

Door gezond te leven heb je geen dokter nodig

De verschillen in gezondheid en zorggebruik tussen de
grootste vier niet-westerse migrantengroepen in
Nederland

Bachlorscriptie
Begeleider: Tim Huijts
22 juni 2012

Tessa van der Leij
Marileen van Horne

INHOUDSOPGAVE

Hoofdstuk 1

Achtergrond en probleemstelling p. 3

Hoofdstuk 2

Theorie p. 7

Hoofdstuk 3

Methoden p. 16

Hoofdstuk 4

Resultaten p. 27

Hoofdstuk 5

Conclusie en discussie p. 40

Referentielijst p. 46

HOOFDSTUK 1 – PROBLEEMSTELLING EN ACHTERGROND

In Nederland woonden er volgens het CBS in 2008 1.765.730 niet-westerse allochtonen. Dit is 10,8% van de totale Nederlandse bevolking, die in 2008 16.405.399 bedroeg. Hiervan was 21,1% van Turkse afkomst, 19% van Marokkaanse afkomst, 19% van Surinaamse afkomst en 7,5% van Antilliaanse afkomst. De laatste jaren is er steeds meer aandacht gekomen voor de niet-westerse allochtonen die in ons land wonen. Er is echter nog niet veel aandacht voor het feit dat de niet-westerse allochtonen in ons land ook een groot deel van de gezondheidszorg in Nederland gebruiken. In 2008 waren er afgerond 2,8 miljoen ziekenhuisopnames van de autochtone bevolking (gemiddeld 160,2 per 1000 inwoners). Het aantal ziekenhuisopnames van de niet-westerse allochtonen lag op 196,7 per 1000 inwoners voor de Turken, 173 voor de Marokkanen, 173,8 voor de Surinamers en 182,8 voor de Antillianen. Hieruit kan er geconcludeerd worden dat de niet-westerse allochtonen vaker naar het ziekenhuis gaan dan de autochtone Nederlanders. Ook het gemiddeld aantal keer contact met de huisarts per jaar is hoger dan voor de autochtonen. De autochtone Nederlanders hebben gemiddeld 4,2 keer per jaar contact met de huisarts. Voor Turken is dit 5,4 keer, voor Marokkanen 5,2 keer, voor Surinamers 4,8 keer en voor Antillianen 4,6 keer (CBS, 2012). Uit deze cijfers kan men concluderen dat er meer onderzoek moet worden gedaan naar de verschillen in gezondheid tussen de verschillende niet-westerse minderheidsgroepen in Nederland.

1.1 Achtergrond gezondheidsverschillen tussen etnische groepen

Voor de twintigste eeuw werden de verschillen in gezondheid en ziekte tussen etnische groepen verklaard door biologische factoren (Krieger, 1987). Deze tendens is racistisch van aard, aangezien op deze manier discriminatie en de ongelijkheid tussen etniciteiten vergoelijkt werd en door de politiek voortgezet. Onder andere dit aspect werd als bewijs gezien dat de zwarte bevolking minderwaardig was, doordat ze biologisch afweken van de blanken. Dit leidde tot een ongelijke behandeling van de rassen en discriminatie (Williams et al., 1997). Door sociale veranderingen in de maatschappij zoals de Civil War en de emancipatiegolf werden deze biologische verklaringen naar de achtergrond geschoven en werd de verklaring voor deze verschillen gezocht in sociale condities (Krieger, 1987). Tevens werd er naar sociaal-psychologische factoren en processen gekeken (Williams et al., 1997) die mogelijk een rol zouden kunnen spelen in de verklaring voor de verschillen in gezondheid tussen etnische minderheden. Daarnaast werd er vanuit de antropologische hoek aandacht

geschonken aan de sociale en individuele geschiedenis van etniciteiten, die mogelijk een verklaring zouden kunnen bieden voor de gezondheidsverschillen (Williams et al., 1997). Onderzoek naar de verschillen tussen deze groepen is van belang, omdat het naar verwachting veel van de biologische factoren zal relativiseren en zo de discriminatie zal verminderen of wegnemen. Ook de sociale condities en de sociaal-psychologische factoren kunnen op deze manier verder uitgezocht en aangevuld worden. Tegenwoordig stellen vele wetenschappers dat het verschil in gezondheid grotendeels bepaald wordt door de sociaal economische status (SES) van een individu (Abraído-Lanza et al., 2005; Lassetter et al., 2008; Stronks, 1997; Ten Dam et al., 1997). SES is echter niet een op zichzelf staand gegeven. Het kan beïnvloed worden door verschillende factoren zoals milieu van herkomst, de gezondheid in de jeugd, persoonlijkheidskenmerken, culturele factoren en de gezondheid. Er kan daarom gesteld worden dat er een wisselwerking bestaat tussen SES en gezondheid (Stronks, 1997; Ten Dam, 1997). Om deze aanname te onderbouwen is onderzoek naar deze verschillen van belang.

1.2 Inter-groepsverschillen in gezondheid

Alle verklaringen voor de verschillen in gezondheid tussen etnische groeperingen zijn vooral gericht op aan de ene kant de blanke autochtone groep, en aan de andere kant de niet-westerse allochtone groep (meestal een migrantengroep). Er wordt echter geen onderscheid gemaakt tussen verschillende migrantengroepen (DesMeules et al., 2004). Dit terwijl er verwacht kan worden dat er eveneens verschillen bestaan tussen migrantengroepen. Immers, deze migrantengroepen hebben allemaal een verschillende culturele achtergrond, andere leefgewoontes en een andere geschiedenis. In dit onderzoek zal er daarom aandacht geschonken worden aan de verschillen tussen verschillende migrantengroepen in één land, Nederland. Onze onderzoeksvragen die wij hierbij stellen zijn: *1. In hoeverre bestaat er een verschil in gezondheid tussen de etnische minderheidsgroepen Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen in Nederland? 2. Hoe kunnen deze verschillen verklaard worden?*

1.3 Achtergrond zorggebruik in Nederland

In Nederland werd als eerste land in Europa een beleid ingevoerd dat de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor migranten groter moest maken. Al sinds 1970 maakten artsen zich bezorgd over het feit dat gastarbeiders nauwelijks toegang hadden tot de gezondheidszorg. In 1972 werd daarom het 'Overlegorgaan Medische Verzorging Buitenlandse Werknemers' door het Ministerie voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne opgericht. De focus lag vooral op de

fysieke gezondheid van de gastarbeiders, gezien het zware werk dat zij verrichtten, maar er werd ook aandacht besteed aan hun psychische gezondheid (Ingleby, 2009).

Om de gezondheidszorg toegankelijker te maken werden er een aantal stappen ondernomen. Ten eerste werden er tolken ingezet in de gezondheidszorg en werden er ook vertaal en tolkcentra opgericht. Echter beroepen veel artsen zich vaak nog op informele tolken zoals familieleden of vrienden, ondanks de problemen die dit met zich mee brengt (Ingleby, 2009). Ten tweede is er in 1998 een speciaal programma opgericht voor etnische zorgvoorlichters. Dit programma staat onder toezicht van het Nederlandse Gezondheidsinstituut (NIGZ). Bij dit programma worden de migranten in hun eigen etnische groepering, in hun eigen taal, voorgelicht over gezondheidszorg (Ingleby, 2009).

1.4 Verschillen in zorggebruik tussen etnische groepen

Naast deze verschillen in gezondheid, wordt er tevens variatie verwacht in het zorggebruik tussen de verschillende etniciteiten (DesMeules et al., 2004; Harmsen et al., 2005; Van de Wakker, 2006). Dit valt wellicht deels te verklaren door de verschillen in gezondheid. Specifieke groepen zoals ouderen hebben een slechtere gezondheid, waardoor de kans groter is dat deze groep vaker de huisarts opzoekt (Ten Dam, 1997) maar ook dat zij vaker een ziekenhuis bezoek zullen hebben. Uit cijfers van het CBS (2012) blijkt dat het grootste deel van de niet-westerse allochtonen van de eerste generatie is. In Nederland wonen er 1.899.245 eerste generatie niet-westerse allochtonen en 829.893 tweede generatie allochtonen. Er kan gesteld worden dat de grote groep eerste generatie niet-westerse allochtonen vaker behoefte hebben aan een huisarts- of ziekenhuisbezoek. Daarnaast blijkt uit eerder onderzoek dat bijna tweederde van de Turkse mannen in Nederland roken ten opzichte van bijna een derde van de Marokkaanse mannen (De Hollander et al., 2006). De aanname die hier gemaakt kan worden is dat de Turkse mannen ongezonder zijn dan de Marokkaanse mannen. Hierdoor is de verwachting dat indien er gezondheidsverschillen zijn tussen etnische groepen, dit terug te zien is in de variatie in zorggebruik. Het grote aandeel eerste generatie niet-westerse allochtonen zullen veel gebruik maken van de gezondheidszorg waardoor de kosten voor de gezondheidszorg hoger zullen gaan worden. Maar ook het feit dat de Turkse mannen meer roken dan de Marokkaanse mannen zou er voor kunnen zorgen dat Turken meer gebruik zullen maken van medische hulp dan de Marokkanen.

Er kunnen echter ook andere onderliggende oorzaken aan ten grondslag liggen. Hierbij moet men denken aan taalbarrières, opvattingen over gezondheid en ziekte gebaseerd op cultuur en de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg (Harmsen et al., 2005; Van de

Wakker, 2006). De Nederlandse taal is nog niet geheel eigen voor alle etnische minderheden, vooral de eerste generaties niet. Dit levert gebrekkige communicatie op met de arts, waardoor men zich niet serieus genomen voelt (Harmsen et al., 2005). Dit zou gevolgen kunnen hebben voor het zorggebruik. Hierbij moet men denken aan het feit dat zij juist minder snel naar een arts zullen stappen. Daarnaast bepaalt cultuur de opvatting over gezondheid en ziekte van een individu. Zo stelt Van de Wakker (2006) dat etnische minderheden de oorzaak van een ziekte vaker zoeken in sociale of bovennatuurlijke verklaringen in plaats van medische verklaringen, zoals in Nederland. Het is echter niet bekend hoe de verschillende culturen van etnische minderheden hier tegen aan kijken. Doordat deze groep verklaringen voor ziekten zoekt in sociale of bovennatuurlijke factoren, zouden zij minder snel naar een arts kunnen stappen. Wanneer deze groep allochtonen dit niet doet, zullen de kosten voor de gezondheidszorg voor deze groep lager kunnen liggen, ze maken immers minder (snel) gebruik van de gezondheidszorg.

Deze verschillen in zorggebruik kunnen dus gevolgen hebben voor de gezondheid van migrantengroepen. Er is sprake van een wisselwerking tussen de gezondheid van etnische minderheden en het zorggebruik van etnische minderheden. Op deze manier kan er vervolgens onderzocht worden hoe de gezondheidszorg efficiënter te werk kan gaan, met een passend beleid omtrent het zorggebruik van etnische minderheden. Dit kan deels de gezondheid van de migrantengroepen verbeteren (Van de Wakker, 2006). Het is daarom van belang om de verschillen in zorggebruik en de achterliggende mechanismes bloot te leggen. De onderzoeksvragen die hierbij horen luiden: *3: In hoeverre zorgen de verschillen in gezondheid ook voor verschillen in zorggebruik van de grootste groepen niet-westerse allochtonen in Nederland? 4: Zijn er naast de verschillen in gezondheid nog andere factoren die het zorggebruik van deze groepen beïnvloeden?*

HOOFDSTUK 2 – THEORIE

In de literatuur zijn verschillende theorieën te ontdekken over het vraagstuk gezondheid en migratie. Wij zullen echter een selectie maken in deze talrijke theorieën en hypothesen, aangezien de nadruk ligt op de verschillen tussen migrantengroepen in deze studie, terwijl in veel onderzoeken het verschil zit tussen autochtonen en allochtonen. Zo valt er te verwachten dat de leefomstandigheden van migrantengroepen in Nederland niet veel van elkaar afwijken. Allochtonen wonen grotendeels in slechte woningen en het werk dat ze doen is vaak gevaarlijk en fysiek zwaar (De Hollander et al., 2006; Ten Dam, 1997). De verschillende factoren die van invloed (kunnen) zijn op de gezondheid van de migrantengroepen hangen vaak samen. Theorieën die aan bod zullen komen met betrekking tot de gezondheidsverschillen tussen Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen in Nederland betreffen acculturatie, religie, sociaal kapitaal, discriminatie, sociaal economische status (SES) en leefstijl en gedrag.

Naast de gezondheidsverschillen worden er tevens verschillen in zorggebruik verondersteld in de literatuur (DesMeules et al., 2004). Hierbij wordt weinig aandacht besteed aan de verschillen tussen migrantengroepen. De nadruk ligt op het verschil tussen de autochtone artsen en de allochtone patiënten. Met behulp van de acculturatiehypothese zal naar verklaringen gezocht worden voor de verschillen. Daarnaast zal de communicatie en de cultuurverschillen omtrent zorg en beleid ter sprake komen.

2.1 Gezondheid

2.1.1 Acculturatie

Een van de theorieën die in deze studie toegepast zal worden is de acculturatiehypothese. Deze theorie bouwt voort op de 'Healthy Migrant Hypothesis'. Deze laatste hypothese gaat er vanuit dat in eerste instantie migranten die emigreren een betere gezondheid hebben dan de thuisblijvers en tevens als de al eerder gemigreerde landgenoten (Lassetter et al., 2008). Dit heeft te maken met het feit dat de vrijwillige migranten een gezonde levensstijl hebben (Abraido-Lanza et al., 2005).

De acculturatiehypothese stelt dat migranten een slechtere gezondheid zullen krijgen in het nieuwe thuisland. Dit heeft verschillende oorzaken. Ten eerste kunnen gewoontes overgenomen worden van het thuisland. Hierbij valt te denken aan eetgedrag, drinkgedrag en houding ten opzichte van verdovende middelen (Abraido-Lanza et al., 2005). Daarnaast kan

de migratie stress veroorzaken, doordat men in een vreemd land terecht komt met een vreemde taal en nieuwe normen en waarden (Lassetter et al., 2008). Dit kan bovendien invloed hebben op de gezondheid van migranten zowel fysiek als psychisch. Aan de andere kant wordt er ook gesuggereerd dat behalve de slechte en ongezonde gewoontes van het nieuwe thuisland acculturatie juist ook een gezonde uitwerking kan hebben. Allochtonen kunnen het gezonde leefgedrag overnemen van de autochtonen (Abraido-Lanza et al., 2005).

De acculturatiehypothese stelt kortom dat de migranten over het algemeen in eerste instantie een betere gezondheid hebben, dat dit beïnvloed wordt door het nieuwe thuisland met meestal negatieve gevolgen. Er is echter nog een kanttekening te maken. De slechte beïnvloeding geldt voor de eerste jaren in het nieuwe thuisland, daarna zijn er geen significante verschillen op dat gebied waar te nemen tussen bewoners van het thuisland al dan niet van dezelfde etnische groep (Lassetter et al., 2008).

Om één aspect van acculturatie te meten, zal er gekeken worden naar de verblijfsduur. Er van uitgaande dat in eerste instantie nieuwe migrantengroepen een slechtere gezondheid hebben, maar naarmate ze in het land blijven wonen de gezondheid stabiliseert. Om hypothesen hiervoor te kunnen opstellen is het noodzakelijk te weten wanneer welke groepen migranten naar Nederland verhuisden.

Tabel 1 toont alleen de migranten die nieuw in Nederland kwamen wonen over een periode van 1972 tot en met 2000. Tweede en eventuele derde generatie allochtonen worden hierbij niet meegerekend. Uit de tabel is af te lezen dat de grootste migrantenstroom uit Marokko in 1994 was. Voor de Surinamers was dat in 1984, voor de Antillianen in 1989 en voor de Turken was de grootste migrantenstroom in 1994 evenals de Marokkanen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de Surinamers in een eerder stadium naar Nederland toe vertrokken, daarna de Antillianen en tot slot de Turken en Marokkanen. Dit is van invloed op de acculturatiehypothese.

Turken en Marokkanen kennen een latere migrantenstroom dan de Surinamers en Antillianen vanwege het feit dat Turken en Marokkanen al wel in de jaren 60 werkzaam waren in Nederland als gastarbeiders. Maar de gezinshereniging vond pas jaren later plaats, waardoor de migrantenstroom van Surinamers en Antillianen in een vroeger stadium groter was dan de migrantenstroom uit Marokko en Turkije (Guiraudon et al., 2005).

Tabel 2.1 – Eerste generatie allochtonen in Nederland 1972 – 2000.

	Marokko	Nederlandse Antillen en Aruba	Suriname	Turken	Totaal allochtonen
1972	20673 (3,65%)	16065 (2,83%)	38714 (6,83%)	27887 (4,92%)	566906 (100%)
1974	24449 (4,01%)	18021 (2,95%)	53480 (8,76%)	40250 (6,59%)	610449 (100%)
1979	50818 (6,50%)	27109 (3,47%)	110818 (14,17%)	80990 (10,36%)	782129 (100%)
1984	80573 (8,85%)	36261 (3,98%)	145000 (15,93%)	113241 (12,44%)	910445 (100%)
1989	105609 (10,32%)	51729 (5,05%)	156391 (15,28%)	131301 (12,83%)	1023771 (100%)
1994	137066 (11,05%)	59023 (4,76%)	178597 (14,39%)	164416 (13,25%)	1240892 (100%)
1998	145604 (10,82%)	58203 (4,33%)	180519 (13,41%)	172416 (12,81%)	1345719 (100%)
2000	152540 (10,66%)	69266 (4,84%)	183249 (12,80%)	177754 (12,42%)	1431122 (100%)

Bron: CBS, Den Haag 2011.

Wat wil deze tabel zeggen over de acculturatiehypothese? Zoals eerder gezegd is de migrantenstroom uit Suriname als eerste op gang gekomen. Zij zullen dus in de jaren 80 een slechtere gezondheid hebben gehad volgens de acculturatiehypothese. Tientallen jaren later zal de gezondheid van de Surinamers significant niet slechter zijn geweest dan van de mensen die in Nederland geboren zijn al dan niet van dezelfde etnische groep. Aangezien de migranten uit Marokko en Turkije pas later in grote getallen naar Nederland migreerden, is te verwachten dat zij een slechtere gezondheid hebben. De volgende hypothese hebben wij daarbij geformuleerd: 1. *Surinamers en Antillianen hebben een betere gezondheid dan Turken en Marokkanen vanwege een langere verblijfsduur in Nederland.*

2.1.2 Religie

Religie zou tevens een rol spelen bij de gezondheid van individuen via verschillende aspecten. In eerste instantie stelt Jones (2004) dat de verboden van een religie voor een gezondere levensstijl zorgen. Hierbij valt te denken dat moslims geen alcohol mogen drinken. Verder is zowel het gebruik van drugs als het hebben van onveilige seks verboden. Ten tweede zorgt meditatie, gebed en beschouwende activiteiten voor meer rust. Religieuze mensen ervaren minder angst en depressie, omdat ze steun kunnen zoeken bij hun godsdienst. Daarnaast kunnen ze tevens steun zoeken bij de religieuze gemeenschap. Sociale steun beïnvloedt de gezondheid op een positieve manier, afhankelijk van de hoeveelheid contact en gekregen hulp en de tevredenheid hiervan (Jones, 2004). Uiteraard is dit alles afhankelijk van de mate van hoe belangrijk religie voor het individu is.

In Suriname wordt voornamelijk het christendom aangehangen, met een min of meer gelijke verdeling van het rooms-katholicisme en protestantisme. De Antillianen zijn grotendeels rooms-katholiek van geloof. De godsdienst van de Turken en Marokkanen is voor beiden de islam. In al deze godsdiensten wordt alcoholgebruik, drugsgebruik en (onveilige) seks voor het huwelijk afgewezen. Het verschil tussen deze geloven zit hem wellicht niet in de inhoud, maar in de uitvoering. Sommige groepen zullen strenger religieus zijn, vaker een kerk bezoeken, lid zijn van een kerk en in de vrije tijd zich aanbieden om te helpen bij een kerk. Het aandeel actief gelovigen kan het verschil maken in gezondheid tussen de migrantengroepen. Turken en Marokkanen lijken op dit gebied hoog te scoren (Phalet et al., 2004). Zowel onder de eerste als tweede generatie moslims is er een sprake van religieuze zelftoewijzing, een etnisch-religieuze identiteit en een persoonlijke geloofsbeleving. Deze migranten hechten belang aan hun moslimidentiteit in de zin dat het een belangrijk onderdeel vormt van hun zelfbeeld. Verder is de islam als een leidraad voor Turken en Marokkanen hoe ze hun leven moreel dienen in te richten. Hierbij verwachten wij dat: *2. Turken en Marokkanen een betere gezondheid hebben dan Surinamers en Antillianen doordat ze hun geloof strikter navolgen door vaker een kerk te bezoeken.*

2.1.3 Sociaal kapitaal

Berkman et al. (2000) tonen aan dat sociale steun een manier is die van invloed is op de gezondheid. Het contact op zich zal niet direct de gezondheid positief beïnvloeden. Het hangt van het soort contact af hoe het de gezondheid ten positieve of negatieve zal beïnvloeden.

Hierbij kan gedacht worden aan discriminatie dat later besproken zal worden. Er komt echter wel naar voren dat sociale afzondering veel negatieve gevolgen kent voor de

gezondheid. Sociale netwerken kunnen juist van belang zijn bij traumatische ervaringen. De hulp die het individu dan ervaart, kan een positieve uitwerking hebben op diens gezondheid.

Wanneer migranten naar een nieuwe plek verhuizen is de vraag naar sociale steun hoog. Vooral de vraag naar hulp van de eigen etnische groep (Lassetter et al., 2008). Indien de steun er niet is, kan dit stress als gevolg hebben wat kan leiden tot depressie. Daarnaast kan sociale steun ervoor zorgen dat de ervaren discriminatie vermindert (Noh et al., 2003). Voornamelijk individuen met een laag economische status zoeken minder steun in hun omgeving (Van de Berg et al., 2000; Stronks, 1997). Naast het krijgen van steun, is het geven van steun voordelig voor de gezondheid (Van de Berg et al., 2000)

Wanneer we dit betrekken op de specifieke migrantengroepen in deze studie, komt naar voren in het onderzoek van Te Riele en Schmeets (2010) dat voornamelijk Antillianen gevolgd door de Surinamers meer contact onderhouden met autochtonen. Dit geldt in mindere mate voor de Turken en Marokkanen. Wanneer er naar de geloofsovertuigingen gekeken wordt, wordt een zelfde beeld duidelijk. Islamieten tonen minder sociale samenhang (Schmeets, 2010). Wordt de eigen familie meegenomen in de analyse om sociale steun te meten, is er sprake van een zelfde patroon. Surinamers en Antillianen hebben meer contact met eigen familieleden dan Turken en Marokkanen (Jaarrapport integratie, 2010). Onze verwachting is dat *3. Surinamers en Antillianen een betere gezondheid hebben, gezien het feit dat zij meer sociale steun ervaren dan Turken en Marokkanen.*

2.1.4 Discriminatie

Naast dat de migrantengroepen zelf invloed hebben op hun gezondheid, spelen de autochtonen tevens een rol hierin (Lassetter et al., 2008). Uit onderzoek is gebleken dat er een relatie bestaat tussen discriminatie en depressie (Noh et al., 2003). Turken en Marokkanen lijden vaker aan depressies dan Surinamers en Antillianen. Of dit echter grotendeels verklaard wordt door discriminatie is niet duidelijk (Ingleby, 2009). De ervaren discriminatie heeft invloed op de mate van stress bij verschillende etnische groeperingen, waarbij dagelijkse discriminatie een grotere invloed heeft op de gezondheid dan een algemene ervaring van discriminatie (Williams et al., 1997). Uit eerder onderzoek is al gebleken dat discriminatie uiteenlopende gevolgen heeft afhankelijk van de etnische groepering (Heim et al., 2010). De mate van discriminatie lijkt hier geen invloed op te hebben. Dit standpunt is niet geheel eenduidig, aangezien uit ander onderzoek blijkt dat de omvang van de ervaren discriminatie juist wel van invloed is op gezondheid en het niet alleen afhangt van de manier waarop de etnische groepering met de discriminatie omgaat (Veling et al., 2007). Volgens Williams et

al., (2002) kunnen de verschillen in gezondheid tussen etniciteit grotendeels verklaard worden door de ervaren discriminatie en bijbehorende sociale structuren.

In Nederland ervaren de Marokkanen de meeste discriminatie, gevolgd door de Surinamers en Antillianen en de Turken sluiten de rij (Veling et al., 2007). Dit heeft gevolgen voor hun psychische toestand. Wij zullen deze studie als uitgangspunt nemen wat betreft etnische groepsverschillen in discriminatie. De hypothese die wij hierbij hebben geformuleerd is: 4. *Marokkanen ervaren meer discriminatie dan Turken, Surinamers, Antillianen, wat resulteert in het feit dat Marokkanen een slechtere gezondheid hebben.*

2.1.5 Sociaal Economische Status

In het vorige hoofdstuk kwam al naar voren dat heden ten dagen vele wetenschappers groot belang hechten aan de SES van een individu of een groep in relatie tot diens gezondheid (Abraído-Lanza et al., 2005; Lassetter et al., 2008; Stronks, 1997; Ten Dam et al., 1997; Williams et al., 1997). SES kan over het algemeen niet direct gemeten worden. Daarom zijn er verschillende indicatoren die tezamen een zo goed mogelijk beeld van SES weergeven, namelijk opleidingsniveau, beroepsstatus en de hoogte van het inkomen (Winkleby et al., 1992). Dus laagopgeleiden en mensen met een laag inkomen en een lage beroepsstatus hebben een slechtere gezondheid (Ten Dam, 1997). Veelvoorkomend is dat allochtonen een lagere SES hebben. Als gevolg hiervan zouden deze allochtonen een slechtere gezondheid hebben.

SES is niet een op zichzelf staand gegeven. SES hangt weer samen met de levensstijl van een individu (Lassetter et al., 2008). Daarnaast spelen andere intermediaire factoren een rol, zoals erfelijkheid, fysieke en sociale omgeving (Lalonde, 1974). Bovendien wordt er vanuit gegaan dat groepen een bepaalde SES hebben, echter valt er te verwachten dat er binnen groepen verschillen bestaan (Williams et al., 1997). Tot slot speelt de afkomst van een individu en de daarbij behorende SES een rol bij de eigen positie op de maatschappelijke ladder, in acht nemend dat er tegenwoordig sprake is van mobiliteit (Van de Berg, 2000). Hieruit blijkt wel dat SES weer beïnvloed wordt door verscheidene factoren.

Er zijn twee hypothesen te noemen omtrent het begrip SES: de selectiehypothese en de causatiehypothese (Stronks, 1997). De selectiehypothese gaat er vanuit dat de gezondheid van een individu de SES van het desbetreffende individu beïnvloedt. Indien de gezondheid slecht is, wordt sociale mobiliteit bemoeilijkt waardoor SES laag blijft. Aan de andere kant is er sprake van dat SES de gezondheid beïnvloedt oftewel de causatiehypothese (Van de Berg, 2000). Hierbij wordt er wel van uitgegaan dat er niet een direct effect is, maar dat deze relatie

een gevolg is van specifieke risicofactoren die een intermediaire rol spelen. Risicofactoren hebben te maken met ongezond gedrag en levensstijl. Er zal echter alleen getoetst worden of er een verband bestaat tussen SES en gezondheid, omdat de data niet longitudinaal is maar cross-sectioneel. Dit betekent dat de data op één moment gemeten is en dat er niet op een later tijdstip nogmaals dezelfde meting is gedaan, zodat het een momentopname is.

Wanneer er gekeken wordt naar de verschillen in SES tussen de etnische groepen, blijkt dat Surinamers en Antillianen vaker werken en minder vaak een uitkering ontvangen. Daarnaast is hun inkomen ook hoger dan de Turken en Marokkanen (Van Gaalen, 2011). Wat betreft het opleidingsniveau geven de cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek aan dat Surinamers in verhouding het vaakst een HBO of WO Bachelor volgen. De Turkse migranten gaan het minst vaak naar de Hogeschool of Universiteit, gevolgd door de Marokkanen (CBS, 2012).

Hiervan uitgaande volgt de volgende hypothese: 5. *Surinamers en Antillianen hebben een hogere SES dan Turken en Marokkanen waardoor ze een betere gezondheid hebben.*

2.1.6 Leefstijl en gedrag

Aangezien er in de paragraaf “Religie” het alcohol- en drugsgebruik al kort is toegelicht, zullen we dit niet meenemen om de leefstijl onderling met elkaar te vergelijken. Immers zal er weinig verschil zijn, omdat alle religies tegen alcohol- en drugsgebruik zijn. Andere aspecten die vallen onder leefstijl zijn rookgedrag, voedingspatronen, sportieve of actieve activiteiten (Stronks, 1997; Van de Berg et al., 2000; De Hollander et al., 2006). Wat wel gemeten zal worden is het gedrag van de migrantengroepen met betrekking tot sportiviteit.

Niet geheel verbazingwekkend is er een relatie te vinden tussen lichamelijke activiteiten en gezondheid (De Hollander et al., 2006): hoe meer mensen lichamelijk actief zijn, des te beter is hun gezondheid. De eerste generatie Turken en Marokkanen sporten minder vaak. Daarnaast zijn Turken en Marokkanen minder vaak lid van een sportvereniging (Van den Broek et al., 2008). De bijbehorende hypothese luidt: 6. *Turken en Marokkanen hebben een slechtere gezondheid dan Surinamers en Antillianen, omdat ze minder sporten.*

2.2 Zorggebruik

2.2.1 Communicatie arts – patiënt

Volgens Harmsen en Bruijnzeels (2005) beleven de allochtone patiënten in Nederland de gezondheidszorg vaak, in tegenstelling tot de autochtone patiënten, als van lagere kwaliteit.

Vooral het conservatieve beleid is een aspect in de gezondheidszorg dat zij als negatief ervaren. Het beleid dat in Nederland wordt gevoerd omtrent de zorg is een beleid dat voor de allochtone bevolking niet bekend is. Eveneens is dit beleid meestal niet in overeenstemming met de ervaringen die zij hebben met de zorg in het land van herkomst. Dit zorgt ervoor dat de allochtone patiënten zich vaak niet begrepen voelen wanneer zij met een klacht naar een arts gaan.

Daarnaast kennen zij de term ‘huisarts’ niet. In Nederland fungeert de huisarts als eerste aanspreekpunt. Er wordt een afwachtend beleid gevormd voor kleine kwalen en deze worden vaak afgedaan als iets dat met een paracetamol wel opgelost kan worden (Harmsen et al., 2005).

Men zou verwachten dat allochtone patiënten van latere generaties, doormiddel van acculturatie en aanpassing aan de Nederlandse (westerse) cultuur en met name de taalbeheersing een beter begrip met de huisarts zouden hebben. Er kan aangenomen worden dat doormiddel van acculturatie en aanpassing aan de Nederlandse cultuur het wederzijds begrip tussen arts en patiënt vergroot wordt, met name bij de allochtone patiënten van latere generaties. Hier treedt echter het tegenovergestelde effect op: allochtone patiënten die traditioneel leven volgens de cultuur uit het herkomstland hebben een beter wederzijds begrip met de arts dan allochtone patiënten die deels leven volgens de cultuur uit het herkomstland en deels volgens de westerse cultuur. De band tussen patiënten en de artsen is bij allochtonen die sterker geaccultureerd zijn over het algemeen slechter. Het wederzijdse onbegrip dat kan ontstaan, kan het zorggebruik van de patiënt verminderen en resulteren in het feit dat deze niet-westerse allochtonen niet zo snel op een arts zullen afstappen (Harmsen et al., 2005).

Vooral de gebrekkige communicatie tussen arts en patiënt speelt een grote rol in de zorg voor allochtone patiënten. Door deze ontoereikende communicatie voelen de patiënten zich vaak niet serieus genomen. Het gebrek aan goede communicatie heeft een aantal oorzaken. Ten eerste is de gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal een barrière. Maar ook andere cultureel bepaalde gedrags- en communicatieregels kennen zij niet. Daarnaast is ook de onbekendheid met de Nederlandse gezondheidszorg een factor in de communicatie. Als laatste zijn de andere opvattingen over ziekten, gezondheid en gezondheidszorg een oorzaak (Harmsen et al., 2005; Ingleby, 2009). Volgens De Leeuw (2008) zou een betere beheersing van de taal resulteren in een betere gezondheid. Mensen die de Nederlandse taal goed spreken zullen eerder (medische) hulp zoeken wanneer zij dit nodig hebben. In Suriname wordt er Nederlands gesproken en in de Nederlandse Antillen spreekt men zowel Nederlands als Engels als Papiaments, waarbij het onderwijs voornamelijk in het Nederlands

wordt gegeven. Migranten uit deze landen zullen dus in mindere mate moeite hebben met de Nederlandse taal. In het onderzoek van Harmsen et al. (2005) wordt de theorie van Kleinman besproken die stelt dat iedere cultuur haar eigen opvattingen over ziekten en gezondheid heeft en dat deze verschillen ook binnen de westerse medische cultuur bestaan. Een vereiste voor een goed medisch beleid en therapietrouw van patiënten is een overeenstemming tussen arts en patiënt over de 'klinische realiteit'. Volgens Kleinman's theorie zijn dit de opvattingen over ziekte die per cultuur variëren. Door de gedeelde historische achtergrond en band met Nederland verwachten wij dat de Surinamers en Antillianen in Nederlands deels volgens de tradities van de eigen cultuur leven, en deels volgens de tradities uit de Nederlandse cultuur. Hierdoor is voor de Surinamers en Antillianen de sociale en culturele afstand met de autochtone Nederlanders minder (Ingleby, 2009). Doordat Turken en Marokkanen geen historische achtergrond of een gemeenschappelijke taal of religie met Nederland delen zullen zij meer volgens de tradities uit hun eigen cultuur leven dan vanuit de Nederlandse tradities.

Dit alles in acht nemend verwachten wij dat 7: *Migranten uit Suriname en de Nederlandse Antillen sneller (medische) hulp zullen zoeken omdat zij de Nederlandse taal beter beheersen, waardoor er een beter begrip bestaat tussen arts en patiënt. Dit resulteert in het feit dat zij meer gebruik zullen maken van de gezondheidszorg dan Turken en Marokkanen.*

HOOFDSTUK 3 – METHODEN

3.1. Data

3.1.1 Databestand

In dit onderzoek is het databestand SPVA (Sociaal-economische Positie en Voorzieningen gebruik van Allochtonen) van The Netherlands Kinship Panel Study (NKPS) gebruikt. Het databestand over de vier grootste niet-westerse allochtone groepen in Nederland bestaat uit drie aan elkaar gerelateerde vragenlijsten. De hoofdvragenlijst is de vragenlijst voor de hoofden van de huishoudens over algemene informatie (waaronder huishoudengegevens en migratie), onderwijs, arbeid, inkomen, gezondheid, taalvaardigheid, groepering, sociale contacten en sociale afstand, culturele integratie, godsdienst, beeldvorming en familierelaties (SPVA, 2002). Als tweede is er een minivragenlijst bij alle leden van het gezin boven de 12 jaar afgenomen waarin vragen zijn gesteld over de onderwerpen onderwijs, arbeid, inkomen en sociale contacten. Als laatste is er een aparte vragenlijst gebruikt voor kinderen van 15 jaar en ouder over culturele integratie.

De vragenlijsten zijn daarnaast ook afgestemd op de etniciteit van de huishoudens. Voor de respondenten van Turkse en Marokkaanse afkomst zijn de vragenlijsten in het Turks en Arabisch vertaald. De overige verschillen zaten in de antwoordcategorieën betreft de vragen met betrekking tot de moedertaal en de etnische groepering.

3.1.2 Onderzoekspopulatie

De vier grootste niet-westerse allochtone groepen in Nederland beslaan nog altijd een groot deel van de bevolking die onder het integratiebeleid valt. Het is daarom erg belangrijk om te zien hoe deze groepen zich ontwikkelen en wat hun positie is in de Nederlandse samenleving. Bij het definiëren van de etniciteit van deze groepen is gebruik gemaakt van de BIZA/VNG methode (SPVA, 2002). Deze methode houdt in dat een individu tot een bepaalde groep behoort wanneer de persoon zelf of tenminste één van de ouders in het land van herkomst is geboren.

Het databestand van SVPA bestaat uit een totaal van 5.545 respondenten waarvan 4.199 respondenten van niet-westerse afkomst is. Van de 4.199 respondenten zijn er 1.173 huishoudens van Turkse, 1.056 Marokkaanse, 1.101 Surinaamse en 869 Antilliaanse komaf.

3.1.3 Steekproef

Allereerst is er bij de selectie van de steekproef gekeken naar gemeenten waar veel niet-westerse allochtonen wonen die gekozen zijn uit de Gemeentelijke Basisadministratie. De volgende gemeenten zijn op basis van grootte geselecteerd: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht, Eindhoven, Enschede, Almere, Alphen aan den Rijn, Bergen op Zoom, Hoogezand Sappemeer, Delft, Dordrecht en Tiel. Uit deze gemeenten zijn doormiddel van een gestratificeerde steekproef, aselect hoofden van huishoudens getrokken. Door deze manier van het samenstellen van de steekproef wordt er ongewild toch een groep uitgesloten van het onderzoek. Desondanks is de dekkingsgraad aanzienlijk hoog (SPVA, 2002).

3.1.4 Representativiteit

Voor de respondenten van Turkse afkomst, komt de vertegenwoordiging van in Nederland geboren personen in de SPVA perfect overeen met de bevolkingsgegevens. Voor de respondenten van Marokkaanse, Antilliaanse en Surinaamse afkomst zijn er afwijkingen van enkele procenten, waarbij deze groepen oververtegenwoordigd zijn. De tweede generatie Turken en Marokkanen zijn in dit onderzoek oververtegenwoordigd en de eerste generatie is ondervertegenwoordigd. Dit is echter een overkomelijk probleem omdat de verschillen gering zijn.

3.2 Operationalisering variabelen

Om een antwoord te kunnen geven op de gestelde onderzoeksvragen dienen de variabelen geoperationaliseerd te worden.

Alle hypothesen hebben betrekking op de verschillen tussen de vier grootste niet-westerse migrantengroepen. In de SPVA is de volgende vraag dan ook gesteld: “Tot welke etnische groepering rekent u zich?” – “1. Turken; 2. Marokkanen; 3. Surinamers; 4. Antillianen”.

3.2.1 Gezondheid variabelen

De gezondheidstoestand van de respondenten wordt bepaald door de vraag: “Hoe is het in het algemeen met uw gezondheid?” De mogelijke antwoordcategorieën zijn daarbij: “1. Uitstekend; 2. Goed; 3. Niet goed en niet slecht; 4. Slecht; 5. Zeer slecht”. De categorieën zijn gespiegeld met 1. als zeer slecht en 5. als uitstekend.

3.2.2 Verblijfsduur variabele

Om de verblijfsduur van de respondenten te bepalen is er gevraagd naar het jaar van migratie: “In welk jaar ging u voor het eerst in Nederland wonen?”. Hierbij horen acht antwoordcategorieën: “1. Voor 1970; 2.1970 – 1974; 3. 1975 -1979; 4.1980 – 1984; 5.1985 – 1989; 6.1990 – 1994; 7.1995 – 1998; 8. Vanaf 1998”. In plaats van met deze variabele te werken, is het gemakkelijker om de verblijfsduur uit te rekenen door van het huidige jaar het migratiejaar af te trekken. Wij hebben ervoor gekozen om de tweede generatie allochtonen niet in onze analyse te betrekken. Deze tweede generatie allochtonen hebben namelijk geen geldige score op de variabele verblijfsduur, aangezien ze allemaal in Nederland zijn geboren. Het gaat om slechts 294 respondenten.

3.2.3. Religie variabele

Een factor die wellicht een verklaring kan bieden voor de gezondheidsverschillen en die daardoor geoperationaliseerd dient te worden is religie. Het kerkbezoek is van belang om hypothese 2 te toetsen. De bijbehorende vraag over kerkbezoek luidt: “Hoe vaak ongeveer gaat u tegenwoordig naar een godsdienstige bijeenkomst?” met de antwoordcategorieën: “1. Nooit; 2. Enkele keren per jaar; 3. Enkele keren per maand; 4. 1 keer per week of vaker”. Deze variabele is gespiegeld.

3.2.4 Sociaal kapitaal variabele

Om sociale steun te kunnen meten, wordt er een onderscheid gemaakt tussen contact met de eigen familie en contact met autochtonen. Aan de hand van vier vragen over het contact tussen ouders en de respondent, wordt de sociale steun geoperationaliseerd. “Hoe vaak heeft u uw vader/moeder in de afgelopen 12 maanden gezien?”. “Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden telefonisch, schriftelijk of per e-mail contact gehad met uw vader/moeder?”. Bij beide vragen zijn er zeven mogelijke antwoorden: “1. Nooit; 2. Een keer per jaar; 3. Enkele keren per jaar; 4. Op zijn minst maandelijks; 5. Op zijn minst wekelijks; 6. Enkele keren per week; 7. Dagelijks”. Andere vragen die aan tonen in welke mate respondenten sociale steun ervaren: “Heeft u van uw vader/moeder in de afgelopen 3 maanden wel eens hulp gekregen met praktische zaken, zoals klusjes doen in huis, dingen lenen of meegaan naar de dokter?” en “Heeft u van uw vader/moeder in de afgelopen 3 maanden wel eens goede raad of advies gekregen?”. Ook hierbij gelden dezelfde antwoordcategorieën: “1. Ja meerdere keren; 2. Ja een enkele keer; 3. Nee”. De variabele is gespiegeld voor de analyse. Er waren veel missings voor de variabelen die betrekking hadden op de ouders (1154 respondenten). Dit heeft te

maken dat de respondenten waarvan de ouders niet meer in leven zijn deze vraag niet voorgelegd kregen. Deze respondenten zijn wel opgenomen in de analyse door ze de score 'Nooit' en 'Nee' te geven.

De vraag die aangeeft hoe het contact is tussen respondenten en autochtonen namens de respondenten luidt: "Gaat u in uw vrije tijd wel eens om met (blanke) Nederlanders?" en "Komen er wel eens (blanke) Nederlandse vrienden of burens bij u op bezoek?". De antwoorden die de respondenten konden geven waren: "1. Ja vaak; 2. Ja soms; 3. Nee nooit". Tevens deze variabele is gespiegeld.

Wij zijn ons er van bewust dat deze variabelen erg vergelijkbaar met elkaar zijn en dit zou problemen kunnen opleveren in de analyse zoals multicollineariteit. Doormiddel van het berekenen van de correlatie is dit getest. De correlatie tussen de variabele "Zien ouders" en "Contact ouders" is $R = 0.68$ en de correlatie tussen de variabelen "Hulp ouders" en "Advies ouders" is $R = 0.52$. De correlatie tussen de variabelen hulp ouders en advies ouders is niet zeer hoog, waardoor wij verwachten dat dit geen problemen zal opleveren tijdens de analyses. Bij de variabelen zien ouders en contact ouders is de correlatie daarentegen aanzienlijk hoger. Ondanks de hoge correlatie zullen beide variabele meegenomen worden en bij de analyse zal hier rekening mee gehouden worden.

3.2.5 Discriminatie variabele

Discriminatie wordt gemeten door te kijken naar de ervaren discriminatie en de perceptie van de mate van discriminatie in de Nederlandse samenleving. Met behulp van twee vragen in de enquête wordt er gekeken welk beeld de migrantengroepen hebben van het niveau van discriminatie. De eerste stelling is: "Allochtonen worden in Nederland niet geaccepteerd". De mogelijke antwoorden lopen van helemaal mee eens naar helemaal niet mee eens via vijf categorieën. De andere vraag luidt: "Sommige mensen zeggen dat Turken/Marokkanen/Antillianen/Surinamers door Nederlanders worden gediscrimineerd. Wat is uw indruk hiervan? Hoe vaak gebeurt dit?"- "1. Nooit; 2. Bijna nooit; 3. Af en toe; 4. Vaak; 5. Zeer vaak". Afhankelijk van de etniciteit van de respondent wordt één van de migrantengroepen genoemd. Het gaat hierbij dus om het discriminatiegevoel van de eigen etnische groepering. Tot slot wordt de ervaren discriminatie gemeten met behulp van de vraag: "Overkomt het uzelf wel eens dat u door Nederlanders wordt gediscrimineerd? Hoe vaak gebeurt dit?" en de antwoordcategorieën: "1. Nooit; 2. Bijna nooit; 3. Af en toe; 4. Vaak; 5. Zeer vaak".

3.2.6 Sociaal economische status variabele

In de vragenlijst zijn er geen directe vragen gesteld omtrent de sociaal-economische positie. Wel zijn er vragen die tezamen SES vormen, namelijk opleidingsniveau, functieniveau van het beroep en inkomen. Deze variabelen zullen apart getoetst worden.

Het is van belang om rekening te houden met het opleidingsniveau van migranten. Sommigen zullen hun diploma in het land van herkomst gehaald hebben, terwijl anderen nog een opleiding in Nederland gevolgd hebben. Naar beide is gevraagd in de enquête: “Wat is het hoogste diploma dat u buiten Nederland heeft gehaald?” en “Wat is de hoogste opleiding die u in Nederland heeft gevolgd?”. De antwoordmogelijkheden zijn voor beide vragen hetzelfde: “1. Lager onderwijs; 2. Lager beroepsonderwijs; 3. Middelbaar onderwijs; 4. Middelbaar beroepsonderwijs; 5. Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs; 6. Hoger beroepsonderwijs; 7. Wetenschappelijk onderwijs”. Het aantal respondenten dat heeft geantwoord op de vraag “Wat is het hoogste diploma dat u in het buitenland heeft behaald?” is 2882. Op de vraag “Wat is de hoogste opleiding die u in Nederland heeft gevolgd?” hebben 3931 respondenten geantwoord. Vanwege de vele missings bij de vraag naar het hoogst behaalde opleidingsniveau in het buitenland hebben wij ervoor gekozen om deze vraag niet in de analyse te gebruiken en enkel de vraag naar het hoogste opleidingsniveau in Nederland mee te nemen in onze analyse. Het lage aantal respondenten dat deze vraag heeft beantwoord zal naar onze mening de analyse kunnen beïnvloeden en zo validiteit en betrouwbaarheid kunnen verminderen.

Om het functieniveau van de respondenten te achterhalen is naar het soort werk en de functie gevraagd: “Wat voor soort werk doet u op dit moment, welke functie heeft u nu?”. Daarbij is er een indeling gemaakt door de onderzoekers om het functieniveau te bepalen: “1. Elementair; 2. Lager; 3. Middelbaar; 4. Hoger; 5. Wetenschappelijk”. Bij deze variabele zijn er 2.271 respondenten die geantwoord hebben op deze vraag. Het lage aantal respondenten is te verklaren doordat de werklozen niet zijn meegenomen bij deze vraag. Om deze groep respondenten in de analyse te behouden is er een aparte categorie aangemaakt voor werklozen (1.842 respondenten).

Er zijn een verschillend aantal vragen gesteld omtrent inkomen. Hierbij zijn het persoonlijke netto inkomen per maand dat via de arbeid binnenkomt, maar ook de uitkeringen in meeberekend. Deze vragen zijn samengevoegd en daaruit is het totaal netto inkomen per maand berekend. De antwoorden op deze vragen zijn op schaalniveau en zullen voor de analyse niet omgezet worden in categorieën. De schaal van inkomen is erg groot wat er voor zorgt dat bij iedere toename of afname van het inkomen de toename of afname in gezondheid

zo klein is dat dit zal resulteren in een zeer kleine B coëfficiënt bij de analyses. Om dit probleem op te lossen is er voor gekozen om de variabele inkomen door honderd te delen waardoor de verandering in gezondheid beter te zien is.

3.2.7 Sportlidmaatschap variabele

Om te bepalen of sport de gezondheidsverschillen tussen migrantengroepen beïnvloedt, wordt de volgende vraag uit de enquête gebruikt: “Van welk soort vereniging(en) of club(s) bent u lid?”. Er zijn verschillende antwoordcategorieën beschikbaar, echter is voor deze studie alleen de sportvereniging van belang. Daarom is het antwoord ingedeeld in twee opties: “1. Wel lid sportvereniging; 2. Niet lid sportvereniging”. Eerst wordt de vraag “Bent u lid van een vereniging of club?” gesteld aan de respondent. Wanneer het antwoord hierop ja is, wordt de volgende vraag gesteld: Van welk soort vereniging(en) of club(s) bent u lid?” waarvan “Sportvereniging” ook een antwoordmogelijk is. Op de vraag of mensen lid zijn van een sportvereniging hebben weinig respondenten geantwoord en zijn er veel missing values. Dit komt doordat de mensen die bij de vraag “Bent u lid van een vereniging of club?” met nee hebben geantwoord niet zijn meegenomen bij de vraag naar de sportverenigingen. Deze mensen staan onder de missing values. Er is een nieuwe variabele aangemaakt waarbij de mensen die nee hebben geantwoord op de vraag of ze lid zijn van een vereniging, nu in de categorie “Geen lid van sportvereniging” staan. Dit zorgt ervoor dat er genoeg respondenten hebben geantwoord op deze vraag waardoor deze variabele toch meegenomen kan worden in de analyse. Deze variabele zou ook een indicator kunnen zijn van sociaal kapitaal maar wij gebruiken deze variabele alleen voor sport en via die weg de gezondheid van de respondenten te bekijken.

3.2.8 Zorggebruik variabelen

Om te achterhalen hoe het zorggebruik van de respondent is, zijn de volgende vragen in de SPVA enquête gesteld: “Hoe vaak heeft u de laatste twee maanden de huisarts bezocht?”. Deze vraag heeft een ratio antwoordschaal die wij zullen aanhouden. De volgende vraag luidt: “Heeft u de afgelopen twee maanden contact gehad met een medisch specialist?”. Er zijn hierbij slechts twee antwoorden mogelijk: “1. Ja specialist; 2.Nee”. Bij deze variabele worden ziekenhuisopnamen niet meegerekend aangezien dit bij een andere variabele gemeten wordt. Tot slot is de volgende vraag nog gesteld: “Bent u de afgelopen 12 maanden opgenomen geweest in een ziekenhuis?” met weer twee antwoordcategorieën: “1. Ja ziekenhuisopname; 2. Nee”.

3.2.9 Taalproblemen variabelen

Eventuele taalproblemen worden geoperationaliseerd aan de hand van hoe de respondent zichzelf beoordeelt als hoe de interviewer het Nederlands van de respondent beoordeelt. De vragen die gesteld zijn aan de respondent: “Heeft u, als u een gesprek in het Nederlands voert, wel eens moeite met de Nederlandse taal?” en “Heeft u bij het lezen van kranten, brieven of folders wel eens moeite om de Nederlandse taal te begrijpen?”. Voor beide zijn de antwoordmogelijkheden: “1. Ja vaak; 2. Ja soms; 3. Nee nooit”. Indien respondenten problemen hadden met de Nederlandse taal, alleen dan werd de vraag gesteld of ze problemen hadden met Nederlands lezen. Daarom is het aantal respondenten op deze variabelen klein. De missing values op de variabele ‘Problemen met lezen’ hebben een score gekregen, namelijk ‘Nee nooit’. Immers deze respondenten hadden geen moeite met de Nederlandse taal, dat impliceert dat er ook geen problemen zouden moeten optreden wat betreft Nederlands lezen. Verder zijn beide variabelen gespiegeld, zodat ‘1. Nee nooit’ wordt en ‘3. Ja vaak’. De interviewer kon de beheersing van de Nederlandse taal van de respondent beoordelen met een goed, matig of slecht met ‘1. Slecht; 2. Matig; 3. Goed.

3.2.3 Controle variabelen

Als laatste zullen we de variabelen geslacht en leeftijd gebruiken als controlevariabelen voor gezondheid en zorggebruik. De variabele geslacht is gemeten doormiddel van het stilzwijgend opschrijven van het geslacht van de respondent, door de enquêteur. Daarnaast is er ook een vraag gesteld omtrent de leeftijd als controlevariabele: “Wat is uw leeftijd?” Dit is een ratiovariabele en zal dus niet gemeten worden in antwoordcategorieën.

3.3 Beschrijvende statistieken

In de hier onderstaande tabel staan de besproken variabelen met de beschrijvende statistieken. Voor alle categorische variabelen zijn er ook dummies aangemaakt. Deze dummies zijn aangemaakt zodat er met behulp van het minimum, maximum, gemiddelde en standaard deviatie van iedere categorie van de variabele een beter overzicht geven kan worden dan alleen van de gehele variabele. Daarnaast zijn de dummies nodig voor de regressie analyse die uitgevoerd zal worden. Er zal een lineaire regressie analyse uitgevoerd worden bij de afhankelijke variabele ‘Gezondheid’ en ‘Bezoek huisarts’. Voor de afhankelijke variabele ‘Bezoek medisch specialist’ en ‘Ziekenhuisbezoek’ wordt er een logistische regressie analyse gebruikt, aangezien deze afhankelijke variabele dichotoom zijn.

Tabel 3.1 – Beschrijvende statistieken

	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaard deviatie
<i>Afhankelijke variabelen</i>					
Gezondheidstoestand	4194	1	5	3.55	1.036
Opname in het ziekenhuis	4176	0	1	0.13	0.338
Frequentie huisartsbezoek	4112	0	8	1.23	1.779
Bezoek specialist	4179	0	1	0.27	0.443
<i>Onafhankelijke variabelen</i>					
Verblijfsduur	3818	0	70	21.04	10.205
Kerkbezoek	3510	1	4	2.55	1.179
Zien ouders	4172	1	7	2.77	2.057
Contact ouders	4171	1	7	3.65	2.135
Hulp ouders	4159	1	3	1.28	0.630
Advies ouders	4166	1	3	1.57	0.778
Contact autochtonen	4177	1	3	2.08	0.755
Bezoek autochtonen	4178	1	3	1.99	0.743
Geen acceptatie door autochtonen	4129	1	5	3.16	1.000
Ervaren discriminatie	4142	1	5	2.83	0.936
Zelf gediscrimineerd	4172	1	5	2.04	1.015
Opleiding in Nederland	3931	1	4	1.69	1.032

Func­tie­niveau beroep - Werkloos	4113	0	1	0.45	0.497
Func­tie­niveau beroep - Elementair	4113	0	1	0.09	0.284
Func­tie­niveau beroep - Lager	4113	0	1	0.19	0.393
Func­tie­niveau beroep - Middelbaar	4113	0	1	0.17	0.378
Func­tie­niveau beroep - Hoger	4113	0	1	0.08	0.268
Func­tie­niveau beroep - Wetenschappelijk	4113	0	1	0.02	0.146
Netto inkomen per maand	3391	.32	99.95	12.05	6.585
Lid sportvereniging	4190	0	1	0.13	0.334
Moeite Nederlandse taal	4177	1	3	2.38	0.747
Moeite Nederlands lezen	4159	1	3	1.56	0.785
Beoordeling Nederlands	4036	1	3	2.56	0.664
Etniciteit – Turks	4199	0	1	0.28	0.449
Etniciteit – Marokkaans	4199	0	1	0.25	0.434
Etniciteit – Surinaams	4199	0	1	0.26	0.440
Etniciteit – Antilliaan	4199	0	1	0.21	0.405
<i>Controle variabelen</i>					
Leeftijd	4115	17	87	42.20	12.953
Geslacht	4198	0	1	0.42	0.493

HOOFDSTUK 4 – RESULTATEN

4.1 Gezondheid

Voordat de hypothesen getoetst zullen worden, zal eerst bekeken worden in welke mate de vier migrantengroepen verschillen in gezondheid. Uit de lineaire regressieanalyses blijkt dat Turken en Marokkanen significant verschillen van Surinamers en Antillianen. Verder tonen de resultaten aan dat de Surinamers en Antillianen een betere gezondheid hebben dan de Turken en Marokkanen. Antillianen hebben de beste gezondheid, daarna volgen de Surinamers en Turken. De Marokkanen sluiten de rij met de slechtste gezondheid. Aan de hand van de geformuleerde hypothesen zal uitgewezen worden hoe deze verschillen in gezondheid te verklaren zijn.

Tabel 4.1 – Gezondheid naar etniciteit

	Unstandardized coefficients - B			
	Regressie 1	Regressie 2	Regressie 3	Regressie 4
Turken	x	.016	-.192**	-.357**
Marokkanen	-.016	x	-.208**	-.373**
Surinamers	.192**	.208**	x	-.165**
Antillianen	.357**	.373**	.165**	x

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

Afhankelijke variabele: gezondheid in klassen

4.1.1 Verblijfsduur

Hypothese 1 stelt dat Surinamers en Antillianen een betere gezondheid hebben dan Turken en Marokkanen vanwege een langere verblijfsduur in Nederland. Uit de resultaten blijkt dat er een tweedeling bestaat tussen deze groepen, namelijk de Marokkanen en Turken aan de ene kant, en de Surinamers en Antillianen aan de andere kant. Wanneer tabel 4.1 en 4.2 met elkaar vergeleken worden kan er geconcludeerd worden dat de verschillen in gezondheid tussen Surinamers en Antillianen verklaard kunnen worden door verblijfsduur.

Als er voor leeftijd en geslacht gecontroleerd wordt, is verblijfsduur niet meer significant. De correlatie tussen leeftijd en verblijfsduur is afgerond .60. Dit is een sterke correlatie wat zou kunnen impliceren dat er een duidelijk verband is tussen leeftijd en verblijfsduur. Een logische gevolgtrekking hieruit is dat des te langer de verblijfsduur, des te

ouder iemand is. Daarnaast is uit de analyses gebleken dat de 17 – 24 jarige respondenten de kortste verblijfsduur hebben en de 55 – 64 jarige respondenten de langste verblijfsduur. Deze uitkomst valt te verwachten aangezien de mogelijkheid voor ouderen om langer in Nederland te verblijven groter is. Dit zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor het feit dat verblijfsduur na toevoeging van leeftijd en geslacht niet meer significant is.

Tabel 4.2 – Gezondheid naar verblijfsduur

	Unstandardized coefficients - B			
	Regressie 1	Regressie 2	Regressie 3	Regressie 4
Turken	x	-.032	-.394**	-.446**
Marokkanen	.032	x	-.362**	-.414**
Surinamers	.394**	.362**	x	-.052
Antillianen	.446**	.414**	0.52	x
Verblijfsduur	.003	.003	.003	.003
Leeftijd	-.033**	-.033**	-.033**	-.033**
Geslacht	-.294**	-.294**	-.294**	-.294**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

Afhankelijke variabele: gezondheid in klassen

Hypothese 1 kan niet bevestigd worden, omdat bij controle voor leeftijd en geslacht de verklarende variabele verblijfsduur niet meer significant is. Dit betekent dat de verschillen in gezondheid wel verklaard worden door leeftijd en geslacht en niet door verblijfsduur.

4.1.2 Religie

Volgens hypothese 2 hebben Marokkanen en Turken een betere gezondheid dan Surinamers en Antillianen doordat ze hun geloof strikter navolgen door vaker een kerk te bezoeken. Wederom bestaat er een tweedeling tussen de etniciteiten: Turken en Marokkanen aan de ene kant, en Surinamers en Antillianen aan de andere kant. Zonder de verklarende variabelen zijn de verschillen tussen Surinamers en Antillianen significant. Wanneer kerkbezoek als verklarende variabele wordt toegevoegd aan het model zijn de verschillen niet meer significant (zie tabel 4.1 en 4.3). Dit houdt in dat de gezondheidsverschillen tussen Surinamers en Antillianen verklaard worden door de frequentie van kerkbezoek.

Tabel 4.3 – Gezondheid naar kerkbezoek

	Unstandardized coefficients - B			
	Regressie 1	Regressie 2	Regressie 3	Regressie 4
Turken	x	-.019	-.306**	-.355**
Marokkanen	.019	x	-.287**	-.336**
Surinamers	.306**	.287**	x	-.048
Antillianen	.355**	.336**	.048	x
Kerkbezoek	.063**	.063**	.063**	.063**
Leeftijd	-.030**	-.030**	-.030**	-.030**
Geslacht	-.307**	-.307**	-.307**	-.307**

* p<0.05; **p<0.001

Afhankelijke variabele: gezondheid in klassen

Bij het nader onderzoeken van de richting van de effecten en de hypothese blijkt dat de analyses tegenstrijdig zijn aan de hypothese. Uit de analyse is gebleken dat de Turken en Marokkanen vaker de kerk bezoeken dan de Surinamers en Antillianen. Wanneer men kijkt naar tabel 4.3 blijkt dat de Antillianen een beter gezondheid hebben, ondanks het feit dat ze minder vaak de kerk bezoeken dan de Turken en Marokkanen. Dit is tegenstrijdig met de gevonden literatuur waarin staat dat des te vaker men de kerk bezoekt, des te gezonder men is. Samenvattend kan er gesteld worden dat hypothese 2 niet wordt bevestigd. Immers, de Turken en Marokkanen gaan vaker naar de kerk maar hebben niet de beste gezondheid.

Een mogelijke verklaring voor deze tegenstrijdigheid zou kunnen zijn dat er nu alleen gekeken is naar frequentie van kerkbezoek. Echter zijn er ook een aantal andere factoren van religie die gezondheid kunnen beïnvloeden. Hier moet men denken aan onder andere alcohol- en drugsverbod en de mate van meditatie en gebed.

4.1.3 Sociaal kapitaal

Hypothese 3 stelt dat Surinamers en Antillianen een betere gezondheid hebben, gezien het feit dat zij meer sociale steun ervaren dan Marokkanen en Turken.

Van de verklarende variabelen zijn alleen contact met ouders, contact met autochtonen en bezoek van autochtonen significant. De variabele advies en hulp van ouders zijn niet significant. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat deze variabelen maar drie antwoordcategorieën kent. Met een uitbreiding van het aantal antwoordcategorieën zou dit

opgelost kunnen worden. De variabelen zien van ouders en contact met ouders zijn redelijk hoog met elkaar gecorreleerd, $r=0.68$. Dat kan een verklaring bieden voor het feit dat de variabele zien ouders niet significant is (zie methodenhoofdstuk).

Tabel 4.4 – Gezondheid naar sociaal kapitaal

	Unstandardized coefficients – B			
	Regressie 1	Regressie 2	Regressie 3	Regressie 4
Turken	x	-.036	-.297**	-.334**
Marokkanen	.036	x	-.262**	-.298**
Surinamers	.297**	.262**	x	-.037
Antillianen	.334**	.298**	.037	x
Hulp ouders	.055	.055	.055	.055
Advies ouders	-.024	-.024	-.024	-.024
Zien ouders	.001	.001	.001	.001
Contact ouders	.022*	.022*	.022*	.022*
Bezoek autochtonen	.074*	.074*	.074*	.074*
Contact autochtonen	.097*	.097*	.097*	-.097*
Leeftijd	-.028**	-.028**	-.028**	-.028**
Geslacht	-.280**	-.280**	-.280**	-.280**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

Afhankelijke variabele: gezondheid in klassen

Terugkomend op hypothese 3, waarin gesteld is dat Surinamers en Antillianen meer sociale steun ervaren en daardoor gezonder zijn, kan er uit de analyse opgemaakt worden dat de gezondheidsverschillen tussen Surinamers en Antillianen verklaard kunnen worden door sociale steun. Een kanttekening die hier geplaatst moet worden is dat dit maar door drie van de zes verklarende variabelen bevestigd wordt. De verschillen in gezondheid tussen Turken en Antillianen en het verschil tussen Marokkanen en Antillianen worden slechts gedeeltelijk verklaard door sociale steun. Hypothese 3 kan met deze resultaten slechts gedeeltelijk bevestigd worden.

4.1.4 Discriminatie

Hypothese 4 luidt dat Marokkanen meer discriminatie ervaren dan Surinamers, Antillianen en Turken, wat er in resulteert dat Marokkanen een slechtere gezondheid hebben. Discriminatie is een verklarende factor voor de gezondheidsverschillen tussen Surinamers en Antillianen.

Waarna er voor leeftijd en geslacht wordt gecontroleerd is de variabele ervaren discriminatie van de etnische groep niet meer significant.

Tabel 4.5 – Gezondheid naar discriminatie

	Unstandardized coefficients - B			
	Regressie 1	Regressie 2	Regressie 3	Regressie 4
Turken	x	-.031	-.376**	-.400**
Marokkanen	.031	x	-.345**	-.369**
Surinamers	.376**	.345**	x	-.024
Antillianen	.400**	.369**	.024	x
Ervaren discriminatie – groep	.020	.020	.020	.020
Ervaren discriminatie – zelf	-.104**	-.104**	-.104**	-.104**
Acceptatie door autochtonen	.057**	.057**	.057**	.057**
Leeftijd	-.032**	-.032**	-.032**	-.032**
Geslacht	-.305**	-.305**	-.305**	-.305**

* p<0.05; **p<0.001

Afhankelijke variabele: gezondheid in klassen

Tot zo ver lijkt hypothese 4 bevestigd. Voordat er een conclusie hierover getrokken kan worden, dient onderzocht te worden welke migrantengroepen de meeste sociale steun ervaren. Uit de resultaten komt naar voren dat Marokkanen en Turken aangeven dat ze vaak het gevoel hebben dat ze niet worden geaccepteerd. Daarnaast geven deze migrantengroepen aan dat ze vaker zelf gediscrimineerd worden. Surinamers en Antillianen worden zelf minder vaak gediscrimineerd. Marokkanen ervaren veel discriminatie en hebben een slechte gezondheid.

Daarnaast ervaren Turken ook redelijk veel discriminatie wat leidt tot een slechtere gezondheid. Hypothese 4 wordt dus grotendeels bevestigd.

4.1.5 Sociaal Economische Status

Surinamers en Antillianen hebben een hoger SES dan Turken en Marokkanen waardoor ze een betere gezondheid hebben, zo stelt hypothese 5. Voor de Surinamers en Antillianen bieden de factoren van SES een verklaring voor de gezondheidsverschillen. Daarnaast worden de verschillen in gezondheid tussen de etnische groeperingen, met uitzondering van de verschillen tussen Turken en Marokkanen, voor een klein deel verklaard door SES.

Tabel 4.6 – Gezondheid naar SES

	Unstandardized coefficients – B			
	Regressie 1	Regressie 2	Regressie 3	Regressie 4
Turken	x	-.032	-.197**	-.272**
Marokkanen	.032	x	-.165*	-.240**
Surinamers	.197**	.165*	x	-.075
Antillianen	.272**	.240**	.075	x
Netto inkomen	.016**	.016**	.016**	.016**
Functie niveau	.205**	.205**	.205**	.205**
Opleiding	-.032	-.032	-.032	-.032
Leeftijd	-.021**	-.021**	-.021**	-.021**
Geslacht	-.145**	-.145**	-.145**	-.145**

* p<0.05; **p<0.001

Afhankelijke variabele: gezondheid in klassen

Echter heeft opleiding geen significant effect op gezondheid. Het effect van SES bestaat alleen uit inkomen en functieniveau. Een verklaring hiervoor is dat alleen het opleidingsniveau in Nederland meegenomen is in de analyse. Het opleidingsniveau behaald in het buitenland is buiten beschouwing gelaten, omdat er te veel respondenten verloren zouden gaan. Dit is al ter sprake gekomen in het methodehoofdstuk. Er dient een oplossing gevonden te worden, om het opleidingsniveau van beiden landen te kunnen combineren. Daarnaast wordt er ook gecontroleerd voor functieniveau en inkomen. Over het algemeen is opleiding

een voorspeller van functieniveau en inkomen. Dit zou ook kunnen verklaren waarom opleiding niet significant is.

Turken en Marokkanen zijn vaker werkloos en hebben minder vaak een wetenschappelijk functieniveau. Waarvan Marokkanen het vaakst werkloos zijn en het minste verdienen. Antillianen hebben het hoogste functieniveau. Surinamers verdienen het meeste. Kortom Surinamers en Antillianen hebben een hoger functieniveau en verdienen meer dan de Marokkanen en Turken. Hypothese 4 wordt gedeeltelijk bevestigd, want opleidingsniveau is niet significant.

4.1.6 Sport

Hypothese 6 luidt dat Turken en Marokkanen een slechtere gezondheid hebben dan Surinamers en Antillianen, omdat ze minder sporten. Het feit of men lid is van een sportvereniging of niet biedt een verklaring voor de gezondheidsverschillen tussen Surinamers en Antillianen. Verder worden de gezondheidsverschillen tussen Marokkanen en Antillianen voor een gedeelte verklaard door sportlidmaatschap.

Surinamers en Antillianen zijn vaker lid van een sportvereniging dan Marokkanen en Turken. Als gevolg hebben Surinamers en Antillianen een betere gezondheid. Hierbij is hypothese 6 bevestigd voor de Surinamers en Antillianen.

Tabel 4.7 – Gezondheid naar sportlidmaatschap

	Unstandardized coefficients – B			
	Regressie 1	Regressie 2	Regressie 3	Regressie 4
Turken	x	-.032	-.361**	-.380**
Marokkanen	.032	x	-.328**	-.019
Surinamers	.361**	.328**	x	-.348**
Antillianen	.380**	.348**	.019	x
Lid van sportvereniging	.292**	.292**	.292**	.292**
Leeftijd	-.031**	-.031**	-.031**	-.031**
Geslacht	-.273**	-.273**	-.273**	-.273**

* p<0.05; **p<0.001

Afhankelijke variabele: gezondheid in klassen

4.1.7 Samenvoeging verklarende variabelen

Uit de analyses is gebleken dat de variabelen kerkbezoek, contact ouders, bezoek autochtonen, contact autochtonen, ervaren discriminatie, acceptatie door autochtonen, inkomen, functieniveau en lidmaatschap sportvereniging van significante invloed zijn op gezondheid. Wanneer alle variabelen (te zien in tabel 4.8) in één model worden geplaatst zijn alleen de variabelen ervaren discriminatie, acceptatie door autochtonen, inkomen en functieniveau significant. Daarnaast is de variabele opleiding in het nieuwe model wel significant. Het feit dat de andere variabelen niet meer significant zijn als alle verklarende variabelen in het model worden gedaan houdt in dat de verschillende variabelen beïnvloed worden door elkaar. Een voorbeeld hiervan is verblijfsduur en leeftijd. Dit betekent dat waar eerst gedacht werd dat deze variabelen een verklaring konden geven voor de gezondheidsverschillen tussen de migrantengroepen, nu geen verklaring meer voor is. Uit dit model kan geconcludeerd worden dat alleen de variabelen die bij SES en discriminatie horen, naast leeftijd en geslacht, een verklaring bieden voor de verschillen in gezondheid tussen de Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Echter worden de gezondheidsverschillen tussen de etnische groeperingen niet allemaal verklaard voor de bovenstaande variabelen. De variabelen bieden een verklarende factor voor de verschillen tussen Surinamers en Turken, tussen Surinamers en Marokkanen en tussen Surinamers en Antillianen. De verschillen in gezondheid worden verder gedeeltelijk verklaard voor Antillianen en Turken en voor Antillianen en Marokkanen.

Tabel 4.8 – Gezondheid naar verklarende variabelen

	Unstandardized coefficients - B			
	Regressie 1	Regressie 2	Regressie 3	Regressie 4
Turken	x	-.024	-.135	-.210*
Marokkanen	.024	x	-.111	-.187*
Surinamers	.135	.111	x	-.075
Antillianen	.210*	.187*	.075	x
Verblijfsduur	-.003	-.003	-.003	-.003
Kerkbezoek	.038	.038	.038	.038
Hulp ouders	.035	.035	.035	.035
Advies ouders	-.014	-.014	-.014	-.014
Zien ouders	.004	.004	.004	.004

Contact ouders	-.016	-.016	-.016	-.016
Contact autochtonen	.055	.055	.055	.055
Bezoek autochtonen	-.007	-.007	-.007	-.007
Ervaren discriminatie - groep	.028	.028	.028	.028
Ervaren discriminatie - zelf	-.066*	-.066*	-.066*	-.066*
Acceptatie autochtonen	.053*	.053*	.053*	.053*
Netto inkomen	.017**	.017**	.017**	.017**
Functioniveau	.193**	.193**	.193**	.193**
Opleiding	-.081*	-.081*	-.081*	-.081*
Lid van sportvereniging	.118	.118	.118	.118
Leeftijd	-.024**	-.024**	-.024**	-.024**
Geslacht	-.216**	-.216**	-.216**	-.216**

* p<0.05; **p<0.001

Afhankelijke variabele: gezondheid in klassen

4.2 Zorggebruik

Evenals bij gezondheid zal er eerst onderzocht worden welke migrantengroep het meeste gebruik maakt van de zorg. Zoals beschreven in het methodehoofdstuk is zorggebruik opgesplitst in drie onderdelen: bezoek aan huisarts, bezoek aan een medisch specialist en bezoek aan een ziekenhuis. Surinamers en Antillianen bezoeken minder vaak een huisarts dan Marokkanen en Turken. Voor het bezoeken van een medisch specialist is er echter geen significant verschil zichtbaar. Tot slot verschillen de Antillianen van de Turken en Marokkanen door minder vaak een ziekenhuis te bezoeken.

Tabel 4.10 – Frequentie huisartsbezoek naar etniciteit

	Unstandardized coefficients - B			
	Regressie 1	Regressie 2	Regressie 3	Regressie 4
Turken	x	.008	.148*	.295**
Marokkanen	-.008	x	.140	.287**
Surinamers	-.148*	-.140	x	.147
Antillianen	-.295**	-.287**	-.147	x

* p<0.05; **p<0.001

Afhankelijke variabele: frequentie huisartsbezoek

Tabel 4.11 – Frequentie bezoek medisch specialist naar etniciteit

	Unstandardized coefficients - B			
	Regressie 1	Regressie 2	Regressie 3	Regressie 4
Turken	x	-.349*	-.558*	.118
Marokkanen	.349*	x	-.209	.468*
Surinamers	.558*	.209	x	.676*
Antillianen	-.118	-.468*	-.676*	x

* p<0.05; **p<0.001

Afhankelijke variabele: frequentie bezoek medisch specialist

Tabel 4.12 – Frequentie ziekenhuisbezoek naar etniciteit

	Unstandardized coefficients - B			
	Regressie 1	Regressie 2	Regressie 3	Regressie 4
Turken	x	-.144	-.018	.086
Marokkanen	.144	x	.127	.392*
Surinamers	.018	-.127	x	.265
Antillianen	-.248	-.392*	-.265	x

* p<0.05; **p<0.001

Afhankelijke variabele: frequentie ziekenhuisbezoek

Naast deze verschillen in etniciteit is het plausibel dat gezondheid een effect heeft op de frequentie van zorggebruik. Uit de analyse komt naar voren dat hoe slechter de gezondheid van een respondent, des te vaker deze respondent naar de huisarts, medisch specialist en het

ziekenhuis gaat. Behalve gezondheid zijn er wellicht meer factoren die de verschillen in zorggebruik kunnen verklaren.

Tabel 4.13 – Gezondheid naar zorggebruik

	Unstandardized coefficients - B
Bezoek huisarts	-.191**
Bezoek medisch specialist	-.639**
Bezoek ziekenhuis	-.213**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

Afhankelijke variabele: gezondheid in klassen

In hypothese 7 te toetsen dat migranten uit Suriname en de Nederlandse Antillen sneller (medische) hulp zullen zoeken en dus ook meer gebruik zullen maken van de gezondheidszorg dan de Turken en Marokkanen, omdat ze de Nederlandse taal beter beheersen, zal er afzonderlijk gekeken worden naar de drie onafhankelijke variabelen in relatie tot de beheersing van de Nederlandse taal in woord en schrift en de beoordeling van Nederlands van de respondent door de enquêteur.

4.2.1 Huisarts

De verschillen in frequentie van huisartsbezoek tussen Turken en Surinamers worden door problemen met Nederlands lezen en de beoordeling van de enquêteur verklaard. Ditzelfde geldt voor Turken en Antillianen. Wat betreft de verschillen in huisartsbezoek tussen Marokkanen en Antillianen bieden deze variabelen een gedeeltelijk verklaring. Uit tabel 4.10 en 4.14 kan men aflezen dat de variabele problemen met spreken niet significant is.

Voor de variabelen beoordeling enquêteur en problemen met lezen is er sprake van een tegengesteld effect. De variabele beoordeling enquêteur loopt van slecht naar goed: des te hoger de score des te beter de beoordeling en des te beter de beheersing van de Nederlands taal. Bij de variabele problemen met spreken zijn de antwoordcategorieën van weinig naar veel: des te hoger de score des te meer problemen met spreken.

Tabel 4.14 – Frequentie huisartsbezoek naar taalproblemen

	Unstandardized coefficients - B			
	Regressie 1	Regressie 2	Regressie 3	Regressie 4
Turken	x	-.061	.079	.145
Marokkanen	.061	x	.140	.206*
Surinamers	-.079	-.140	x	.066
Antillianen	-.145	-.206*	-.066	x
Beoordeling enquêteur	-.168*	-.168*	-.168*	-.168*
Problemen lezen	.157*	.157*	.157*	.157*
Problemen spreken	-.030	-.030	-.030	-.030
Leeftijd	.025**	.025**	.025**	.025**
Geslacht	.575**	.575**	.575**	.575**

* p<0.05; **p<0.001

Afhankelijke variabele: frequentie huisartsbezoek

4.2.2 Medisch specialist

Uit tabel 4.14 valt af te lezen dat alleen de beoordeling van de Nederlandse taal van de respondenten door de enquêteur significant is. Als er gecontroleerd wordt voor leeftijd en geslacht, is alleen leeftijd significant. Deze twee variabelen verklaren dus de verschillen in bezoek aan een medisch specialist. Echter wordt dit alleen verklaard voor de verschillen in frequentie bezoek medisch specialist tussen Turken en Marokkanen en voor Antillianen en Marokkanen (zie tabel 4.11 en 4.15). De verschillen in zorggebruik tussen Surinamers en Antillianen worden gedeeltelijk verklaard door de variabele 'Beoordeling enquêteur'. Problemen met Nederlands lezen en problemen met Nederlands spreken zijn niet significant.

Tabel 4.15 – Frequentie bezoek medisch specialist naar taalproblemen

	Unstandardized coefficients - B			
	Regressie 1	Regressie 2	Regressie 3	Regressie 4
Turken	x	-.239	-.610*	-.129
Marokkanen	.239	x	-.371	.110
Surinamers	.610*	.371	x	.481*
Antillianen	.129	-.110	-.481*	x
Beoordeling enquêteur	-.285*	-.285*	-.285*	-.285*
Problemen lezen	.002	.002	.002	.002
Problemen spreken	.069	.069	.069	.069
Leeftijd	.037**	.037**	.037**	.037**
Geslacht	.074	.074	.074	.074

* p<0.05; **p<0.001

Afhankelijke variabele: frequentie bezoek medisch specialist

4.2.3 Ziekenhuis

Taalproblemen bieden geen verklaring voor de verschillen in ziekenhuisbezoek tussen de vier grootste niet-westerse migrantengroepen. Slechts de verschillen in ziekenhuisbezoek tussen Marokkanen en Antillianen worden voor een zeer klein deel verklaard door taalproblemen. Er kan gesteld worden dat de toevoeging van taalbeheersing geen verklarende factor is voor ziekenhuisbezoek, wat blijkt uit een vergelijking van tabel 4.12 en 4.16. Daarnaast zijn problemen met Nederlands lezen en Nederlands spreken evenals bij bezoek aan medisch specialist niet significant. De controlevariabelen leeftijd en geslacht zijn wel significant.

Tabel 4.16 – Frequentie ziekenhuisbezoek naar taalproblemen

	Unstandardized coefficients - B			
	Regressie 1	Regressie 2	Regressie 3	Regressie 4
Turken	x	-.177	-.018	.167
Marokkanen	.177	x	.158	.344*
Surinamers	.018	-.158	x	.186
Antillianen	-.167	-.344*	-.186	x
Beoordeling enquêteur	-.306*	-.306*	-.306*	-.306*
Problemen lezen	-.008	-.008	-.008	-.008
Problemen spreken	.068	.068	.068	.068
Leeftijd	.024**	.024**	.024**	.024**
Geslacht	.379**	.379**	.379**	.379**

* p<0.05; **p<0.001

Afhankelijke variabele: frequentie ziekenhuisbezoek

Een mogelijke verklaring voor het feit dat problemen met lezen niet significant is bij frequentie bezoek medisch specialist en ziekenhuis is dat de antwoordcategorieën beperkt zijn. Er zijn slechts drie antwoordmogelijkheden. Een variabele met meer antwoordcategorieën zou wellicht een betere meting zijn van taalproblemen. Ditzelfde geldt voor problemen met spreken.

Daarnaast zou een mogelijke verklaring kunnen zijn dat de afhankelijke variabelen bezoek medisch specialist en ziekenhuisbezoek tevens een beperkt aantal antwoordmogelijkheden heeft, namelijk ja of nee. Wanneer dit in schaal is, zou een betere analyse uitgevoerd kunnen worden.

Uit deze resultaten kan geconcludeerd worden dat er geen eenduidig patroon te ontdekken is in zorggebruik. Afhankelijk van het soort zorg, in dit geval bezoek huisarts, bezoek medisch specialist of ziekenhuisbezoek, is taalbeheersing een verklarende factor voor sommige niet-westerse migrantengroepen in Nederland. Voor frequentie huisartsbezoek worden alleen de verschillen verklaard tussen Turken en Surinamers en tussen Turken en Antillianen. Voor frequentie medisch specialist worden juist de verschillen verklaard tussen

Marokkanen en Turken en tussen Marokkanen en Antillianen. Ten slotte heeft taalbeheersing geen invloed op ziekenhuisbezoek voor de Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Kortom hypothese 7 kan niet bevestigd worden.

HOOFDSTUK 5 – CONCLUSIE

In deze studie is geprobeerd antwoord te geven op de onderzoeksvragen: *1. In hoeverre bestaat er een verschil in de gezondheid tussen de etnische minderheidsgroeperingen Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen in Nederland? 2. Hoe kunnen deze verschillen verklaard worden? 3. In hoeverre zorgen de verschillen in gezondheid ook voor verschillen in zorggebruik van de grootste groepen niet-westerse allochtonen in Nederland? 4: Zijn er naast verschillen in gezondheid nog andere factoren die het zorggebruik van deze groepen beïnvloeden?*

In eerder onderzoek is er wel naar de relatie gekeken tussen gezondheid en migratie in vergelijking met autochtonen, maar er is weinig onderzoek gedaan naar de verschillen in gezondheid tussen verschillende groepen migranten. Aan de hand van bestaande theorieën is er getracht de verwachte verschillen tussen de Nederlandse etnische groepen in gezondheid te verklaren. Deze theorieën zijn getoetst in zeven opgestelde hypothesen.

5.1 Gezondheid

Eerst is onderzocht welke etnische groepering de beste gezondheid had in het algemeen: dit bleken de Surinamers en Antillianen te zijn. Dus de eerste onderzoeksvraag kan beantwoord worden. Er bestaan wel degelijk verschillen in gezondheid met aan de ene kant de Turken en Marokkanen en aan de andere kant de Surinamers en Antillianen met een significant betere gezondheid.

De verschillen in gezondheid kunnen verklaard worden door ervaren discriminatie, acceptatie door autochtonen, inkomen, functieniveau en opleidingsniveau. Deze variabelen geven echter alleen een verklaring voor de gezondheidsverschillen die de Surinamers ervaren met de andere drie niet-westerse migrantengroepen. Hiermee is de onderzoeksvraag voor een gedeelte beantwoord. Aangezien er alleen een verklaring is gevonden voor de verschillen die tussen de Surinamers en de andere migrantengroepen bestaan.

De bestaande theorie betreffende discriminatie wordt door dit onderzoek bevestigd. Zoals Williams et al. (2002) stellen, blijkt discriminatie daadwerkelijk een groot gedeelte van de verschillen in gezondheid te verklaren. Het lijkt erop alsof ervaren discriminatie grotere invloed heeft dan acceptatie. Verder is het zo dat groepsdiscriminatie geen invloed heeft in tegenstelling tot zelf ervaren discriminatie. Dit is in samenspraak met de theorie van Williams et al. (1997).

Naast discriminatie is SES een verklarende factor voor gezondheidsverschillen tussen de vier migrantengroepen. De theorie van Van Gaalen (2011) waarin gesteld wordt dat Surinamers een hogere SES hebben, wordt bevestigd door deze studie. SES is inderdaad van invloed op de gezondheidstoestand, waardoor er geconcludeerd kan worden dat Surinamers een betere gezondheid hebben. Echter is er geen bewijs gevonden in deze studie die de theorie van Van den Berg (2000) kan bevestigen. In deze theorie werd gesteld dat een ongezonde leefstijl wordt beïnvloed door SES.

Aangaande de overige bestaande hypothesen en theorieën is het van belang dat er vervolgonderzoek plaats vindt, aangezien er enkele problemen zijn opgetreden in dit onderzoek. Deze methodische problemen zouden ten grondslag kunnen liggen aan het feit dat de hypothesen en theorieën niet bevestigd worden. Indien hier verder onderzoek naar gedaan wordt, kunnen deze theorieën wellicht wel bevestigd worden.

5.2 Zorggebruik

Nu de verschillen in gezondheid in kaart zijn gebracht met de bijbehorende verklaringen, kan er naar de relatie gekeken worden tussen gezondheid en zorggebruik. Er is een sterk verband tussen gezondheid en zorggebruik. Respondenten waarvan de gezondheid slecht is, bezoeken vaker een huisarts, medisch specialist of ziekenhuis dan respondenten die een beter gezondheid hebben. Het antwoord op de derde onderzoeksvraag luidt dat gezondheid een belangrijke rol speelt voor het gebruik van medische zorg.

Naast gezondheid heeft taalbeheersing tevens invloed op zorggebruik, echter is dit van beperkte omvang. Niet op alle gebieden van gezondheidszorg speelt taalbeheersing een rol. Daarnaast worden de meeste verschillen in zorggebruik tussen de grootste vier niet-westerse migrantengroepen niet verklaard door taalbeheersing. Alleen voor Turkse migranten worden de verschillen in bezoek aan huisarts en medisch specialist verklaard door taalbeheersing.

In tegenstelling tot het onderzoek van De Leeuw (2008) is er weinig bewijs dat een betere taalbeheersing leidt tot een betere gezondheid. Als enige verklaring voor verschillen in zorggebruik is gekeken naar de Nederlandse taalbeheersing in dit onderzoek. Harmsen et al. (2005) en Ingleby (2009) stellen dat er naast taalproblemen tussen arts en patiënt meer oorzaken zijn die van invloed zijn op de verschillen in zorggebruik. Het gaat hierbij om gedrags- en communicatieregels, de onbekendheid met de Nederlandse gezondheidszorg en andere opvattingen over ziekten, gezondheid en gezondheidszorg. Wellicht kunnen deze of andere verklarende factoren een antwoord geven op de verschillen in zorggebruik.

Al met al kan geconcludeerd worden dat gezondheid een grotere rol speelt in het verklaren van de verschillen in zorggebruik dan taalbeheersing.

5.3 Beperkingen van het onderzoek

Het grootste bezwaar van dit onderzoek is de beperkte data. Er miste informatie omtrent de leefstijl van respondenten: eet- en drinkgedrag, gebruik van drugs en fysieke inspanningen. Vaak kunnen deze gedragingen de gezondheid verslechteren. Een kanttekening hierbij is echter dat wanneer deze factoren wel onderzocht worden het kan zijn dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden geven. Een ander voorbeeld van de beperkte data is dat er geen onderscheid wordt gemaakt tussen fysieke of psychische gezondheid. Beiden kunnen een andere uitwerking hebben op de algehele gezondheid en het is daarom van belang om dat verder te onderzoeken. Daarnaast kunnen op deze twee vlakken ook verschillen bestaan tussen de migrantengroepen en de achterliggende mechanismen zouden kunnen verschillen.

Voor een completer en vollediger beeld dient het sterftecijfer meegenomen te worden in de analyse. Er dient dan wel rekening gehouden te worden met de “Unhealthy Remigration Hypothesis”, die stelt dat migranten graag terug willen naar het land van herkomst wanneer zij sterven (Lassetter et al., 2008). Hierdoor is het sterftecijfer niet helemaal accuraat omdat een deel van de allochtonen niet wordt meegenomen in het sterftecijfer in Nederland.

Het databestand bevatte weinig tweede generatie allochtonen, deze generatie zal de Nederlandse taal beter beheersen dan de generatie voor hen. Daarnaast zijn zij doorgaans beter geïntegreerd in de Nederlandse samenleving. Voor de acculturatiehypothese of de theorie omtrent leefstijl, kan dit interessant zijn. Er zou onderzocht kunnen worden wat dit voor invloed heeft op de gezondheid en het zorggebruik. Naast een vergelijking met de tweede generatie allochtonen, mist het onderzoek een vergelijking met de autochtonen. De gezondheidsverschillen in Nederland kunnen dan in kaart gebracht worden, evenals de eventuele verschillen in mechanismes.

Als laatste zou er mogelijk een longitudinaal onderzoek kunnen komen naar de gezondheidsverschillen tussen de migrantengroepen. Een van de voordelen hiervan is dat de relatie tussen SES en gezondheid getest kan worden. Een ander voordeel hiervan is dat de tweede en derde generatie ook meegenomen kunnen worden in het onderzoek. De ontwikkelingen over langere periode kunnen dan blootgelegd worden. Ook eventuele ingevoerde beleidsplannen om de gezondheid te verbeteren, kunnen getoetst worden door te analyseren of de algemene gezondheidstoestand van de respondenten verbeterd is.

5.4 Voordelen van het onderzoek

Naast beperkingen zijn er ook een aantal voordelen aan dit onderzoek. Ten eerste worden niet de verschillen tussen allochtonen en autochtonen onderzocht maar de verschillen tussen de niet-westerse migrantengroepen. De migrantengroepen worden niet gegeneraliseerd waardoor er nieuwe mechanismen blootgelegd kunnen worden die invloed hebben op de gezondheid van de allochtonen. Doordat de gezondheidsverschillen tussen de migrantengroepen worden onderzocht is het ook mogelijk om uitspraken te doen over de beïnvloedende factoren en beleidsimplicaties te doen.

Daarnaast is dit onderzoek erg breed en wordt er niet op één mogelijk component gefocust. Immers, in dit onderzoek zijn veel verklarende factoren meegenomen. Doordat er veel mogelijke verklaringen zijn onderzocht is het mogelijk om factoren uit te sluiten en te zien welke factoren elkaar en de gezondheidsverschillen beïnvloeden. Verder wordt in dit onderzoek gezondheidsverschillen en verschillen in zorggebruik onderzocht. Door middel van het onderzoeken van de verschillen in gezondheid en zorggebruik kan er een link worden gelegd tussen beiden. Met de relatie tussen gezondheid en zorggebruik kan er een passend beleid worden gemaakt.

De verschillende verklaringen voor de verschillen in gezondheid komen allemaal voort uit verscheidene theorieën. Omdat de verklaringen onderzocht worden, zijn ook alle hypothesen getest waardoor de betrouwbaarheid van eerder onderzoek wordt vergroot of verkleind.

Tot slot zijn er in dit onderzoek veel respondenten opgenomen wat de nauwkeurigheid van het schatten over de populatie vergroot waardoor de generaliseerbaarheid groter wordt.

5.5 Beleidsimplicaties gezondheid

Aan de hand van de resultaten van dit onderzoek kunnen er beleidsadviezen gegeven worden. Ten eerste komt naar voren dat Turken en Marokkanen een slechtere gezondheid hebben en dat ze vaker gebruik maken van een huisarts of ziekenhuis. Aangezien er sprake is van een tweedeling tussen de vier migrantengroepen kan er gedacht worden aan beleid op maat.

Een aspect voor verbetering ligt op het gebied van sociale steun. Turken ervaren zowel van de eigen familie als van de autochtonen de minst sociale steun. Dit heeft een negatief effect op de gezondheid. Het invoeren van een buddy systeem kan het contact met de autochtonen bevorderen. Dit houdt in dat twee personen aan elkaar gekoppeld worden en samen activiteiten ondernemen. Daarnaast zouden er ook activiteiten in de buurt georganiseerd kunnen worden waar de allochtonen met de Nederlanders in contact gebracht

kunnen worden. Het is erg lastig om een beleid te maken voor sociale steun binnen de familie dat inhoudt dat de sociale steun van buitenaf belangrijker wordt. Er zijn vele manieren om het contact tussen allochtonen en autochtonen te intensiveren. Voordat men zich richt op een specifiek beleid dient er eerst onderzoek gedaan te worden naar de effecten van verschillende projecten van sociale steun.

Ook beleid op het gebied van sociaal economische status is gewenst. Sociaal economische status wordt aan de hand van opleiding, functieniveau en inkomen gemeten. Wanneer het opleidingsniveau verbetert, is de kans op een hoger functieniveau en een hoger inkomen groter. Hierbij valt te denken aan extra beurzen voor het hoger onderwijs om kinderen uit de lagere klassen een mogelijkheid te bieden om wel door te studeren. Dit zou betekenen dat er beleid moet komen dat gericht is op de toegankelijkheid van het onderwijs. Dit beleid moet echter niet alleen op kinderen maar ook op de ouderen die naar Nederland komen en die graag een opleiding willen volgen gericht worden. Bovendien kan discriminatie ook doorwerken op de sociaal economische status. Wanneer men discriminatie op de werkvloer ervaart is het moeilijk promotie te maken en op te klimmen op de sociaal economische ladder.

Verder ervaren Turken en Antillianen de meeste discriminatie wat leidt tot nadelige gezondheidsgevolgen. Hierbij is het van belang om te kijken naar de verschillende gebieden waarop de allochtonen discriminatie ervaren. Wanneer dit gebeurt kan er een passend beleid gemaakt worden wat de discriminatie moet reduceren.

Daarnaast speelt beweging en sportiviteit een grote rol bij gezondheid. Wanneer sport en beweging meer onder de aandacht gebracht wordt, zullen ook meer allochtonen gaan sporten en zal hun gezondheid verbeteren. Dit geldt natuurlijk niet alleen voor de migrantengroepen in Nederland maar ook voor de autochtone Nederlanders.

5.6 Beleidsimplicaties zorggebruik

Op het gebied van zorggebruik zijn er tevens problemen die aangepakt dienen te worden. De Nederlandse taal is een groot struikelblok voor migranten. Het is noodzakelijk voor migranten om de Nederlandse taal te beheersen voor medische zorg en in het dagelijks leven. Een inburgeringcursus is al verplicht gesteld om Nederland binnen te komen. De migranten die eerder in Nederland zijn komen wonen, hebben niet zo'n dergelijke test uitgevoerd. Voor hen kunnen er cursussen aangeboden worden in de avonduren die de migranten helpen met de Nederlandse taal. Dit is op vrijwillige basis. Daarom dient de gezondheidszorg te veranderen.

Met betrekking tot zorggebruik is het lastig om een goed beleid te maken, omdat de verschillen tussen de groepen nog niet zijn bloot gelegd. Wel zouden de mogelijke factoren die dit beïnvloeden aangepakt worden. Hierbij gaat het vooral om de beheersing van de Nederlandse taal. Er is al een beleid gemaakt met betrekking tot de communicatie tussen arts en patiënt, namelijk de instelling van het ‘Overlegorgaan Medische Verzorging Buitenlandse Werknemers’ die tolken beschikbaar heeft gesteld. Er wordt echter voornamelijk voor informele tolken gekozen, zoals familieleden. Om deze mensen te ontlasten zou het verplicht stellen van tolken in de gezondheidszorg als oplossing aangedragen kunnen worden. Om het contact verder te optimaliseren zouden artsen verplicht cursussen moeten volgen over de cultuur van de migrantengroepen. Relevante culturele zaken gerelateerd aan gezondheidszorg komen hierbij aan bod.

Daarnaast zou het aanbieden van informatie over artsen, ziekenhuizen en medische aandoeningen in andere talen een andere mogelijke oplossing kunnen zijn voor het taal- en communicatieprobleem. En als laatste kan er natuurlijk van de allochtonen verwacht worden dat zij zich verdiepen in de Nederlandse taal en gewoontes zodat zij ook beter kunnen communiceren met de artsen en zorgverleners.

Samengevat zijn er twee mogelijkheden: ten eerste dienen de migranten de Nederlandse taal beter te beheersen. Ten tweede zal de gezondheidszorg een handreiking moeten doen richting de migrantengroepen.

REFERENTIELIJST

Abraído-Lanza, A.F., Chao, M.T., Flórez, K.R. (2005). Do healthy behaviors decline with greater acculturation?: Implications for the Latino mortality paradox. *Social Science & Medicine*, 61: 1243-1255.

Berg, van de M., Dijk, van A., Stout, A., Swart, W. (2000) *Gezondheidskaart. Sociaal economische gezondheidsverschillen*. Rotterdam: GGD Rotterdam, sector GB.

Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I., Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51: 843-857.

Broek, van den A., Keuzenkamp, S. (2008). *Het dagelijks leven van allochtone stedelingen*. Sociaal Cultureel Planbureau: Den Haag.

Dam, ten J.J.M. (1997). *Gezonde stadsgezichten*. Universiteit Utrecht.

DesMeules, M., Gold, J., Kazanjian, A., Manuel, D., Payne, J., Vissandjée, B., McDermott, S., Mao, Y. (2004). New Approaches to Immigrant Health Assessment. *Canadian Journal of Public Health*, 95(3): 22-26.

Gaalen, van R., Vos, de A. (2011). *Sociaaleconomische positie van ouders en kinderen naar herkomst*. Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.

George, L., Ellison, C., Larson, D. (2002). Explaining the relationship between religion and health. *Psychological Inquiry*, 13(3): 190-200.

Guiraudon, V., Phalet, K., Wal, ter W. (2005). Monitoring ethnic minorities in the Netherlands. *International Social Science Journal*, 57(183): 75-87.

Harmsen, H., Bruijnzeels, M. (2005). Etnisch-cultureel verschillende patiëntien op het spreekuur, maakt het wat uit?. *Huisarts en Wetenschap*, 48(4): 166-170.

Heim, D., Hunter, S.C., Jones, R. (2011). Perceived Discrimination, Identification, Social Capital, and Well-Being: Relationships With Physical Health and Psychological Distress in a U.K. Minority Ethnic Community Sample. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42(7): 1145-1164.

Hiele, ter S., Schmeets, H. (2010). *Sociale samenhang: participatie, vertrouwen en integratie*. Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.

Hollander, de A.E.M., Hoeymans, N., Melse, J.M., Oers, van J.A.M., Polder, J.J. (2006). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Ingleby, D. (2009). *Gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden in Nederland: "State of the Art Report"*. European Research Centre on Migration and Ethnic Relations: Universiteit Utrecht.

Jaarrapport Integratie (2010). Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.

Jones, J.W. (2004). Religion, Health, and the Psychology of Religion: How the Research on Religion and Health Helps Us Understand Religion. *Journal of Religion and Health*, 43(4): 317-328.

Krieger, N. (1987). Shades of difference: Theoretical underpinnings of the medical controversy on black/white differences in the United States, 1830-1870. *International Journal of Health Services*, 17(2): 259-278.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Health and Welfare Canada.

Lassetter, J.H., Callister, L.C. (2009). The Impact of Migration on the Health of Voluntary Migrants in Western Societies: A review of the literature. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(1): 93-104.

Leeuw, de E. (2008). Migranten in de GGZ: De invloed van acculturatie op gezondheid, gebruik van GGZ en tevredenheid met de hulpverlening. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45(6): 315-326.

Noh, S., Kaspar, V. (2003). Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation and ethnic support. *American Journal of public health*, 93: 232-238.

Phalet, K., Praag, van C. (2004). *Moslim in Nederland*. Sociaal Cultureel Planbureau: Den Haag.

Stronks, K. (1997). *Socio-economic inequalities in health: individual choice or social circumstances?* Erasmus University Rotterdam.

Veling, W., Selten, J., Susser, E., Laan, W., Mackenbach, J.P., Hoek, H.W. (2007). Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *International Journal of Epidemiology*, 36(4): 761-768.

Wakker, van de A. (2006). *Wederzijds onbegrip: Je hoeft me niets te geven, als je me maar begrijpt*. Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant.

Williams, D.R., Neighbors, H.W., Jackson, J.S. (2003). Racial/Ethnic discrimination and health: findings from community studies. *American Journal of public health*, 93: 200-208.

Williams, D.R., Yu, Y., Jackson, J.S., Anderson, N.B. (1997). Racial Differences in Physical and Mental Health: Socio-economic Status, Stress and Discrimination. *Journal of Health Psychology*, 2(3): 335-351.

Winkleby, M., Jatulis., D.E., Frank, E., Fortmann, S.P. (1992). Socioeconomic status and health: how education, income and occupation contribute for risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*, 82: 816-820.

www.CBS.nl geraadpleegd op 11-06-2012