten					0,062		
Taalvaardigheid						0,384**	
	0 = Geen / weinig moeite met de Nederlandse taal						
	1 = Vaak moeite met de Nederlandse taal / spreekt geen Nederlands						
Vaste baan							0,492**
	0 = Vaste baan						
	1 = Tijdelijke / geen baan						
R ²			0,066	0,076	0,067	0,074	0,082

p < 0,05* en p < 0,01**

Wanneer vervolgens gecontroleerd wordt voor de variabelen generationele status, leeftijd en geslacht blijkt dat leeftijd en geslacht significant van invloed zijn op het zorggebruik (tabel 11, model 2). De verwachting dat eerste generatie migranten meer zorg gebruiken dan tweede generatie migranten wordt niet bevestigd. Wat betreft leeftijd geldt dat naarmate men ouder is, het zorggebruik significant toeneemt. Tevens

blijkt dat vrouwen significant meer zorg gebruiken dan mannen. De effecten van etniciteit worden significant versterkt door de controlevariabelen geslacht en leeftijd. De etnische verschillen in zorggebruik zijn mede toe te schrijven aan verschillen in leeftijd en geslacht tussen de etnische groepen. De verschillen in zorggebruik tussen de etnische groepen zijn niet toe te schrijven aan verschillen in generationele status. De verklaaringskracht van model 2 is gering, het model verklaart slechts voor 6,6 procent de mate van zorggebruik ($R^2 = 0,066$). De controlevariabelen voegen 6,2 procent aan de verklaarde variantie toe ($R^2 \text{ Change} = 0,062$).

De resultaten van de verklarende variabelen worden eveneens weergegeven in tabel 11, deze variabelen zijn apart van elkaar aan model 2 toegevoegd. Hieruit blijkt dat meer waarde hechten aan traditionele normen en waarden van significante invloed is op het zorggebruik (tabel 11, model 3). Deze onafhankelijke variabele kan deels als verklaring worden gezien voor het feit dat Turken en Marokkanen meer zorg gebruiken dan Antillianen. Met andere woorden zijn Turken en Marokkanen traditioneler in hun opvattingen en maken zij hierdoor meer gebruik van de gezondheidszorg. De controlevariabelen leeftijd en geslacht zijn significant van invloed en blijven zo onderdeel uitmaken van de verklaring van de verschillen in zorggebruik tussen de etnische groepen. Na het toevoegen van de variabele traditionele normen en waarden nemen de verschillen in zorggebruik significant af tussen Turken en Antillianen enerzijds en tussen Marokkanen en Antillianen anderzijds ten opzichte van model 2 (tabel 11). Dit model geeft een verklaarde variantie van 7,6 procent ($R^2 = 0,076$; $R^2 \text{ Change} = 0,010$).

De tweede onafhankelijke variabele sociale informele contacten in tabel 11 is niet significant en maakt geen onderdeel uit van de verklaring van de etnische verschillen in zorggebruik (tabel 11, model 4). De stelling dat Turken en Marokkanen meer zorg gebruiken dan Antillianen vanwege minder sociale informele contacten met autochtonen gaat niet op. Dit geldt ook wanneer de Surinaamse migrantengroep vergeleken wordt met zowel de Turkse migrantengroep als de Marokkaanse migrantengroep (data niet getoond). Het effect van leeftijd en geslacht op zorggebruik blijft bestaan.

De onafhankelijke variabele taalvaardigheid is significant van invloed op het zorggebruik. Verschillen in taalvaardigheid verklaren deels verschillen in zorggebruik tussen de etnische groeperingen. Turken en Marokkanen beheersen de Nederlandse taal minder goed dan Antillianen en maken hierdoor meer gebruik van eerstelijnszorg (tabel 11, model 5). De controlevariabelen leeftijd en geslacht blijven onderdeel van de verklaring van de etnische verschillen in zorggebruik. Het toevoegen van de variabele taalvaardigheid aan het model geeft een lichte toename van de verklaarde variantie. Het model verklaart nu voor 7,4 procent de mate van zorggebruik ($R^2 = 0,074$). Dit is een toename van 0,8 procent ten opzichte van model 2 ($R^2 \text{ Change} = 0,008$).

Tot slot is het hebben van een vaste baan significant van invloed op het zorggebruik van migranten. Verschillen in arbeidscontract verklaren mede etnische verschillen in zorggebruik. Turken en Marokkanen bezitten minder vaak een vaste baan dan Antillianen waardoor zij meer zorg gebruiken (tabel 11, model 6). Naast de controlevariabelen leeftijd en geslacht is ook de controlevariabele generationele status significant van invloed op het zorggebruik. Het zorggebruik neemt toe naarmate een migrant ouder is. Tevens geeft het behoren tot het vrouwelijke geslacht of tot de eerste generatie migrantengroep een significant hoger zorggebruik. Etnische verschillen in zorggebruik zijn dus deels toe te schrijven aan verschillen in leeftijd, geslacht en generationele status. Dit model verklaart voor 8,2 procent de mate van zorggebruik, de verklaarde variantie neemt toe met 1,6 procent ten opzichte van model 2 ($R^2 = 0,082$; $R^2 \text{ Change} = 0,016$).

Een enkele keer is er een significant verschil in zorggebruik gevonden tussen eerste generatie en tweede generatie migranten (tabel 11, model 6). De hypothesen twee, vier en zes met betrekking tot de eerste en tweede generatie migranten worden verworpen. Er is geen statistisch bewijs dat eerste generatie migranten traditioneler zijn in hun opvattingen, minder sociale informele contacten hebben met autochtonen en de Nederlandse taal minder goed beheersen dan tweede generatie migranten waardoor zij meer gebruik maken van de gezondheidszorg. Uitsluitend hypothese acht wordt bevestigd. Eerste generatie migranten hebben minder vaak een vaste baan dan tweede generatie migranten waardoor zij meer gebruik maken van zorg.

Tabel 12: Regressievergelijking waar alle verklarende variabelen tezamen zijn opgenomen met als afhankelijke variabele bezoek aan de huisarts, gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en generationele status.

Variabelen	Categorie	Zorggebruik		
		Model 1	Model 2	Model 3
		B	B	B
Etnische groepering	Turken	0,273**	0,404**	0,139
	Marokkanen	0,284**	0,400**	0,183*
	Surinamers	0,12	0,004	0,093
	Antillianen (referentie categorie)			
Leeftijd			0,027**	0,020**
Geslacht			0,592**	0,537**
1 = Man				
2 = Vrouw				
Generationale status			-0,184	-0,097
1 = 1e generatie				
2 = 2e generatie				
Traditionele normen en waarden				0,211**
Sociale informele contacten				-0,062
Taalvaardigheid				0,293**
0 = Geen / weinig moeite met de Nederlandse taal				
1 = Vaak moeite met de Nederlandse taal / spreekt geen Nederlands				
Vaste baan				0,422**
0 = Vaste baan				
1 = Tijdelijke / geen baan				
R ²		0,004	0,066	0,094

p < 0,05* en p < 0,01**

Ter beantwoording van onze hoofdvraag zijn alle hiervoor besproken verklarende variabelen gezamenlijk opgenomen in tabel 12. Deze tabel geeft aan welke variabelen onderdeel uitmaken van de verklaring van de etnische verschillen in eerstelijnszorggebruik. Er is geen enkel statistisch bewijs gevonden waaruit blijkt dat Turken en Marokkanen in mindere mate geaccultureerd zijn en hierdoor meer zorg

gebruiken dan Surinaamse migranten (data niet getoond). Het zorggebruik van Turkse en Marokkaanse migranten verschilt in geen enkel model significant van elkaar (data niet getoond). De significante verschillen in zorggebruik tussen de Antilliaanse en Turkse groepering enerzijds en de Antilliaanse en Marokkaanse groepering anderzijds worden wel deels verklaard door enkele onafhankelijke variabelen (tabel 12, model 3).

De mate waarin migranten vasthouden aan traditionele normen en waarden is significant van invloed op het zorggebruik. De eerste hypothese wordt gedeeltelijk bevestigd. Etnische verschillen in zorggebruik worden mede verklaard door verschil in traditionele opvattingen. Turken en Marokkanen zijn traditioneler in hun opvattingen dan Antillianen wat geeft dat zij meer zorg gebruiken. Het hebben van sociale informele contacten is niet significant van invloed op het zorggebruik van migranten waardoor de derde hypothese wordt verworpen. Verschil in de mate van sociale informele contacten met autochtonen maakt geen onderdeel uit van de verklaring van de etnische verschillen in zorggebruik. Dit betekent dat niet gesteld kan worden dat Turken en Marokkanen minder sociale informele contacten hebben dan Antillianen waardoor zij meer zorg gebruiken. Verder beheersen Turkse en Marokkaanse migranten de Nederlandse taal minder goed dan Antilliaanse migranten waardoor zij meer gebruik maken van zorg. De vijfde hypothese met betrekking tot de taalvaardigheid van migranten wordt bevestigd. Etnische verschillen in zorggebruik kunnen deels verklaard worden door verschillen in taalvaardigheid tussen de migrantengroepen. Het hebben van een vaste baan heeft significante invloed op het zorggebruik, waardoor de zesde hypothese wordt bevestigd. Bewijs is er voor de stelling dat Turkse en Marokkaanse migranten minder vaak een vaste baan hebben dan Antilliaanse migranten en hierdoor meer zorg gebruiken.

In dit model is er geen significante invloed van de generationele status op zorggebruik. Etnische verschillen in zorggebruik worden niet verklaard door verschillen in generationele status tussen de etnische groepen. De leeftijd en het geslacht spelen een significante rol in de verklaring van de etnische verschillen in zorggebruik. Een hogere leeftijd of het behoren tot het vrouwelijke geslacht geeft een hoger zorggebruik. De totale verklaringskracht van dit model, zoals weergegeven in tabel 12, is summier. Het model verklaart nu voor 9,4 procent de mate van

zorggebruik, de verklaarde variantie neemt toe met slechts 2,8 procent ten opzichte van model 2 ($R^2 = 0,094$; R^2 Change = 0,028).

Tabel 13: Regressievergelijking waar alle verklarende variabelen tezamen zijn opgenomen met als afhankelijke variabele bezoek aan de huisarts, gecontroleerd voor gezondheidstoestand, leeftijd, geslacht en generationele status.

Variabelen	Categorie	Zorggebruik			
		Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
		B	B	B	B
Etnische groepering	Turken	0,273**	0,029	0,135	0,055
	Marokkanen	0,284**	0,041	0,145	0,093
	Surinamers	0,126	0,011	-0,004	0,023
	Antillianen (referentie categorie)				
Gezondheidstoestand			0,781**	0,732**	0,708**
Leeftijd				0,005*	0,003
Geslacht				0,373**	0,394**
1 = Man					
2 = Vrouw					
Generationele status				-0,124	-0,096
1 = 1e generatie					
2 = 2e generatie					
Traditionele normen en waarden					0,154**
Sociale informele contacten					-0,122**
Taalvaardigheid					0,150*
0 = Geen / weinig moeite met de Nederlandse taal					
1 = Vaak moeite met de Nederlandse taal / spreekt geen Nederlands					
Vaste baan					0,095
0 = Vaste baan					
1 = Tijdelijke / geen baan					
R^2		0,004	0,198	0,209	0,215

p < 0,05* en p < 0,01**

In tabel 13 wordt de controlevariabele gezondheidstoestand toegevoegd aan de regressieanalyse. In lijn van de verwachting blijkt dat de gezondheidstoestand van grote invloed is op het zorggebruik van migranten (tabel 13, model 3 en 4). Verschillen in gezondheidstoestand van migranten verklaren voor een groot deel de etnische verschillen in zorggebruik. Migrantengroepen die zich minder gezond voelen, gebruiken significant meer zorg. Evenwel zijn drie van de vier onafhankelijke variabelen van significante invloed op het zorggebruik in dit model (tabel 13, model 4). Het vasthouden aan traditionele normen en waarden, minder sociale informele contacten met autochtonen en een minder goede taalvaardigheid zijn allen onderdeel van de verklaring waarom Turken en Marokkanen meer zorg gebruiken dan Antillianen. Opvallend is dat variabele sociale informele contacten nu wel een significante rol speelt in tegenstelling tot eerdere bevindingen. Hieruit volgt dat meer sociale informele contacten met autochtonen leidt tot meer zorggebruik. Een hoger zorggebruik van Turkse en Marokkaanse migranten kan mede verklaard worden door meer sociale informele contacten met autochtonen. Deze bevinding is contrair, de verwachting was dat minder sociale informele contacten met autochtonen leidt tot een hoger zorggebruik. Een andere verschuiving is dat het significante effect van de variabele vaste baan verdween. Wanneer er wordt gecontroleerd voor gezondheid hebben verschillen in arbeidscontract geen invloed op de etnische verschillen in zorggebruik. De gezondheid van migranten fungeert hier als mediërende variabele. De gezondheid van migranten is zowel van invloed op het hebben van een vaste baan als op het zorggebruik. Het verband tussen het hebben van een vaste baan en zorggebruik verdwijnt, wanneer gecontroleerd wordt voor de gezondheidstoestand. Tevens geeft alleen de controlevariabele geslacht een significant resultaat. Vrouwen verschillen wat betreft zorggebruik significant van mannen. Het effect van leeftijd op zorggebruik verdwijnt. Dat het ouder worden gepaard gaat met een toenemend zorggebruik, wordt in dit model niet meer gevonden. De toevoeging van de controlevariabele gezondheidstoestand geeft dat de verklaringskracht van het model sterk toeneemt. De verklaarde variantie betreft nu 21,5 procent ($R^2 = 0,215$). De variabele gezondheidstoestand voegt op zichzelf 19,4 procent aan de verklaarde variantie toe ($R^2 \text{ Change} = 0,194$), terwijl de verklarende variabelen vervolgens slechts 0,7 procent aan de verklaarde variantie toevoegen ($R^2 \text{ Change} = 0,007$). Deze toevoeging is echter wel significant ($p = 0,000$).

Conclusie

Tot de grootste vier etnische minderheidsgroepen in Nederland behoren Turken, Marokkanen, Antillianen en Surinamers. Leden van deze etnische groeperingen maken gebruik van eerstelijnszorg in Nederland. Uit voorgaand onderzoek blijkt dat het proces van acculturatie van invloed is op het zorggebruik van etnische minderheidsgroeperingen (Stronks, 1998). Hoofddoel van deze studie was de verschillen in zorggebruik tussen de vier etnische minderheidsgroepen in Nederland verklaren vanuit de mate van acculturatie in de Nederlandse samenleving. Onder acculturatie werd het proces verstaan waarbij een groep wordt gesocialiseerd in een nieuwe cultuur door de taal, waarden, normen en gedrag van die cultuur over te nemen (Uiters, 2007). De onderzoeksvraag die centraal stond was:

In hoeverre verklaart de mate van acculturatie verschillen in eerstelijnszorggebruik tussen Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse minderheidsgroepen in Nederland?

Belangrijkste onderzoeksbevindingen

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden werden drie deelvragen opgesteld. De eerste deelvraag gaat na in hoeverre etnische minderheidsgroepen in Nederland qua zorggebruik van elkaar verschillen. Geconcludeerd wordt dat niet alle etnische minderheidsgroepen onderling verschillen in zorggebruik. Conform de verwachting zijn er geen significante verschillen in zorggebruik tussen enerzijds Turken en Marokkanen en anderzijds Surinamers en Antillianen. Deze migrantengroepen lijken sterk op elkaar wat betreft het zorggebruik. Opmerkelijk was echter dat de Surinaamse groep geen significante verschillen in zorggebruik vertoonde met zowel de Turkse als de Marokkaanse groep. Enkel het zorggebruik van Antillianen verschilde significant van het zorggebruik van zowel Turken als Marokkanen. Turkse en Marokkaanse migranten gebruiken significant meer zorg dan Antilliaanse migranten. Daarnaast blijkt dat er verschillen in zorggebruik zijn binnen etnische groeperingen, wanneer deze worden uitgesplitst naar eerste generatie en tweede generatie migranten. Geconcludeerd kan worden dat binnen elke migrantengroep eerste generatie migranten gemiddeld meer gebruik maken van eerstelijnszorg dan tweede generatie migranten.

De tweede deelvraag geeft weer in hoeverre etnische minderheidsgroepen in Nederland van elkaar verschillen op het domein van acculturatie. Het acculturatieproces werd opgesplitst in vier vormen: culturele acculturatie, sociale acculturatie, cognitieve acculturatie en structurele acculturatie (Esser, 1980; Trube, 1984). Wat betreft culturele acculturatie blijkt dat zowel Turken als Marokkanen meer vasthouden aan traditionele normen en waarden dan Antillianen en Surinamers. Op het gebied van sociale acculturatie blijkt dat Antilliaanse en Surinaamse migranten meer sociale informele contacten hebben met autochtonen dan Turken en Marokkanen. Daarnaast zijn er grote verschillen in de mate van cognitieve acculturatie. Surinamers en Antillianen hebben weinig moeite met het spreken van de Nederlandse taal, dit in tegenstelling tot Turken en Marokkanen. Tot slot blijkt dat ten aanzien van structurele acculturatie Surinamers en Antillianen vaker over een vaste baan beschikken, in tegenstelling tot Turken en Marokkanen welke vaker een tijdelijke baan of geen baan hebben.

De derde deelvraag laat zien in hoeverre etnische verschillen in zorggebruik verklaard kunnen worden door verschillen in acculturatie. Mede doordat Turkse en Marokkaanse migranten traditioneler zijn in hun opvattingen dan Antilliaanse migranten maken zij meer gebruik van eerstelijnszorg. Door de grote culturele verschillen tussen de Turkse en Nederlandse cultuur enerzijds en de Marokkaanse en Nederlandse cultuur anderzijds, is het aannemelijk dat Turken en Marokkanen meer traditionele opvattingen hebben dan Antillianen. De Antilliaanse cultuur kent veel overeenkomsten met de Nederlandse cultuur. De normen en waarden binnen de Turkse en Marokkaanse cultuur wijken echter sterk af van de Nederlandse normen en waarden. De bevindingen wat betreft het zorggebruik gaan niet op wanneer de Surinaamse migrantengroep wordt vergeleken met zowel de Turkse als de Marokkaanse migrantengroep. De verwachting dat verschil in de mate van sociale informele contacten met autochtonen de etnische verschillen in zorggebruik verklaart, wordt niet bevestigd. Er kan niet gesteld worden dat Turkse en Marokkaanse migranten meer zorg gebruiken omdat zij minder sociale informele contacten hebben dan Surinaamse en Antilliaanse migranten. Er kan worden aangetoond dat Turkse en Marokkaanse migranten meer zorg gebruiken dan Antilliaanse migranten mede vanwege een mindere beheersing van de Nederlandse taal. Taalproblemen belemmeren het acculturatieproces van Turken en Marokkanen, waardoor zij zich

minder (psychisch) gezond voelen en vaker naar de huisarts gaan met klachten. Dat Turkse en Marokkaanse migranten minder cognitief geaccultureerd zijn, geeft geen significant hoger zorggebruik dan het zorggebruik van Surinaamse migranten. Tot slot blijkt dat Turkse en Marokkaanse migranten minder vaak een vaste baan hebben dan Antilliaanse migranten en mede hierdoor meer zorg gebruiken. Het hebben van een tijdelijke of zelfs geen enkele baan leidt tot onzekerheid en stress, waardoor migranten zich minder (psychisch) gezond voelen en meer zorg behoeven. Turken en Marokkanen hebben ook minder vaak een vaste baan dan Surinamers, dit staat echter niet in relatie tot de mate van zorggebruik.

Generationale status

Slechts een enkele keer werd gevonden dat eerste generatie migranten in mindere mate geaccultureerd zijn dan tweede generatie migranten waardoor zij meer zorg gebruiken. Dit betreft de structurele acculturatie; eerste generatie migranten hebben minder vaak een vaste baan dan tweede generatie migranten waardoor zij meer zorg gebruiken. Hoewel eerste en tweede generatie migranten verschillen in zorggebruik, staat dit niet in relatie tot de mate van culturele acculturatie, sociale acculturatie en cognitieve acculturatie. Met betrekking tot de etnische groeperingen bleek uit de bivariate analyse dat tweede generatie Turkse migranten afwijken wat betreft zorggebruik. Tweede generatie Turken hebben een hoger gemiddeld zorggebruik dan tweede generatie Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse migranten, welke sterk op elkaar lijken. Dit kan erop wijzen dat tweede generatie Turkse migranten in mindere mate geaccultureerd zijn dan de andere tweede generatie migrantengroepen en daardoor meer zorg gebruiken.

Gezondheid

De gezondheidstoestand van migranten bleek, zoals verwacht, de grootste verklaring te bieden voor de verschillen in zorggebruik tussen de migrantengroepen. Naarmate migranten zich minder gezond voelen, neemt het gebruik van eerstelijnszorg toe. De gezondheidstoestand van migranten verschilt tussen de etnische minderheidsgroepen, waardoor het zorggebruik verschillend is. Na toevoeging van de controlevariabele gezondheidstoestand kon worden gezien in hoeverre de mate van acculturatie nog van invloed was op zorggebruik. Opvallend is dat de etnische verschillen in zorggebruik nu wel mede verklaard kunnen worden vanuit de mate van sociale acculturatie. Echter

geeft de richting van dit verband aan dat migranten met veel sociale contacten met autochtonen een hoger zorggebruik hebben. Het is niet mogelijk een verklaring te vinden voor deze bevinding vanuit het theoretisch kader van dit onderzoek. Een andere bevinding is dat na toevoeging van de controlevariabele gezondheidstoestand het effect van een vaste baan op etnische verschillen in zorggebruik verdwijnt. Het blijkt dat de gezondheid van migranten zowel het hebben van een vaste baan als het zorggebruik beïnvloedt, waardoor een mediërend effect kan worden vastgesteld. Migrant die zich gezond voelen, hebben vaker een vaste baan en migranten die zich gezond voelen, gebruiken minder eerstelijnszorg.

De algehele conclusie en het antwoord op de onderzoeksvraag is dat de mate van culturele acculturatie, sociale acculturatie en cognitieve acculturatie de etnische verschillen in eerstelijnszorggebruik deels verklaart. Turkse en Marokkaanse migranten houden meer vast aan traditionele normen en waarden, hebben minder sociale informele contacten met autochtonen en beheersen de Nederlandse taal minder goed dan Antilliaanse migranten. Structurele acculturatie maakt geen onderdeel uit van de verklaring van de etnische verschillen in zorggebruik, wanneer gecontroleerd wordt voor de gezondheidstoestand van migranten. De gezondheidstoestand van een migrant bevat een groot deel van de verklaring van de etnische verschillen in zorggebruik. Wat betreft eerste generatie migranten en tweede generatie migranten kan worden geconcludeerd dat binnen elke etnische groepering eerste generatie migranten gemiddeld meer gebruik maken van eerstelijnszorg dan tweede generatie migranten. Echter maken niet alle acculturatievormen deel uit van de verklaring van deze verschillen in zorggebruik. Er kan niet gesteld worden dat eerste generatie migranten in een mindere mate cultureel, sociaal en cognitief geaccultureerd zijn, waardoor zij meer zorg gebruiken dan tweede generatie migranten. Wel wordt aangetoond dat eerste generatie migranten minder structureel geaccultureerd zijn, waardoor zij meer zorg gebruiken dan tweede generatie migranten.

Bovenstaande bevindingen sluiten aan bij eerdere onderzoeken. Zo toont onderzoek van Berry (1990) aan dat het migratieproces stress en psychische problematiek kan opleveren bij migranten. Migrant die in sterke mate geaccultureerd zijn, voelen zich meer gezond en gebruiken minder zorg dan in mindere mate geaccultureerde migranten (Stevens & Vollebergh, 2008). Onderzoek van Uiters (2007) geeft ook

weer dat een mindere mate van acculturatie leidt tot meer gebruik van eerstelijnszorg onder migranten. Turkse en Marokkaanse migranten kennen een mindere mate van culturele acculturatie, sociale acculturatie, cognitieve acculturatie en structurele acculturatie dan Antilliaanse migranten. Een verklaring hiervoor kan zijn dat Turkse en Marokkaanse migranten meer stress en problemen ervaren rondom het migratieproces dan Antilliaanse migranten. De grote culturele veranderingen, taalproblemen en het gebrek aan sociale contacten geven dat deze migranten vastlopen in het acculturatieproces. Hierdoor raakt hun psychische welbevinden aangetast waarna deze klachten veelal worden gesomatiseerd, wat weer leidt tot een toename van het zorggebruik (Uiters, 2007).

Discussie

Theoretische en praktische implicaties

In dit onderzoek is ingegaan op het zorggebruik van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse minderheidsgroepen in Nederland, uitgesplitst naar eerste generatie en tweede generatie migranten. Voor nader onderzoek is het van belang dat het zorggebruik van etnische minderheidsgroepingen vergeleken wordt met de autochtone populatie in Nederland. Uit eerder onderzoek komt naar voren dat migranten wat betreft het gebruik van eerstelijnszorg afwijken van autochtonen (Uiters, 2007). Voor een volledig onderzoek is het interessant te beoordelen of migranten welke in sterkere mate geaccultureerd zijn, steeds meer gaan lijken wat betreft zorggebruik op autochtonen. Dit is van belang vanwege twee redenen. Allereerst is het belangrijk dat de toegang en de doorstroming tot eerstelijnszorg, zoals de huisarts, eenvoudig te verkrijgen is voor zowel autochtonen als allochtonen. In de Nederlandse samenleving bezit de huisarts een poortwachtersfunctie, waar vanuit wordt doorverwezen naar tweedelijnszorg en andere specialismen. Om ook migranten de juiste zorg op maat te geven, moet de huisarts zeer toegankelijk zijn. Anderzijds moet excessief gebruik van de gezondheidszorg voorkomen worden. De Nederlandse overheid streeft naar een duurzaam gebruik van de gezondheidszorg en bezuinigt momenteel flink op de kosten van de gezondheidszorg. Een goed lopend acculturatieproces van migranten voorkomt overmatig zorggebruik van migranten met acculturatieproblemen. Het was echter vanwege methodologische beperkingen niet mogelijk om deze vergelijking te maken. Vervolgonderzoek moet uitwijzen of het

inderdaad zo is dat migranten welke sterker accultureren in de Nederlandse samenleving wat betreft zorggebruik meer overeenkomen met de autochtone populatie dan migranten welke in mindere mate geaccultureerd zijn. De Nederlandse overheid kan vervolgens in haar beleid anticiperen op de uitkomsten van dergelijk onderzoek. Daarnaast is het een aanbeveling om in toekomstig onderzoek naast de vier grote etnische minderheidsgroepen andere etnische groeperingen op te nemen welke tot de doelgroep van het Nederlandse integratiebeleid behoren. Op deze manier wordt de Nederlandse samenleving breder betrokken in het onderzoek. Verder is het naar aanleiding van de markante bevinding uit dit onderzoek dat tweede generatie Turkse migranten afwijken in de mate van zorggebruik van Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse tweede generatie migranten, aan te bevelen nader de betekenis van deze bevinding te onderzoeken. Wellicht hebben tweede generatie Turkse migranten een achterstand in de mate van acculturatie in de Nederlandse samenleving op de andere migrantengroepen, wat een verklaring kan bieden voor het afwijkende zorggebruik.

Tevens is het relevant om rekening te houden met de context van de ontvangende samenleving. Migrantten passen acculturatiestrategieën mede aan op de (maatschappelijke) context in de ontvangende samenleving. Deze context is beïnvloedbaar door bijvoorbeeld politieke en/of maatschappelijke gebeurtenissen. Zo lagen ten tijde van het afnemen van de interviews de aanslagen van elf september 2011 nog vers in het geheugen. Om integratie van allochtonen te bereiken zijn er aanpassingen nodig van zowel de ontvangende samenleving als de minderheidsgroep (Berry, 2005). Tot slot is het van belang om te realiseren dat vraagstukken over etnische verhoudingen veelzijdig en veelomvattend zijn. Dergelijke vragen over traditionele waarden en normen brengen een bepaalde spanning met zich mee. Zo kunnen bepaalde meningen voor controverser zorgen in de Nederlandse samenleving en politiek, wat kan leiden tot sociale afstand tussen etnische groeperingen.

Methodologische kanttekeningen

Naast theoretische implicaties kent dit onderzoek ook methodologische beperkingen. De respondenten werden geselecteerd uit vooraf vastgestelde gemeenten. Door dit selectieproces heeft niet elke migrant de kans gekregen om in het onderzoek opgenomen te worden. Grotere gemeenten zijn iets oververtegenwoordigd in dit onderzoek, ten koste van kleinere gemeenten. Toch is het mogelijk op grond van deze

data generaliserende uitspraken te doen met betrekking tot de vier etnische minderheidsgroepen, vanwege het feit dat ongeveer de helft van zowel alle Turkse, Marokkaanse, Antilliaanse en Surinaamse migranten in één van de geselecteerde gemeenten woont. Een sterk punt van deze studie is de grote steekproef die genomen is onder allochtonen in Nederland van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse afkomst.

De vragenlijst bestond uit verschillende typen en werkwijzen. De hoofdvragenlijst werd door een enquêteur afgenomen terwijl de minivragenlijst schriftelijk aan de respondent werd voorgelegd. Een schriftelijke vragenlijst kan eenvoudiger zijn om in te vullen, de respondent kan het te geven antwoord overdenken. Tevens kan een schriftelijke vragenlijst ook belemmeringen oproepen doordat de respondent niet goed begrijpt waar de vragen op duiden. Daarnaast kan een mondelinge vragenlijst afschrikken om deel te nemen aan het onderzoek. Door dergelijke belemmeringen is het mogelijk dat het steekproefniveau lager ligt. Positief aan het veldwerk is de matching van de interviewer en de geïnterviewde aan de hand van de etnische afkomst. Tevens waren er ook schriftelijke vragenlijsten beschikbaar in het Arabisch. Hierdoor werden ook migranten bereikt die weinig of geen Nederlands spreken.

De uitkomsten van deze studie zijn uniek vanwege het feit dat eerdere studies de relatie tussen de vier acculturatievormen en het zorggebruik van migranten niet op kwantitatieve wijze hebben getoetst. Bovendien richtten eerdere studies zich veelal op één of twee vormen van acculturatie, waardoor geen volledig beeld ontstaat van het acculturatieproces. Eerder onderzoek van Uiters (2007) vertoont veel overeenkomsten, echter maakte zij gebruik van één acculturatieschaal welke meerdere indicatoren bevatte in plaats van vier verschillende vormen van acculturatie met eigen indicatoren. Op deze manier is het niet alleen mogelijk aan te geven in hoeverre de mate van acculturatie het zorggebruik beïnvloedt, maar ook welke vorm van acculturatie een sterke relatie tot het zorggebruik weergeeft. Het bleek niet eenvoudig om elke acculturatievorm correct en volledig te operationaliseren. Aan elke acculturatievorm werd slechts één indicator verbonden. Sociale acculturatie werd bijvoorbeeld gemeten door de mate van sociale informele contacten met autochtonen. Beter zou zijn om indicatoren als lidmaatschap van een vereniging en het soort activiteiten in de vrije tijd toe te voegen om tot een meer volledig beeld te komen van

de sociale acculturatie van migranten. Tot slot is het essentieel, gezien het gegeven dat acculturatie en zorggebruik in het cross-sectioneel design van deze studie op een bepaald moment in de tijd onderzocht werden, door middel van longitudinaal onderzoek de relatie tussen etnische groepen, acculturatie en zorggebruik verder te exponeren.

Referentielijst

- Berry, J.W. (1990). Psychology of Acculturation. In J.J. Berman (Ed.), *Cross-cultural Perspectives: Nebraska Symposium on Motivation 1989*. Lincoln/London: University of Nebraska Press.
- Berry, J.W. (1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46, 5-34.
- Berry, J.W. (2003). Conceptual Approaches to Acculturation. In K.M. Chun, P.B. Organista, & G. Marín (Eds.), *Acculturation: Advances in Theory, Measurement, and Applied Research*. Washington, DC: APA Press.
- Berry, J.W. (2005). Acculturation: Living Successfully in Two Cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 697-712.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2003). *Allochtonen in Nederland*. Voorburg/Heerlen: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2005). *Bevolking, Leeftijd, Herkomstgroepering, Geslacht en Regio, 1 januari*. <http://statline.cbs.nl>.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2012). *Beroepsbevolking, Geslacht en Leeftijd, 1 januari*. <http://statline.cbs.nl>.
- Coppen, R. & Verhaak, P.F.M. (2007). *Indicatoren in de Eerstelijns GGZ: Een Voorstudie naar de Informatievoorziening in de Eerstelijns GGZ voor Zorggebruikers en Verzekeraars*. Utrecht: NIVEL.
- De Smedt, M. (2009). *Acculturatiestrategieën van Allochtone en Autochtone Werknemers en het Belang van Contact* (Ongepubliceerde masterproef). Universiteit Gent, België.
- Esser, H. (1980). *Aspekte der Wanderungssoziologie: Assimilation und Integration von Wanderern, Ethnischen Gruppen und Minderheiten: Eine Handlungstheoretische Analyse*. Darmstadt en Neuwied: Luchterhand.
- Fassaert, T., Hesselink, A.E., & Verhoeff, A.P. (2009). Acculturation and Use of Health Care Services by Turkish and Moroccan Migrants: a Cross-sectional Population-based Study. *BMC Public Health*, 10, 332-341.
- Fischer, C.S. (1982). *To Dwell among Friends: Personal Networks in Town and City*. Chicago: The University of Chicago.
- Furnham, A. & Bochner, S. (1986). *Culture Shock: Psychological Reactions to Unfamiliar Environment*. London/New York: Menthuen.

- Gravetter, F.J. & Wallnau, L.B. (2009). *Statistics for the Behavioral Sciences* (8th, ed.). Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.
- Henkes, B. (1995). *Heimat in Holland: Duitse Dienstmeisjes, 1920-1950*. Amsterdam: Babylon - De Geus.
- Keij, I. (2000). Standaarddefinitie Allochtonen: Hoe doet het CBS dat nou? *Centraal Bureau voor de Statistiek Index*, 10, 24-25.
- Lamkaddem, M., Spreeuwenberg, P., Devillé, W., Foets, M., & Groenewegen, P. (2008). Changes in Health and Health Care Use of Moroccan and Turkish Migrants in the Netherlands, 2001-2005. *BMC Public Health*, 8, 40-47.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. (2011). *Integratienota: Integratie, Binding, Burgerschap*. Den Haag: Ministerie BZK.
- Oostindie, G. & Schoorl, J. (2011). Postkoloniale migratie. In R.P.W. Jennissen (Red.), *Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum: De Nederlandse Migratiekaart*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.
- Oudhof, K. & Harmsen, C. (2011). De Maatschappelijke Situatie van Surinaamse Bevolkingsgroepen in Nederland. In J. Garssen, J. Apperloo, R. van der Bie, R. Broekman, A. de Graaf, S. Loozen, J. van der Lubbe, & M. Wingen (Red.), *Centraal Bureau voor de Statistiek: Bevolkingstrends 4^e kwartaal 2011*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- Ryder, A.G., Alden, L.E., & Paulhus, D.L. (2000). Is Acculturation Unidimensional or Bidimensional? A Head-to-Head Comparison in the Prediction of Personality, Self-Identity, and Adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 49-65.
- Sluijs, E.M. & De Bakker, D.H. (2005). Context, Vraagstelling en Methode. In RIVM/NIVEL, *Op Eén Lijn: Toekomstverkenning Eerstelijnszorg 2020*. Bilthoven: RIVM/NIVEL.
- Stevens, G.W.J.M. & Vollebergh, W.A.M. (2008). Mental Health in Migrant Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 276-294.
- Stevens, G.W.J.M., Vollebergh, W.A.M., Pels, T.V.M., & Crijnen, A.A.M. (2005). Patronen van Acculturatie en Probleemgedrag bij Marokkaanse Jongeren in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 60, 163-173.

- Stronks, K. (1998). Migratie, acculturatie en gezondheid: een overzicht van de belangrijkste onderzoeksthema's. In NWO/ZON, *Onderzoeksprogramma Cultuur en Gezondheidszorg*. Den Haag: NWO/ZON.
- Tillaert, S. (2008). *Acculturatie, Gepercipieerde Discriminatie en Gepercipieerde Diversiteit in België en Spanje* (Ongepubliceerde masterproef). Universiteit Gent. België.
- Trube, J. (1984). *Assimilation und Etnische Identifikation: Analysen zur Eingliederung Ausländischer Arbeitsmigranten*. Weinheim u.a.: Beltz.
- Uiters, E. (2007). *Primary Health Care Use among Ethnic Minorities in the Netherlands: A comparative study*. Utrecht: NIVEL.
- Van der Stuyft, P., De Muynck, A., Schillemans, L., & Timmerman, C. (1989). Migration, Acculturation and Utilization of Primary Health Care. *Social Science and Medicine*, 29, 53-60.