

Healthy Inclusion

*Aanbevelingen voor participatie van migranten in
gezondheidsbevordering*

Katja van Vliet
Marjan de Gruijter
Diane Bulsink

September 2010

Inhoud

1	Inleiding	5
1.1	Healthy Inclusion	5
1.2	Begripsverheldering	6
2	Stand van zaken	9
2.1	Inleiding	9
2.2	Niet-westerse allochtonen in Nederland	10
2.3	Verschillen in gezondheid en zorggebruik	10
2.4	Gezondheidsbeleid en gezondheidsbevordering gericht op migranten	12
2.5	Participatie in gezondheidsbevordering	13
2.6	Samenvatting en conclusies	14
3	Perspectieven van aanbieders op participatie van migranten in gezondheidsbevordering	17
3.1	Inleiding	17
3.2	Participatie van allochtonen in gezondheidsbevorderende interventies	18
3.3	Beleid van organisaties om de participatie van allochtonen te verbeteren	20
3.4	Overheidsbeleid om de participatie van allochtonen te verbeteren	21
4	Perspectieven van migranten op participatie in gezondheidsbevordering	23
4.1	Inleiding	23
4.2	Kenmerken van de respondenten	24
4.3	Perceptie van gezondheid en beleving van de eigen gezondheid	25
4.4	Zorgconsumptie en gezondheidsgedrag	25
4.5	Verschillen in gezondheidsperceptie, zorgconsumptie en gezondheidsgedrag	27
4.6	Deelname aan en mening over gezondheidsbevorderende activiteiten	27
4.7	Redenen om niet aan gezondheidsbevorderende activiteiten mee te doen en behoefte	28
4.8	Suggesties voor verbeteringen	29
5	Aanbevelingen voor participatie van migranten in gezondheidsbevordering	31
5.1	Inleiding	31
5.2	Resultaten uit de Delphi-rondes	31
5.3	Aanbevelingen	34
	Literatuur en andere bronnen	37
	Bijlagen:	
1	Kenmerken van de geïnterviewde aanbieders	39
2	Kenmerken van de geïnterviewde migranten	43
3	Geraadpleegde experts Delphi rondes	45
4	De aan de experts voorgelegde stellingen in de Delphi rondes	47
5	Advisory Board	49

1 *Inleiding*

1.1 *Healthy inclusion*

De gezondheidssituatie van leden van etnische minderheidsgroepen is vaak slechter dan die van autochtone Nederlanders. Daarbij komt dat gezondheidsvoorzieningen hen doorgaans minder goed weten te bereiken en effectieve zorg te bieden. Het Verwey-Jonker Instituut heeft van juli 2008 tot juli 2010 in Europees verband een project uitgevoerd dat ten doel had het gebruik van gezondheidsbevorderende interventies door allochtone groepen te verbeteren, evenals de kwaliteit ervan. We hebben interviews gehouden met aanbieders en met zowel mensen uit de doelgroepen die van het aanbod gebruikmaken, als mensen die dat niet doen. Deze interviews en expertpanels leverden informatie op over de factoren die deelname aan gezondheidsbevorderende interventies belemmeren of bevorderen en over goede praktijken. Het project resulteerde in aanbevelingen aan de hand waarvan het aanbod kan worden getoetst en verbeterd.

De Europese Commissie (DG Health and Consumers, Public Health) heeft het project Healthy Inclusion gefinancierd. ZonMw en de directie Inburgering en Integratie van het ministerie van VROM zijn cofinanciers van de Nederlandse bijdrage. De samenwerkingspartners waren: Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Austria (coördinatie), National Institute of Public Health (Czech-Republic), Mhtconsult (Denmark), Institut für Soziale Infrastruktur (Germany, project evaluator), Studio Come S.r.l. (Italy), Trnava University, Faculty of Health Care and Social Work (Slovakia) en de University of Tartu (Estonia).

Het project Healthy Inclusion bestond uit vijf onderdelen:

1. Perspectieven van aanbieders: literatuurstudie/bronnenonderzoek (inclusief een quick scan van de stand van zaken¹) en interviews met aanbieders.
2. Perspectieven van migranten: interviews met migranten die gebruikmaken van het aanbod.
3. Perspectieven van migranten: interviews met migranten die geen gebruik maken van het aanbod.
4. Ontwikkelen van aanbevelingen (algemeen en specifiek voor Nederland).
5. Afsluitende conferentie ter verspreiding van de aanbevelingen.

1 Deze quick scan is alleen uitgevoerd door de Nederlandse partner, omdat dit een voorwaarde was voor de cofinanciering van de Nederlandse bijdrage.

We hebben de gegevens verzameld met behulp van de volgende vooral kwalitatieve methoden:

- Literatuurstudie en bronnenonderzoek (onderzoekspublicaties, websites en beleidsdocumenten).
- Interviews met aanbieders van gezondheidsbevordering uit diverse organisaties en sectoren (GGD, thuiszorg, GGZ, gezondheidscentra).
- Interviews (in de eigen taal) met migranten van Marokkaanse, Turkse en Surinaamse afkomst uit de eerste generatie die wel of juist niet gebruikmaken van het aanbod gezondheidsbevordering.
- Twee Delphi-rondes met experts.

We hebben de gegevens geanalyseerd op het niveau van het aanbod, het beleid van de organisaties en het (lokale) overheidsbeleid. In de betreffende hoofdstukken zijn de methoden uitgebreider beschreven.

Deze publicatie bevat de resultaten van de Nederlandse bijdrage aan het Europese project Healthy Inclusion en de quick scan van de stand van zaken. In Hoofdstuk 2 komt de stand van zaken aan de orde. De hoofdstukken 3 en 4 beschrijven de resultaten van de interviews met achtereenvolgens de aanbieders en de migranten. De publicatie sluit af met aanbevelingen voor participatie van migranten in gezondheidsbevordering in hoofdstuk 5.

1.2 *Begripsverheldering*

Participatie

Participatie in gezondheidsbevordering kan op twee manieren worden opgevat:

1. Deelname aan gezondheidsbevordering (toegankelijkheid, bereik, effectiviteit).
2. Actieve participatie in gezondheidsbevordering (betrokkenheid bij ontwikkeling, uitvoering en evaluatie).

Participatie als deelname aan gezondheidsbevorderende activiteiten op zich heeft betrekking op de toegankelijkheid, het bereik en de effectiviteit van gezondheidsbevordering voor specifieke doelgroepen.

Bij actieve participatie gaat het om de actieve betrokkenheid van mensen uit de doelgroep bij de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van gezondheidsbevordering. Dit wordt ook wel aangeduid met *doelgroep participatie*. Om het niveau van participatie vast te stellen, wordt vaak gebruikgemaakt van de participatieladder van Pretty (Koelen & Van den Ban, 2004). Deze ladder bestaat uit zes treden: 0: geen participatie; 1: passieve participatie; 2: participatie via informatie; 3: participatie via consultatie; 4: functionele participatie; 5: interactieve participatie; 6: zelfmobilisatie. Vanaf de vierde tree, functionele participatie, is daadwerkelijk sprake van actieve participatie, dat wil zeggen dat mensen uit de doelgroep actief betrokken zijn in de ontwikkeling van programma's en activiteiten en in de besluitvorming.

In de hier beschreven studie gaat het om beide opvattingen van participatie. In het Europese project gaat het in eerste instantie om deelname aan gezondheidsbevordering op zich, dat wil zeggen om de toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidsbevorderende interventies. Daarnaast is in de Nederlandse bijdrage ook rekening gehouden met de ontwikkelingen op het terrein van actieve participatie, vooral bij de selectie van respondenten en de ontwikkeling van aanbevelingen.

Migranten

Het Europese project gebruikt de term 'migrants'. In Nederland is vooral de term 'allochtonen' gangbaar. Onder 'allochtonen' worden personen verstaan van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen personen die zelf in het buitenland zijn geboren (eerste generatie) en personen die in Nederland zijn geboren (tweede generatie). De Nederlandse bijdrage is gericht op de drie grootste niet-westerse groepen in Nederland: Turkse, Marokkaanse en Surinaamse migranten.

In deze publicatie gebruiken we de termen 'allochtonen' en 'migranten' door elkaar. Met de kanttekening dat het gebruik van dergelijke termen eenvormigheid en eenduidigheid suggereert die er niet is. Er zijn grote verschillen zijn tussen migranten onderling die mede afhankelijk zijn van sekse, leeftijd, het opleidingsniveau en de leefsituatie.

Gezondheidsbevordering

De preventieve gezondheidszorg richt zich op verschillende vormen van preventie die we als volgt kunnen clusteren (VWS, 2007):

1. Gezondheidsbescherming: het beperken van blootstelling aan gezondheidsbedreigende omgevingsaspecten door wetgeving, regelgeving, handhaving of daadwerkelijk ingrijpen in deze omgeving.
2. Ziektepreventie: het voorkomen of vroeg signaleren van ziekten.
3. Gezondheidsbevordering: het bevorderen van een gezonde leefstijl.

Het in deze publicatie beschreven onderzoek is gericht op het derde cluster van activiteiten.

2 *Stand van zaken*

2.1 *Inleiding*

Een voorwaarde van ZonMw voor cofinanciering van de Nederlandse bijdrage aan Healthy Inclusion was een literatuur- en documentenstudie (quick scan) naar de stand van zaken van gezondheidsbevordering voor allochtone groepen in Nederland. In juli 2008 is een search gedaan met de volgende zoektermen:

- Allochtone OF allochtonen, waar mogelijk getrunceerd: allochtone*.
- Diversiteit OF diversiteitsbeleid OF interculturalisatie daarbinnen.
- Gezondheidsbevordering OF preventie OF preventieve gezondheidszorg.

We hebben de volgende websites en een databank geraadpleegd: GGD-Nederland, GGD Kennisnet, LVG, Mikado, NIGZ, Nivel, Pharos, TNO Kwaliteit van leven, RIVM, SCP, Trimbos-instituut, VWS, ZonMw en de QUI-databank. Daarnaast hebben we vier sleutelpersonen geïnterviewd. Hieruit kwam naar voren dat er op dat moment drie programmeringstudies werden afgerond (Bekker & Van Mens-Verhulst, 2008; Kunst et al., 2008; Seeleman et al., 2008) voor het programma Etniciteit en Gezondheid van ZonMw. Daarnaast bleek dat Pharos een studie verrichtte voor het ministerie van VWS naar migranten, preventie en gezondheidszorg (Van Berkum & Smulders, 2010). Ook liep er een project van het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en AMC Sociale Geneeskunde over actieve participatie van allochtonen in gezondheidsbevordering, in vervolg op de verkennende studie *Diversiteit in participatie in gezondheidsbevordering* (Van Vliet et al., 2006) voor ZonMw.² In de beschrijving van de stand van zaken hebben we ons geconcentreerd op de bovengenoemde publicaties.

2 Van dit project waren op het moment van het schrijven van deze publicatie nog geen externe publicaties beschikbaar. We hebben met toestemming van de auteurs gebruikgemaakt van het eindverslag voor ZonMw en van een artikel in voorbereiding (Fienieg et al., 2010).

2.2 *Niet-westerse allochtonen in Nederland*

In 2007 telde Nederland 3,2 miljoen allochtonen (19,2% van de bevolking); in 2050 zullen dit er ongeveer 4,8 miljoen zijn (CBS Statline). Iets meer dan de helft (54,4%) zijn niet-westerse allochtonen. Onder 'allochtonen' worden personen verstaan van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen personen die zelf in het buitenland zijn geboren (eerste generatie) en personen die in Nederland zijn geboren (tweede generatie). Ongeveer twee derde van de niet-westerse allochtonen is van Turkse, Marokkaanse of Surinaamse afkomst (335.799). De grootste groep niet-westerse allochtonen wordt gevormd door Turken (21,2%), op de voet gevolgd door Surinamers (19,2%) en Marokkanen (19,0%).

De meeste niet-westerse allochtonen wonen in de grote steden, vooral in Rotterdam (35,7% van de bevolking), Amsterdam (34,5%) en Den Haag (32,6%), maar ook in Almere, Schiedam, Diemen en Utrecht, met meer dan 20% allochtonen. In de grote steden zijn allochtonen geconcentreerd in een beperkt aantal wijken.

2.3 *Verschillen in gezondheid en zorggebruik³*

Gezondheid

De gezondheidstoestand van allochtonen is over het algemeen minder goed dan die van autochtone Nederlanders. Socio-economische factoren verklaren de gezondheidsverschillen voor een deel, maar etniciteit is ook een autonome factor. Bepaalde gezondheidsproblemen en chronische aandoeningen komen vaker voor of hebben een specifiek verloop, zoals infectieziekten, hartziekten, diabetes en astma. Migranten met een subtropische achtergrond hebben bijvoorbeeld vaker sikkeldziekte en thalassaemie, vitamine D-deficiëntie, leverkanker en levercirrose. De ziektelast is bij niet-westerse allochtonen naar schatting 22% hoger dan bij autochtonen en wordt voornamelijk bepaald door een aantal chronische ziekten: diabetes, astma/COPD, beroerte/coronaire hartziekten en depressie, angststoornissen en psychosociale klachten. Diabetes komt bijvoorbeeld drie- tot zesmaal zo vaak voor. Vooral Hindoestanen hebben aanmerkelijk vaker diabetes. Meer onderzoek is nodig om de verschillen in gezondheid en de relatie met etniciteit te verklaren, maar ook meer kennis hierover bij zorgverleners.

Gezondheidsrelevant gedrag

Omdat onze studie is gericht op gezondheidsbevordering gaan we nader in op gezondheidsrelevant gedrag en verschillen in leefstijl die zijn gerelateerd aan risicofactoren. De verhoogde sterfte en prevalentie van diabetes mellitus in de meeste allochtone groepen wijst op de potentieel grote invloed van overgewicht en obesitas (Kunst et al., 2008). Onder de vier grootste allochtone groepen komen overgewicht en obesitas vaker voor dan onder autochtonen. Voedingspatronen en patronen

3 Gegevens over gezondheid: Kunst et al., 2008, Van Berkum & Smulders, 2010; gezondheidsrelevant gedrag: Kunst et al., 2008; verschillen in zorggebruik: Kunst et al., 2008, Seeleman et al., 2008, Van Berkum & Smulders, 2010; verschillen in gebruik van preventieve gezondheidszorg: Seeleman et al., 2008, Van Berkum & Smulders, 2010.

van lichamelijke activiteit kunnen overgewicht en obesitas in de hand werken. Weinig beweging en ongezonde voedingspatronen komen vaker voor onder migranten, maar hier zijn wel kanttekeningen bij te plaatsen. Er bestaan weliswaar grote verschillen in voedingspatronen tussen allochtone en autochtone groepen, maar het is niet duidelijk in hoeverre deze verschillen invloed hebben op het optreden van ziekten zoals hart- en vaatziekten. Ook is nog onbekend hoe gezond of ongezond bepaalde voedingspatronen zijn en of de totale energieconsumptie hoger is onder allochtone groepen. Daarnaast is de informatie over patronen van lichamelijke activiteit onder allochtone groepen nog fragmentarisch.

Er zijn ook positieve verschillen in gezondheidsrelevant gedrag: allochtonen roken minder, met uitzondering van Turkse mannen en Surinamers, en gebruiken minder alcohol. Er zijn wel aanwijzingen voor een geleidelijke toename van het roken onder groepen waar dit nu nog weinig voorkomt. Het alcoholgebruik is vooral lager onder groepen waarin de islam een belangrijke rol speelt.

Ongevallen in de privésfeer blijken onder allochtone groepen vaker voor te komen. Deze zouden niet alleen verband kunnen houden met grotere risico's in de woonomgeving van allochtone groepen, maar mogelijk ook met verschillen in veilig gedrag. Daarover is echter nog niets bekend.

Ook voor gezondheidsrelevant gedrag geldt dat naast een goede documentatie ook meer onderzoek nodig is naar de oorzaken van verschillen. Inzichten in risicofactoren kunnen aanknopingspunten bieden voor preventie.

Zorggebruik

Ook het zorggebruik van allochtonen wijkt af van dat van autochtone Nederlanders. Vooral bij Turken en Marokkanen is sprake van overconsumptie van bepaalde voorzieningen zoals de huisarts, terwijl er bij andere voorzieningen, zoals specialistische zorg, sprake is van ondergebruik. In de eerste lijn is bij allochtonen het gebruik van de huisartsenzorg, jeugdgezondheidszorg, fysiotherapie en algemeen maatschappelijk werk hoger dan bij autochtonen en er worden meer medicijnen voorgeschreven. Van prenatale zorg, kraamzorg, thuiszorg en palliatieve zorg wordt juist minder gebruikgemaakt. Overigens is er een verschil tussen formele en ervaren toegankelijkheid van de zorg: zowel zorgverleners als allochtonen geven aan dat 'shoppen' veelvuldig voorkomt. Ook is er discrepantie wat betreft medicijngebruik: zorgverleners schrijven meer medicijnen voor aan allochtonen terwijl die zelf juist een lager geneesmiddelengebruik rapporteren. In de tweede lijn gaan vooral Turken en Marokkanen minder vaak naar de specialist en het ziekenhuis dan autochtonen met vergelijkbare sociaaleconomische status (SES) en gezondheidstoestand. Ook maken migranten minder vaak gebruik van ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Ook hier is meer onderzoek nodig om de verschillen te verklaren.

Gebruik preventieve gezondheidszorg

Over het gebruik van preventieve gezondheidszorg is weinig bekend. De onderzoeken hebben vooral betrekking op deelname aan preventieprogramma's en gebruik van klinisch genetische zorg. Allochtone vrouwen nemen minder vaak deel aan primaire preventieprogramma's (foliumzuur), secundaire preventieprogramma's (bevolkingsonderzoeken naar borst- en baarmoederhalskanker) en klinisch genetische zorg (Seeleman et al., 2008). Van Berkum en Smulders (2010) constateren dat veel

preventieve interventies en activiteiten allochtonen minder goed bereiken.⁴ Er zijn volgens hen ook programma die wel positieve resultaten bereiken, zoals het bewegingsprogramma Big!Move, Bewegen op Recept en andere programma's op lokaal niveau. Het gaat dan voornamelijk om programma's die op wijkniveau allochtonen actief bij hun activiteiten betrekken. Meer inzicht in het gebruik, bereik en effectiviteit van gezondheidsbevordering is gewenst. Het Verwey-Jonker Instituut heeft voor de toetsing van interventies op hun geschiktheid en effectiviteit voor diverse (etnische) doelgroepen een meetladder ontwikkeld (Pels et al., 2009).

Oorzaken van en verklaringen voor gezondheidsverschillen

In de literatuur worden verschillende oorzaken voor de negatieve gezondheidsverschillen gegeven. Naast sociaaleconomische omstandigheden spelen etnische factoren een onafhankelijke rol. Van Berkum en Smulders (2010) noemen de volgende etnische factoren: genetische verschillen, leefstijlverschillen, culturele verschillen in gedrag en in visie op lichaam/geest, ziekte en behandeling en verschillen in zorgconsumptie en zorggedrag. Daarnaast noemen zij als oorzaken onvoldoende kennis van de werking van het lichaam en het gezondheidszorgsysteem, minder effectieve zorg en preventie, elementen uit de migratiegeschiedenis zelf en bij vluchtelingen de duur van de asielprocedure. Het door Seeleman en collega's (2008) gehanteerde ordeningsmodel biedt handvatten voor systematisch onderzoek naar de toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg. Dit model bevat verklaringen en uitkomsten. Verklaringen hebben betrekking op de kenmerken van de zorg en van de patiënt⁵, het zorgaanbod (zorgverlener, instelling), de zorgbehoefte en relatiefactoren zoals de communicatie tussen hulpverlener en patiënt. Uitkomsten zijn de toegankelijkheid van de zorg, de kwaliteit van de zorg en de gezondheidsuitkomsten.

2.4 Gezondheidsbeleid en gezondheidsbevordering gericht op migranten

De overheid voert beleid om een gezonde leefstijl te bevorderen. Hoewel de gezondheid van Nederlanders in ruim anderhalve eeuw enorm is vooruitgegaan, stagneert de verbetering nu. Om dit om te buigen richt de overheid zich op vijf speerpunten: overgewicht, roken, overmatig alcoholgebruik, diabetes en depressie (VWS, 2007). De visie op gezondheid en preventie verwijst naar de analyse van het RIVM dat sociaaleconomische en etnische gezondheidsachterstanden de afgelopen decennia hardnekkig zijn gebleken en dat zij bovendien sterk zijn verweven met achterstanden op andere terreinen. Het beleid van het ministerie van VWS is gericht op het tegengaan en verkleinen van gezondheidsachterstanden van mensen die in een kwetsbare positie verkeren, waaronder allochtonen. In het beleidsplan 'Naar een weerbare samenleving' voor de aanpak van gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden (VWS, 2008) is expliciet aandacht voor allochtonen. In het beleidsplan is aangegeven dat het nodig kan zijn de aanpak specifiek op allochtonen te richten om de effectiviteit van de interventies te vergroten. In het kader van het boeken van

4 Dit constateren de auteurs waarschijnlijk op basis van de gevoerde gesprekken en gehouden interviews. Zij verwijzen hier niet naar literatuur. In de bestudeerde literatuurstudies hebben we hierover geen gegevens gevonden.

5 Het model heeft betrekking op de gezondheidszorg in het algemeen. De term 'patiënt' is minder adequaat voor de preventie en gezondheidsbevordering.

gezondheidswinst wijst het beleidsplan ook op de noodzaak van intersectorale samenwerking op rijksniveau en lokaal niveau. Een gezonde leefomgeving met voldoende sport- en beweegmogelijkheden, de werkplek, een goede opleiding en een maatschappij waarin mensen zich veilig voelen dragen bij aan een goede gezondheid. Werkgevers, bedrijven, zorgverzekeraars, het onderwijs, de rijksoverheid en vooral ook de gemeenten hebben een taak in de fysieke en sociale omgeving waarbinnen mensen zich begeven (VWS, 2009).

In het werkveld staan gezondheidsbevordering gericht op allochtone groepen en actieve participatie van mensen uit de doelgroep daarbij al een aantal jaren op de agenda (Van Vliet et al., 2006). In de afgelopen jaren zijn er vooral in de grote steden veel interventies voor allochtone groepen ontwikkeld of aangepast, getuige de vele projecten die wij ook al in 2006 vonden. Deze zijn echter vaak projectmatig opgezet en kleinschalig en dus van beperkte duur en met een beperkt bereik.

2.5 Participatie in gezondheidsbevordering

Zoals beschreven in paragraaf 1.2 kan het begrip ‘participatie’ op verschillende manieren worden opgevat. In deze paragraaf gaat het om actieve of doelgroep participatie van allochtonen in gezondheidsbevordering. In 2006 is hiernaar een verkennende studie gedaan (Van Vliet et al., 2006). We concludeerden toen dat, getuige de hoeveelheid projecten die zijn gevonden, de participatie van allochtonen in gezondheidsbevorderende interventies zeker op de agenda van het werkveld staat. De kennis over participatie van allochtonen is echter gefragmenteerd en beperkt en de randvoorwaarden voor participatie zijn in het beleid nog niet aanwezig. Er is weinig informatie of kennis beschikbaar over wat specifiek is aan doelgroep participatie van allochtonen. Actieve participatie vindt vooral plaats in de praktijk en op projectniveau en krijgt voornamelijk gestalte via wijkgericht werken aan gezondheid in de bredere context van leefbaarheid en sociale cohesie. In een aantal projecten bleek de doelgroep vanaf de beginfase erbij betrokken en speelde de doelgroep een rol bij zowel de planvorming als de uitvoering van het project.

In vervolg op de verkennende studie hebben het NIGZ en AMC Sociale Geneeskunde een onderzoek uitgevoerd naar actieve of doelgroep participatie van allochtonen in gezondheidsbevordering. Het project heeft een toolkit opgeleverd (NIGZ, Toolkit Participatie door Allochtonen). In het eindverslag voor ZonMw zijn de resultaten samengevat (Stronks et al., 2009). Er is een systematische analyse verricht van de ervaringen met het bevorderen van participatie in gezondheidsbevordering onder niet-westerse bevolkingsgroepen in Nederland. In deze studie is de toepassing van het werkprincipe ‘doelgroep participatie’ bestudeerd in vier, op niet-westerse allochtonen gerichte (pilot)projecten. In de projecten speelden leden van de beoogde einddoelgroepen een actieve rol in de planning- en actiecyclus van gezondheidsbevorderende interventies, met als doel betere resultaten. De projecten zijn geëvalueerd op mate en wijze van participatie, het succes van de participatie in termen van realisatie en directe uitkomsten en de succes- en faalfactoren die hierbij van invloed waren. Het werkprincipe van doelgroep participatie is nader geoperationaliseerd naar een voor de bestudeerde praktijk relevant begrippenkader. Ook is een dieptestudie gedaan naar de motieven die de participanten bewogen om aan de projecten deel te nemen.

In één pilot vond eenmalige, consultatieve participatie door (eerste generatie) Turkse en Marokkaanse mannen plaats. In de andere drie pilots zijn naast consultatieve ook langduriger, interactieve/functionele vormen van participatie gerealiseerd. De participanten hadden voornamelijk een Surinaamse, Turkse of Marokkaanse achtergrond en behoorden zowel tot de eerste als de tweede generatie. De overige participanten waren van diverse origine, waaronder Kaapverdiaans, Ghanees, Iraaks en Bosnisch. De mate van en wijze waarop zij in elk van projecten actief participeerden bleek het beste te vergelijken te zijn aan de hand van de rollen die zij speelden. De volgende condities bleken het meest van invloed te zijn op de successen en tegenvallers in de realisatie van participatie: duidelijkheid over de participatieve onderneming (en de participanten centraal stellen), actiegerichtheid en voldoende handelingsperspectief, een persoonlijke benadering en behandeling, aandacht voor de sociale en groepscomponent, competente professionals en, ten slotte, voldoende tijd. Hoewel de factoren een algemene geldigheid lijken te hebben, bleek ook dat ze voor verschillende subgroepen vaak een verschillende inkleuring hadden.

De motieven van allochtonen om een actieve rol te spelen in gezondheidsbevorderende interventies zijn onderzocht bij 24 respondenten (Fienieg et al., 2010). Uit het onderzoek zijn de volgende hoofdmotieven naar voren gekomen: doelgerichte actie, zelfontplooiing, voorbeeldstatus, en dienstbaarheid en reciprociteit. Deze basismotieven gingen gepaard met verschillende patronen van onderliggende persoonlijke behoeften en wensen, zoals die tot uiting kwamen in het participatieproces. Het is belangrijk om in de ondersteuning en waardering aan te sluiten bij de motieven van de participant.

2.6 *Samenvatting en conclusies*

De gezondheidstoestand van allochtonen is over het algemeen minder goed dan die van autochtone Nederlanders. Sociaaleconomische factoren verklaren de gezondheidsverschillen voor een deel, maar etniciteit is ook een autonome factor. Bepaalde gezondheidsproblemen en chronische aandoeningen komen vaker voor of hebben een specifiek verloop. Wat betreft risicofactoren en gezondheidsrelevant gedrag blijken niet-westerse allochtonen vaker (ernstig) overgewicht en minder beweging te hebben dan autochtonen. Er bestaan ook grote verschillen in voedingspatronen tussen allochtone en autochtone groepen, maar het is niet duidelijk in hoeverre deze verschillen invloed hebben op het optreden van ziekten en hoe gezond of ongezond bepaalde voedingspatronen zijn. Ook het zorggebruik van allochtonen wijkt af van dat van autochtone Nederlanders. Vooral bij Turken en Marokkanen is sprake van overconsumptie van bepaalde voorzieningen zoals de huisarts, terwijl er bij andere voorzieningen, zoals specialistische zorg, sprake is van ondergebruik. Over het gebruik van preventieve gezondheidszorg is weinig bekend, vooral wat betreft gezondheidsbevordering. Op lokaal niveau zijn er vooral in de grote steden (kleinschalige) wijkgerichte initiatieven die allochtonen weten te bereiken.

Uit de stand van zaken komt vooral naar voren dat nog veel kennis nodig is om de verschillen in gezondheid, risicofactoren en gezondheidsrelevant gedrag, zorgconsumptie en de relatie met etniciteit te verklaren. Ook is meer kennis hierover bij zorgverleners gewenst. Het ordeningsmodel van Seeleman en collega's (2008) biedt een basis voor systematisch onderzoek naar de verschillende beïnvloedende factoren.

Actieve participatie van de doelgroep in de verschillende fasen van de planning- en actiecyclus bevordert het succes van een interventie. Actieve participatie kan verschillende vormen aannemen (consultatieve, interactieve en functionele participatie). De participanten kunnen verschillende rollen op zich nemen die samengaan met bepaalde motieven om te participeren. Het is van belang om rekening te houden met de condities die van invloed zijn op participatie. Het gaat hierbij vooral om duidelijkheid over de participatieve onderneming (en de participanten centraal stellen), actiegerichtheid en voldoende handelingsperspectief, een persoonlijke benadering en behandeling, aandacht voor de sociale en groepscomponent, competente professionals en voldoende tijd. Het is ook van belang om in de ondersteuning en waardering van participanten rekening te houden met hun motieven.

3 *Perspectieven van aanbieders op participatie van migranten in gezondheidsbevordering*

3.1 *Inleiding*

In dit hoofdstuk vatten we de resultaten samen van het eerste deelonderzoek van het project Healthy Inclusion naar de visie van aanbieders op gezondheidsbevordering van migranten. Voor een uitgebreide beschrijving van de resultaten verwijzen we naar de Engelstalige rapportage 'Healthy Inclusion. Providers' perspectives on participation of migrants in health promotion in the Netherlands' (Van Vliet, et al., 2008).

Voor de deelonderzoeken naar de visie van aanbieders en migranten zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Participeren allochtonen in gezondheidsbevorderende activiteiten?
2. Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren voor de deelname van allochtonen aan gezondheidsbevorderende interventies? Wat is de invloed van beelden over ziekte/gezondheid op de deelname aan gezondheidsbevordering?
3. Welke strategieën en oplossingen worden gebruikt om de toegankelijkheid te verbeteren?

We hebben de gegevens verzameld via literatuur- en bronnenonderzoek en interviews. Om informatie te verkrijgen over het beleid en de praktijk van gezondheidsbevordering in relatie tot allochtonen in Nederland, hebben we onderzoek gedaan in nationale literatuur- en projectbestanden en nationale websites van organisaties op het terrein van publieke gezondheid. We hebben de volgende zoektermen gebruikt: allochtonen/diversiteit/interculturalisatie en preventie/preventieve gezondheidszorg/gezondheidsbevordering.

Daarnaast vonden vijftien semigestructureerde kwalitatieve interviews plaats met aanbieders van interventies gericht op gezondheidsbevordering. Deze aanbieders zijn geselecteerd op basis van de resultaten van het literatuur- en bronnenonderzoek, het kennisbestand van het Verwey-Jonker Instituut, consultatie van experts en de voor het project geformuleerde inclusiecriteria (Zie bijlage 1 voor een overzicht van de geselecteerde aanbieders en interventies).

Het merendeel van de respondenten is werkzaam bij een GGD (4), een GGZ-instelling (4) of een gezondheidscentrum (2). GGD's zijn de belangrijkste aanbieder van preventie en gezondheidsbevor-

dering. Andere organisaties, zoals de thuiszorg, bieden dergelijke activiteiten aan in aanvulling op (gezondheids)zorg. De activiteiten op dit terrein worden gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en projectfinanciering (voor ZonMw). De Wet publieke gezondheid, (in toenemende mate) de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en het krachtwijkenbeleid zijn belangrijke financieringsbronnen op lokaal niveau. De meeste organisaties bieden zorg en preventie voor de hele bevolking, maar in de grote steden of regio's met veel allochtonen richten de activiteiten zich vooral op kwetsbare groepen (lage sociaaleconomische status, allochtonen, ouderen) of op mensen met specifieke problemen. De meeste organisaties werken in verschillende settings. De belangrijkste zijn de buurt (10), het buurtcentrum (10), het gezondheidscentrum (7) en de school (8). Bij alle organisaties nemen allochtonen deel aan activiteiten en de meeste organisaties (11) hebben beleid om de deelname van allochtonen te bevorderen. De meeste organisaties bieden verschillende soorten interventies. Vooral die van de GGD's hebben betrekking op het bevorderen van een gezonde leefstijl. Thema's zijn: alcohol- en drugsgebruik en roken; overgewicht/obesitas, bewegen en gezond eten en ook psychosociale problemen (depressie, eenzaamheid). De meest algemene vorm is het geven van informatie, advies en ondersteuning in bijeenkomsten of cursussen. Sommige organisaties bieden individuele ondersteuning aan. Daarnaast worden andere methoden gebruikt zoals brochures en mediacampagnes.

3.2 *Participatie van allochtonen in gezondheidsbevorderende interventies*

Tien van de zestien onderzochte interventies richten zich speciaal op allochtonen. In drie van de overige zes interventies die geen etnisch specifieke doelgroepen onderscheiden, participeren ook allochtonen. Deze interventies richten zich op mensen met een lage sociaaleconomische status.

'Wij kijken niet naar etniciteit als zodanig. Wij proberen inactieve mensen te bereiken en hen ervan te overtuigen deel te nemen aan ons programma. Dit is niet speciaal voor allochtonen, hoewel er wel allochtonen meedoen.'

Aangezien veel allochtonen tot deze categorie behoren, lukt het met deze interventies om allochtone deelnemers te krijgen. De interventies die speciaal zijn gericht op migranten wijken wat betreft onderwerp en doel van de gezondheidsbevordering niet af van interventies die voor een algemeen publiek zijn bedoeld.

De allochtonen die deelnemen aan gezondheidsbevorderende interventies zijn zeer divers naar etnische afkomst, maar hebben over het algemeen een lage sociaaleconomische status. Veel van de deelnemende allochtonen wonen al lang in Nederland (30-40 jaar). De mate van integratie van de deelnemers laat een grote variatie zien. De gezondheidstoestand van de allochtone deelnemers is over het algemeen minder gunstig dan die van de gehele bevolking.

'We moeten [daarom] een duidelijk beeld hebben van de leefsituatie van de doelgroep: wat gebeurt er in hun dagelijks leven, wat zijn de dingen die leven in een achterstandsbuurt onzeker maken, wat zijn obstakels voor gezond leven en wat gebeurt er als problemen zich opstapelen? Als je effectieve methoden wilt zoeken, dan moet je eerst weten hoe mensen leven, hoe ze denken over hun gezondheid et cetera.'

Belemmerende en bevorderende factoren bij deelname van allochtonen hebben vooral betrekking op wervingsstrategieën: deze zouden persoonlijk en outreachend moeten zijn. Daarnaast blijken gezondheidsbevorderende interventies voor een algemeen publiek vaak te theoretisch en te verbaal. Ook de beschikbaarheid van materiaal en communicatiemogelijkheden in de eigen taal blijken belangrijk. Het gaat bijvoorbeeld om vertaalde folders, maar ook om intermediairs uit de eigen doelgroep, de beschikbaarheid van vertalers en een gevarieerde etnische samenstelling van het personeelsbestand van de gezondheidsbevorderende instantie. Ook de setting waarin de interventies plaatsvinden is van belang: deze moet letterlijk en figuurlijk dicht bij huis zijn.

‘Voor vrouwen zou de interventie moeten plaatsvinden onder schooltijd. Voor mannen juist in de avond. Voor vrouwen is het ideaal om de interventie op school te verzorgen, voor mannen kun je bijvoorbeeld denken aan een moskee.’

Tot slot spelen ook de eventuele kosten een rol: kosten voor deelname zouden laag of nihil moeten zijn.

Als we kijken naar de beslissende factoren voor deelname van migranten aan gezondheidsbevorderende interventies op het niveau van de aanbieders, dan komt vooral het belang naar voren van de professionele en interculturele competenties van een etnisch diverse groep gezondheidsbevoorraders. Een grote mate van professionaliteit is nodig om adequaat tegemoet te komen aan de vragen en behoeften van de doelgroep.

‘Het trainen van personeel in sociale competenties vind ik bijna nog belangrijker dan trainen in culturele competenties.’

Daarnaast is een open, flexibele en respectvolle houding noodzakelijk. Ook het aanbieden van trainingen in interculturele competenties en het leren van (effectief gebleken) strategieën om allochtonen te bereiken en te ondersteunen zijn van groot belang.

Op het niveau van allochtonen blijken vooral de volgende factoren een rol te spelen bij de deelname aan gezondheidsbevorderende interventies: een lage sociaaleconomische status, verschillende perspectieven of ideeën over gezondheid en ziekte, (on)voldoende vertrouwen in de mogelijkheden om de eigen gezondheid te kunnen beïnvloeden en de mate van integratie in de Nederlandse samenleving.

‘Mensen van Turkse en Marokkaanse komaf zien overgewicht soms in een positief licht, zo van: die heeft het goed. Terwijl wij denken: die is gewoon hartstikke dik.’

Uit de interviews met de aanbieders kunnen we de volgende goede praktijken afleiden:

- Het betrekken van de beoogde doelgroep in alle stadia van de interventie (vanaf de ontwikkelingsfase).
- Het aanpassen van goede interventies voor een algemene doelgroep aan de vragen en behoeften van allochtonen.
- Een goede inbedding van de interventie in een keten van steun of zorg.
- Het toepassen van een combinatie van gezondheidseducatie en fysieke activiteiten.

3.3 *Beleid van organisaties om de participatie van allochtonen te verbeteren*

Het beleid van de geïnterviewde organisaties concentreert zich enerzijds op personen met een andere etnische achtergrond (interculturalisatiebeleid) en anderzijds op personen met een lage sociaaleconomische status. De meeste aanbieders stellen dat het feit dat zij allochtonen bereiken laat zien dat hun ingezette beleid effectief is.

Bevorderende factoren hierbij zijn een etnisch divers personeelsbestand waarvan de medewerkers getraind zijn in interculturele competenties. Daarnaast beschikt de aanbieder over een relevant netwerk van andere professionals en allochtone groepen/zelforganisaties en wordt het beleid ondersteund en gevoed door (innovatief) onderzoek. Tot slot is het van belang dat de gehele organisatie, dus vooral ook het management, het beleid steunt om gezondheidsbevorderende interventies (meer) toegankelijk te maken voor allochtonen.

Als het gaat om het verbeteren van de toegankelijkheid en het gebruik van gezondheidsbevorderende interventies voor allochtonen, onderstrepen de geïnterviewde aanbieders het belang op organisatieniveau van goede samenwerkingsafspraken en relaties met migranten(zelf)organisaties, maar ook met relevante personen in buurten en wijken.

‘De beste methode om mensen te betrekken, is om je zelf op te stellen als leek en hen als experts aan te spreken.’

Daarnaast is de beschikbaarheid van intermediairs, vertalers en andere ‘interculturele experts’ van belang. Deze moeten worden ingezet in alle afdelingen van de organisatie, om zo hun kennis van en ervaringen met het werken met allochtone groepen te kunnen delen. Ondersteunend of innovatief onderzoek is hierbij ook belangrijk.

3.4 *Overheidsbeleid om de participatie van allochtonen te verbeteren*

Zowel de nationale overheid als de lokale overheden, vooral die in de steden met grote groepen allochtonen, hebben beleid om de gezondheid en de gezondheidszorg te verbeteren voor risicogroepen in het algemeen en allochtonen in het bijzonder. De geïnterviewde aanbieders ervaren dit beleid als zeer ondersteunend. Bij sommige interventies geldt dat ook voor het krachtwijkenbeleid.

Volgens de respondenten zijn de belangrijkste bevorderende factoren de prioriteit die het beleid geeft aan het bevorderen van de gezondheid, het verbeteren van de gezondheidszorg en de participatie van allochtonen en de verbinding en samenwerking met partners in de buurt of op lokaal niveau.

‘Onze missie zegt dat we alle inwoners van Rotterdam willen bereiken. Als 50% van de Rotterdamse bevolking uit allochtonen bestaat, dan betekent dit dat ook ten minste 50% van ons cliëntenbestand van allochtone komaf moet zijn.’

De belangrijkste belemmerende factoren zijn gebrek aan structurele financiering en onduidelijkheid over toekomstige financiering en gebrek aan informatie (cijfers op wijk-/lokaal/regionaal niveau) over de gezondheid van en gezondheidszorg voor allochtonen. Een andere factor die belemmerend werkt is het gebrek aan culturele sensitiviteit en cultuurspecifieke informatie en aan instrumenten bij de samenwerkende of verwijzende organisaties en professionals. De respondenten noemden dan ook als belangrijkste voorwaarden: het verschaffen van adequate financiële middelen op de langere termijn door lokale overheden om de verdere ontwikkeling en continuïteit van de activiteiten te garanderen, lokale gegevens over de gezondheid van en de gezondheidszorg voor allochtonen en een sociale kaart. Bovendien zijn van belang: 1) aandacht voor interculturalisatie en rekening houden met diversiteit in het hele veld van gezondheidsbevordering en preventieve gezondheidszorg en 2) meer inzicht in en expertise over behoeften gerelateerd aan attitudes en percepties van de gezondheid van en gezondheidszorg voor mensen met een verschillende achtergrond.

4 *Perspectieven van migranten op participatie in gezondheidsbevordering*

4.1 *Inleiding*

Dit hoofdstuk vat de resultaten samen van het tweede deelonderzoek van Healthy Inclusion naar perspectieven van migranten op participatie in gezondheidsbevordering. Een uitgebreid verslag van de resultaten is te vinden in het Engelstalige rapport ‘Healthy Inclusion. Migrants’ perspectives on participation in health promotion in the Netherlands’ (De Gruijter et al., 2009).

Voor dit deelonderzoek hebben we twee onderzoeksgroepen gedefinieerd:

1. Allochtonen die deelnemen of hebben deelgenomen aan gezondheidsbevorderende activiteiten.
2. allochtonen die niet deelnemen of hebben deelgenomen aan gezondheidsbevorderende activiteiten.

Voor beide onderzoeksgroepen zijn respondenten geworven uit de drie grootste groepen niet-westerse allochtonen in Nederland, namelijk allochtonen van Turkse, Marokkaanse of Surinaamse afkomst die zijn geboren zijn in het land van herkomst (eerste generatie). Per onderzoeksgroep konden tien interviews plaatsvinden. Omdat de Turkse groep het grootst is in Nederland, is gekozen voor de volgende aantallen respondenten: acht Turkse, zes Marokkaanse en zes Surinaamse respondenten in een evenredige verdeling over de twee onderzoeksgroepen. We hebben voor het afnemen van de interviews drie vrouwelijke interviewers geworven, een van Marokkaanse, een van Turkse en een van Surinaamse afkomst. Zij hadden de opdracht om een deel van de respondenten te werven. Eerst zijn de respondenten geworven die wel gebruikmaken van gezondheidsbevorderende activiteiten. Hierbij is gestreefd naar variatie wat betreft geslacht, opleidingsniveau en leeftijd in de etnische groepen.

De werving van de migranten die wel gebruikmaken van het aanbod vond plaats via enkele aanbieders die in het eerste deelonderzoek zijn geïnterviewd (Van Vliet, de Gruijter & Bulsink, 2009). Daarna zijn de respondenten geworven die niet gebruikmaken van het aanbod in eigen kring (familie of kennissen) (6), via een zelforganisatie (2) en via migrantenwerkers van een zorgorganisatie (2). De interviewers kregen de opdracht mee om respondenten voor de groep niet-deelnemers te zoeken die zoveel mogelijk overeenkwamen met de groep deelnemers wat betreft geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Dat is uiteindelijk niet helemaal gelukt. De deelnemersgroep is gemiddeld ouder en iets lager opgeleid dan de groep niet-deelnemers. De reden hiervoor is dat de interviewers

in eigen kring hebben geworven. Vooral de Marokkaanse interviewer heeft bij de niet-deelnemers alleen jonge hoogopgeleide vrouwen geïnterviewd. Zowel de groep deelnemers als de groep niet-deelnemers bestaat uit meer vrouwelijke dan mannelijke respondenten. De Turkse interviewer heeft tijdens het wervingsproces aangegeven dat het moeilijk was om mannelijke respondenten te vinden. Wellicht speelde het geslacht van de interviewers hierbij een rol. Misschien is het lastiger voor een Turkse en een Marokkaanse vrouwelijke interviewer om in contact te komen met een man en hebben zij zelf meer moeite om een man te interviewen dan een vrouw. In bijlage 2 is een tabel opgenomen van de kenmerken van de geïnterviewde respondenten.

De interviews zijn gehouden met een vragenlijst die is vertaald in de eigen taal van de respondenten. De interviewers hebben voorafgaand aan de interviews een training gehad en er heeft tussentijds en na afloop overleg met hen plaatsgevonden, vooral over de werving van de respondenten. De interviews zijn opgenomen op de band en letterlijk uitgewerkt. De ruwe data zijn gecodeerd aan de hand van een themalijst. De themalijst is opgesteld op basis van de vragenlijst en de al beschikbare kennis uit het eerste deelonderzoek. De antwoorden zijn per thema geanalyseerd door te zoeken naar patronen in de antwoorden, deze samen te vatten en te analyseren in de context van de reeds bestaande kennis en de onderzoeksvragen.

4.2 *Kenmerken van de respondenten*

Van de respondenten hebben er acht een Turkse, zes een Marokkaanse en zes een Surinaamse achtergrond. In de groep deelnemers zijn zeven vrouwen en drie mannen geïnterviewd en in de groep niet-deelnemers negen vrouwen en één man. Een reden voor deze scheve verdeling is dat het lastig bleek om mannelijke respondenten te werven. De gemiddelde leeftijd van de groep deelnemers is 49 jaar, de jongste is 32 en de oudste 65 jaar. De leeftijd in de groep niet-deelnemers is gemiddeld 37 jaar en varieert van 20 tot 67 jaar. Het opleidingsniveau van de deelnemers varieert van geen opleiding tot mbo. Het gemiddelde opleidingsniveau van de niet-deelnemers is iets hoger en varieert van lo tot hbo en universiteit. De deelnemersgroep woont gemiddeld al 32 jaar in Nederland en de niet-deelnemersgroep 25 jaar. Voor de overgrote meerderheid van zowel de deelnemers als de niet-deelnemers was gezinshereniging of gezinsvorming indertijd de reden om naar Nederland te komen. De meerderheid woont in gezinsverband met partner (1), partner en kinderen (9), met kinderen (eenoudergezin) (4) of met ouders en eventueel broers en/of zussen (3). Onder de deelnemers zijn er drie alleenstaanden. Onder de niet-deelnemers zijn er drie eenoudergezinnen. De verschillen tussen de deelnemers en de niet-deelnemers hangen vooral samen met de werving van drie jonge hoogopgeleide Marokkaanse respondenten voor de groep niet-deelnemers.

Een minderheid van de respondenten (6 van de 20) heeft betaald werk (in deeltijd). Bijna de helft werkt niet vanwege werkloosheid (2), arbeidsongeschiktheid (6) of vervroegd pensioen (1). Het aantal arbeidsongeschikten is groter onder de deelnemers (4) dan onder de niet-deelnemers (2). Twee respondenten werken in het gezin/huishouden en drie respondenten volgen een opleiding. Het grotere aantal arbeidsongeschikten in de groep deelnemers heeft wellicht te maken met de hogere leeftijd en een slechtere gezondheid. De helft van de respondenten geeft aan niet moeilijk, maar ook niet makkelijk te kunnen rondkomen van het totale huishoudinkomen. Vier respondenten kunnen

gemakkelijk rondkomen en vijf respondenten (zeer) moeilijk. Er zijn wat dit betreft geen verschillen tussen de deelnemers en de niet-deelnemers.

De meeste respondenten spreken redelijk tot goed Nederlands en voelen zich redelijk geaccepteerd in Nederland, zeker in hun directe omgeving. Wel met de kanttekening dat er de laatste jaren sprake is van een negatieve verandering van houding en sfeer jegens buitenlanders.

'Nederland [...] is veranderd. Vroeger waren we hier als migranten of Marokkanen gewild, omdat ze ons toen nodig hadden voor de economie. Nu hebben ze niets meer aan ons, dus zijn we ook niet meer gewild. [...] Vroeger waren Nederlanders aardiger tegen ons. Nu zijn ze je naam zelfs in de fabriek waar je 33 jaar hebt gewerkt, vergeten.' (deelnemer, Marokkaans, man, 60 jaar)

De respondenten hechten in het algemeen wel aan hun eigen culturele gewoontes en tradities en willen deze ook aan hun kinderen overdragen. Sommigen voelen zich ook Nederlander en willen het goede uit beide culturen overnemen. Er zijn wat dit betreft geen duidelijke verschillen tussen de twee onderzoeksgroepen. De deelnemers schatten hun beheersing van de Nederlandse taal iets lager in dan de niet-deelnemers. Dit kan samenhangen met de hogere gemiddelde leeftijd en het iets lagere opleidingsniveau van de groep deelnemers.

4.3 *Perceptie van gezondheid en beleving van de eigen gezondheid*

Alle respondenten zeggen gezondheid (heel) belangrijk te vinden. De meesten formuleren gezondheid als een randvoorwaarde om (goed) te kunnen leven. De afwezigheid van gezondheid zien zij als een beperking, die behalve op de zieke ook impact heeft op anderen, vooral familieleden. De meerderheid van de respondenten stelt dan ook dat iedereen - naar eigen vermogen - zoveel mogelijk zelf verantwoordelijkheid dient te dragen voor de eigen gezondheid.

Desgevraagd zegt bijna de helft van de respondenten zich goed gezond te voelen. Iets minder dan de helft voelt zich 'er tussenin', kortom, niet goed en niet slecht. Drie respondenten zeggen een slechte gezondheid te hebben. Meer niet-deelnemers dan deelnemers voelen zich gezond en meer deelnemers dan niet-deelnemers stellen over een slechte gezondheid te beschikken. Behalve lichamelijke problemen noemen de respondenten vooral ook psychische problemen. Deze variëren van het zich soms neerslachtig voelen of melancholiek zijn tot gediagnosticeerde depressies. De meeste respondenten leggen een verband tussen lichamelijke en geestelijke klachten: het een beïnvloedt het ander.

4.4 *Zorgconsumptie en gezondheidsgedrag*

Acht van de twintig respondenten gebruiken medicijnen. De variatie in de frequentie van het huisartsenbezoek is groot: van minder dan een keer per jaar tot om de twee weken.

De meeste respondenten zijn tevreden over de huisarts. Degenen die in het verleden niet tevreden waren zijn van huisarts veranderd. Er is vooral waardering voor de persoonlijke betrokkenheid van de huisarts en zijn of haar interesse in de achtergrond, vragen en behoeften van de patiënt.

'Hij is al meer dan 36 jaar mijn huisarts. Hij kent mij door en door en stelt niet te veel vragen. En hij weet precies wat er met mij aan de hand is. En hij luistert dan ook heel goed. Het is iemand die begrip heeft en ook heel meegaand is in de Hindoestaanse cultuur. Hij weet er erg veel van, want hij is getrouwd met een Hindoestaanse. Dus hij weet het wel.' (deelnemer, Surinaams, man, 37 jaar)

Ook al zijn de respondenten over het algemeen redelijk tevreden, er zijn wel klachten. Die hebben meestal te maken met het voorschrijfbeleid van de huisarts. Een aantal respondenten stelt dat de huisarts sneller en vaker medicijnen moet voorschrijven, in plaats van de klachten te bagatelliseren of toe te schrijven aan psychische problemen. Daarnaast vinden sommige respondenten de huisarts bovendien te streng of te afwachtend als het gaat om het doorverwijzen naar een specialist. Naast de huisarts noemen de respondenten in de interviews de volgende zorgprofessionals waarvan zij gebruikmaken: allochtone zorgconsulenten, fysiotherapeuten, een psycholoog, een psychotherapeut, specialisten in het ziekenhuis, diëtisten, wijkverpleegkundigen en een maatschappelijk werker.

Het gezondheidsgedrag hebben wij onder andere in kaart gebracht door de respondenten te vragen wat zij doen als zij zich niet goed voelen. Bijna alle respondenten hebben de vraag opgevat als van toepassing zijnde op zowel het lichamelijke als het psychische welzijn. De meeste respondenten passen een mix toe van uitrusten, op bed liggen en binnen blijven en het zoeken van afleiding en ontspanning. Opvallend is dat slechts een enkeling zegt niets te kunnen ondernemen als men zich niet goed voelt. De helft van de respondenten beoefent een sport en de meeste (andere) respondenten zeggen actief te zijn in de vorm van wandelen en/of fietsen. Kortom, slechts een enkeling zegt niet lichamenlijk actief te zijn. Niettemin menen veel andere respondenten dat het wel beter zou kunnen, zeker gezien het feit dat alle respondenten het belang van sporten en bewegen voor de gezondheid ruimhartig onderschrijven. Zij achten sporten vooral van belang voor het verbeteren van de lichamenlijke conditie en voor de ontspanning van lichaam en geest.

'Ga je sporten, dan kikker je op. Het pept je op. Het is een oppepmiddel. Je voelt je goed.'
(deelnemer, Surinaams, man, 66 jaar)

Een aantal respondenten zegt ook te (willen) sporten om af te vallen of om op gewicht te blijven. Bijna alle respondenten onderschrijven ook het belang van een goede, matige en uitgebalanceerde voeding. De meeste respondenten zeggen ook (goed) op de voeding te letten, maar ook hier geven zij toe dat dit niet altijd naar eigen tevredenheid lukt. Een aantal (Turkse) respondenten stelt bovendien dat hun eetcultuur soms op gespannen voet staat met gezond eten.

'Ik let op wat ik eet. Maar soms laat ik me ook wel gaan. Je kent het, in onze cultuur wordt er altijd iets lekkers op tafel gezet en dan zeg ik soms: "Vandaag eet ik gewoon waar ik zin in heb."
(niet-deelnemer, Turks, vrouw, 33 jaar)

Tot slot hebben we aan de respondenten gevraagd of zij nog andere activiteiten ondernemen om gezond te blijven. Het meeste noemen zij in dit verband het zoeken van voldoende ontspanning in de vorm van hobby's, omgang met familie of vrijwilligerswerk.

4.5 *Verschillen in gezondheidsperceptie, zorgconsumptie en gezondheidsgedrag*

Er zijn geen verschillen in de manieren waarop deelnemers en niet-deelnemers over gezondheid denken. Er zijn wel verschillen in de kwalificatie die zij de eigen gezondheid geven: de niet-deelnemers zeggen vaker zich 'gezond' te voelen en de deelnemers stellen vaker dat hun gezondheid 'slecht' is. Dit verschil is (deels) te verklaren door de gemiddeld lagere leeftijd van de niet-deelnemers. Wellicht heeft ook de selectie van deelnemende respondenten - die immers aanleiding hebben gezien om iets voor hun gezondheid te gaan doen - te maken met de relatief als slechter gerapporteerde gezondheid van de deelnemers.

Bij zowel het medicijngebruik als het huisartsenbezoek, kortom de zorgconsumptie, is er geen verband met het al dan niet deelnemen aan gezondheidsbevorderende activiteiten. Ook het verband met de gerapporteerde gezondheidstoestand is niet eenduidig: (ernstig) zieke respondenten gaan soms verhoudingsgewijs weinig naar de huisarts omdat zij rechtstreeks een specialist bezoeken. Ook een analyse van het gezondheidsgedrag van deelnemers en niet-deelnemers levert geen aanknopingspunten voor een verband hiertussen op.

4.6 *Deelname aan en mening over gezondheidsbevorderende activiteiten*

De helft van de deelnemers neemt op dit moment deel aan een gezondheidsbevorderende activiteit, de andere helft heeft hier in het verleden aan deelgenomen. Het gaat hierbij om het bezoek aan allochtone zorgconsulenten, bevordering van gezond gedrag door ondersteuning, sporten of informatiebijeenkomsten om de gezondheid te bevorderen. In meer dan de helft van de gevallen is de gezondheidsbevorderende activiteit speciaal voor allochtonen bedoeld.

De deelnemers zijn vooral via de eerstelijnsgezondheidszorg, het buurthuis of persoonlijke contacten met de gezondheidsbevorderende activiteit in contact gekomen. Meestal besloten zij om mee te doen omdat ze een positief effect op hun ziekte verwachtten of om hun gezondheid te verbeteren. In bijna alle gevallen werd er bij de gezondheidsbevorderende activiteit rekening gehouden met de culturele en religieuze achtergrond van de deelnemers.

Ja, deze bijeenkomsten waren speciaal bedoeld voor Marokkaanse mannen. Omdat zij het meest onwetend zijn. Er wordt goed rekening gehouden met onze Marokkaanse achtergrond. Degene die de activiteit geeft is Marokkaans, en legt het zowel in het Arabisch als Berbers uit. Hij praat ook over ziektes die vooral voorkomen bij allochtone of Marokkaanse mensen. Hij praat bijvoorbeeld over ziektes waar Marokkaanse mannen zich schamen om er met hun huisarts over te praten, zoals prostaatziekten. Ook wordt er gepraat over chronische ziekten. De voorlichter legt uit waarom het belangrijk is al je ziekten te bespreken met je huisarts.' (deelnemer, Marokkaans, man, 60 jaar)

Alle deelnemers zijn positief over de gezondheidsbevorderende activiteit. Behalve aspecten die met de gezondheid te maken hebben, noemen ook veel deelnemers als reden hiervoor het sociale contact met anderen dat zij bij de activiteit hebben. Slechts een enkele deelnemer noemt iets waarover hij of zij minder tevreden is. Alle deelnemers noemen positieve effecten van de activiteit op hun gezondheid: ze voelen zich gezonder of hebben minder klachten, de activiteit heeft geleid

tot gezonder gedrag, door de activiteit kunnen zij beter met hun ziekte omgaan. Alle deelnemers willen in de toekomst dan ook nog wel eens aan een gezondheidsbevorderende activiteit deelnemen.

'Ik vind het erg leuk, ik hoop dat het mag blijven. De lerares is een leuke vrouw, ze moedigt je aan en zorgt dat je veel energie krijgt om het te blijven doen.' (deelnemer, Marokkaans, vrouw, 50 jaar)

4.7 Redenen om niet aan gezondheidsbevorderende activiteiten mee te doen en behoefte

Alle niet-deelnemers weten dat er gezondheidsbevorderende activiteiten zijn en bijna allemaal noemen zij voorbeelden. Niet alle niet-deelnemers weten echter precies wat gezondheidsbevorderende activiteiten inhouden of welke concrete activiteiten er op dit moment zijn. De manieren waarop de niet-deelnemers van activiteiten hebben gehoord lopen uiteen: via het buurthuis, de eerstelijnsgezondheidszorg en/of via persoonlijke contacten. De meeste niet-deelnemers kennen iemand die aan een gezondheidsbevorderende activiteit heeft deelgenomen. Alle niet-deelnemers vinden het belangrijk dat er gezondheidsbevorderende activiteiten bestaan. De redenen die niet-deelnemers noemen voor het niet-gebruik van de gezondheidsbevorderende activiteiten lopen sterk uiteen; geen tijd is een voorbeeld.

De helft van de niet-deelnemers heeft behoefte aan ondersteuning bij het verbeteren van de eigen gezondheid, het samen met anderen bewegen, hulp bij vragen over de eigen gezondheid of ondersteuning bij gezond gedrag. Een enkele niet-deelnemer geeft aan geen behoefte aan ondersteuning te hebben. Op een enkele uitzondering na, geven alle niet-deelnemers aan in de toekomst deel te zullen nemen aan een gezondheidsbevorderende activiteit. Zij noemen allemaal sport en ook wel voorlichtingsbijeenkomsten.

'Ja, ik wil wel deelnemen. Maar ik ben op dit moment niet echt op de hoogte van dit soort activiteiten. Ik zou aan een gezondheidsbevorderende sportactiviteit willen deelnemen. Ik ben iemand die alleen wil, maar geen actie onderneemt.' (niet-deelnemer, Turks, vrouw, 28 jaar)

Vaak stellen de niet-deelnemers een voorwaarde aan deelname. Een aantal niet-deelnemers heeft een voorkeur voor activiteiten waarbij rekening wordt gehouden met de eigen achtergrond. Bijna alle niet-deelnemers hebben interesse in informatie over gezondheidsbevorderende activiteiten in de buurt. De manieren waarop niet-deelnemers geïnformeerd zouden willen worden lopen nogal uiteen. Vaak hebben zij geen specifieke voorkeur maar noemen zij meerdere mogelijkheden.

4.8 Suggesties voor verbeteringen

De respondenten hebben verbetervoorstellen gedaan die betrekking hebben op de vorm en inhoud van gezondheidsbevorderende interventies en op de randvoorwaarden waaronder deze zouden moeten plaatsvinden. De volgende verbetervoorstellen zijn genoemd: laagdrempelige wervingsstra-

tegieën, waar nodig aparte gezondheidsbevorderende interventies voor allochtonen en (meer) groepsinterventies waarin diverse doelen verenigd worden. Andere aanbevelingen zijn: interventies dienen in de buurt plaats te vinden, er dient rekening te worden gehouden met taal en religieuze of culturele gebruiken, interventies moeten in financieel opzicht laagdrempelig zijn en er moet sprake zijn van voldoende continuïteit.

We hebben geen relevante verschillen gevonden tussen de suggesties van de deelnemers en de niet-deelnemers als het gaat om het verbeteren van de (toegankelijkheid van) gezondheidsbevorderende interventies. Wel zijn er accentverschillen tussen de Turkse en Marokkaanse respondenten enerzijds en de Surinaamse respondenten anderzijds. De eerst genoemden hechten meer belang aan de mogelijkheid om interventies in de eigen taal aan te bieden en ruimte voor religieuze diversiteit.

Tot slot hebben we de verbetervoorstellen van de geïnterviewde migranten en aanbieders vergeleken. De voorstellen van de aanbieders en die van de migranten bevatten in grote mate dezelfde elementen. De voorstellen van de migranten en de aanbieders komen het meest overeen als het gaat om praktische zaken, die een directe invloed hebben op de manier waarop migranten aan de gezondheidsbevorderende interventies (kunnen) deelnemen. De voorstellen van de aanbieders die meer betrekking hebben op (de organisatie van) de interventie 'achter de schermen' blijven bij de geïnterviewde migranten meer impliciet. Toch is de conclusie dat de voorstellen van de respondenten en de aanbieders goeddeels overeenkomen. Verschillen hebben betrekking op accenten, niet op de inhoud of de aard van het voorstel.

Samenvatting van de verbetervoorstellen

Zowel de aanbieders als de migranten noemden:

- laagdrempelige wervingsstrategieën;
- aparte interventies waar nodig;
- groepsinterventies waarin diverse doelen verenigd worden;
- in de buurt;
- rekening houden met taal en religieuze of culturele gebruiken;
- financieel laagdrempelig;
- continuïteit.

De aanbieders noemden daarnaast:

- professionele en interculturele competenties;
- gezondheidsbevorderaars met dezelfde etnische achtergrond;
- migranten betrekken in alle fasen van de interventie;
- de interventie dient bij te dragen aan empowerment;
- gezondheidsbevordering is deel van een keten van gezondheidszorg en ondersteuning.

5 *Aanbevelingen voor participatie van migranten in gezondheidsbevordering*

5.1 *Inleiding*

De aanbevelingen zijn geformuleerd met de Delphi-methode in twee rondes met experts. Op basis van de resultaten uit de literatuurstudie en de interviews met aanbieders en migranten zijn 26 stellingen ofwel conceptaanbevelingen (zie bijlage 4) geformuleerd. Deze hebben we in twee rondes per e-mail voorgelegd aan experts op het terrein van gezondheidsbevordering en migranten. In de eerste ronde hebben de experts de stellingen een score gegeven op relevantie en/of toepasbaarheid en is gevraagd hun scores toe te lichten. In de tweede ronde kregen de experts dezelfde lijst toegestuurd met de originele stellingen, maar aangevuld met een korte samenvatting van de resultaten van de eerste ronde. De experts hebben de stellingen opnieuw beoordeeld waarbij ze eventueel hun mening konden herzien op grond van de samenvatting van de resultaten van de eerste ronde. De meerwaarde van de tweede ronde was de mogelijkheid tot extra reflectie door middel van de kennis en verschillende gezichtspunten van de andere experts. De gegevens zijn zowel kwantitatief als kwalitatief verwerkt.

5.2 *Resultaten uit de Delphi-rondes*

Inclusie

Bijna alle experts zijn het erover eens dat *gezondheidsbevordering de sociale inclusie van migranten bevordert* (de helft is het hier een beetje mee eens). Als belangrijkste motivering noemen zij dat gezondheid bevorderlijk is of een voorwaarde voor maatschappelijke participatie. Bijna alle experts zijn het er duidelijk niet mee eens dat *gezondheidsbevorderende interventies zich alleen zouden moeten richten op migranten die in principe toegang hebben tot gezondheidsbevordering*. De belangrijkste motivering is dat iedereen recht heeft op gezondheidsbevordering.

Daarnaast vinden bijna alle experts dat *gezondheidsbeleid gericht op de hele bevolking migranten als specifieke doelgroep dient te erkennen en dat gezondheidsbeleid specifieke programma's dient te ontwikkelen en uit te voeren om migranten te bereiken*. Als belangrijkste motivering noemen zij bij beide stellingen dat er bij deze groep sprake is van specifieke behoeften en dat de interventies anders niet aanslaan.

Ook vindt bijna iedereen dat *er een bepaalde hoeveelheid geld dient te worden toegewezen aan de ontwikkeling van specifieke interventies voor migranten*. Geld is nodig voor specifieke programma's, want bijvoorbeeld het bereiken van de doelgroep kost extra aandacht, aldus veel experts. Vier experts zijn het meer met deze stelling eens door de informatie uit de resultaten van eerste Delphi-ronde.

Netwerken

Met de stelling dat *migrantengroepen als coproductanten en medewerkers onmisbare actoren zijn om andere migrantengroepen te bereiken* zijn alle experts het eens. De meesten zijn het hier sterk of helemaal mee eens (83%). De motivering is dat zij de doelgroep beter bereiken, de taal en cultuur kennen en een gedeelde achtergrond hebben. Wel plaatsen zij kanttekeningen bij 'onmisbaar'. Het ligt soms genuanceerder en soms zijn ook juist mensen die niet uit de doelgroep komen nodig om bepaalde migrantengroepen te bereiken. Eveneens zijn alle experts het erover eens dat *netwerken van migrantengroepen onmisbare actoren zijn om migrantengroepen te bereiken voor gezondheidsbevorderende interventies*, met dezelfde motivering en kanttekening als bij de eerste stelling. Migrantengroepen zijn het beste via verschillende kanalen, ook andere naast de eigen netwerken, te bereiken. Vier experts zijn het in de tweede ronde meer met deze stelling eens (89% is het sterk of helemaal mee eens met deze stelling tegenover 77% in de eerste ronde). Ook zijn alle experts het eens met de stelling dat *gezondheidsbevorderende interventies moeten worden geïntegreerd met andere sociale voorzieningen en activiteiten zoals integratie, welzijnswerk, taallessen etc., om migrantengroepen te bereiken*. Een integrale aanpak vergroot het bereik en biedt ook meer aanknopingspunten voor gedragsverandering. Ook bij deze stelling zien we de kanttekening dat dit belangrijk is maar niet noodzakelijk. Alle experts zijn van mening dat *samenwerking tussen organisaties van migrantengroepen en gezondheidsvoorzieningen onmisbaar is om migrantengroepen te bereiken*. Samenwerking is ook belangrijk voor het uitwisselen van signalen en het van elkaar leren en hij komt de interventie ten goede omdat er meer draagvlak en inzicht in behoeften is.

Kennis

Met de stelling dat *de participatie van migrantengroepen in gezondheidsbevordering zal toenemen als zij meer kennis krijgen over concepten van gezondheidsbevordering zoals leefstijl* zijn alle experts het (enigszins) eens (77% is het hier een beetje mee eens). Zij benadrukken dat kennis belangrijk is samen met andere factoren zoals gewoonten, sociale omgeving, meer vertrouwen en gedeelde belangen. Ook moet aan bepaalde (rand)voorwaarden worden voldaan.

Met de stelling dat *de participatie van migrantengroepen in gezondheidsbevordering zal toenemen als zij meer kennis krijgen over beschikbaarheid, inhoud en organisatie van interventies* zijn ook alle experts het (enigszins) eens (55% is het er een beetje mee eens). Ook hier nuanceren zij de stelling in die zin dat kennis belangrijk is samen met andere factoren en voorwaarden waaraan moet worden voldaan, zoals het wegnemen van angst over zorginstellingen, aansluiten bij beleving en behoeften, vertrouwen en cultuursensitieve organisatie.

Alle experts zijn het ook (enigszins) eens met *de stelling dat de participatie van migrantengroepen in gezondheidsbevordering zal toenemen als zij meer kennis krijgen over hun rechten en mogelijkheden wat betreft gezondheidsbevordering en gezondheidszorg* (61% is het hier een beetje mee eens). Ook vermelden zij andere belangrijke factoren zoals samenwerking met organisaties van migrantengroepen, vertrouwen, het belang voor de doelgroep en duidelijkheid over het zorgsysteem.

Alle experts zijn het er (voornamelijk sterk of helemaal) mee eens dat *participatie van migranten in gezondheidsbevordering zal toenemen als aanbieders meer kennis krijgen over de specifieke behoeften van migranten*. Twee experts zijn het in de tweede ronde met deze stelling meer eens. De motivering is dat op deze manier het aanbod kan worden afgestemd op de behoeften van de doelgroep, maar met de nuancering dat het geen voldoende voorwaarde is.

Alle experts zijn het in sterke mate of helemaal eens met de stelling *dat de participatie van migranten in gezondheidsbevordering zal toenemen als aanbieders wederzijds aanvaarde benaderingen hanteren* (bijvoorbeeld diversiteitbenadering). Vijf experts zijn het in de tweede ronde meer eens met deze stelling

Voorwaarden

Meer dan driekwart van de experts is het (een beetje) eens met de stelling: *Om de participatie van migranten in gezondheidsbevorderende interventies te bevorderen moeten medewerkers met verschillende etnische achtergronden deel uitmaken van de staf*. De belangrijkste motivatie is dat het bijdraagt aan de aandacht voor diversiteit in de uitvoering en het beleid. Wel merken zij op dat een etnisch divers personeelsbestand geen garantie is voor professionaliteit en vraaggericht werken.

Bijna alle experts zijn het helemaal of sterk eens met de stelling *dat training van medewerkers in cultureel bewustzijn verplicht moet zijn om de participatie van migranten in gezondheidsbevorderende interventies te vergroten*. Het belangrijkste argument dat zij hierbij noemen is dat cultureel bewustzijn hoort bij professionele competenties, maar dat deze niet vanzelf of automatisch aanwezig zijn.

Geen enkele expert is het oneens met de stelling *dat om de participatie van migranten in gezondheidsbevorderende interventies te bevorderen een proactieve werving noodzakelijk is*. De toelichting van de experts heeft in de meeste gevallen betrekking op het gegeven dat in de praktijk is gebleken dat proactieve wervingsstrategieën het beste werken.

Alle experts zijn het sterk of helemaal eens met de stelling: *Om de participatie van migranten in gezondheidsbevorderende interventies te bevorderen moeten de interventies zijn gebaseerd op de onderzochte behoeften van de betreffende doelgroep*. De belangrijkste motivatie luidt dat dit voor elke interventie zou moeten gelden.

Het betrekken van migranten bij de ontwikkeling van interventies draagt bij aan de participatie van migranten in gezondheidsbevorderende interventies. Hierover zijn alle experts het eens. Een belangrijke kanttekening die zij vaak maken is dat het wel van belang is om de eigenstandige rol van de professional niet uit het oog te verliezen. Deze is onmisbaar.

Het besteden van een bepaalde hoeveelheid geld aan het ontwikkelen van interventies specifiek gericht op migranten draagt bij aan de participatie van migranten in gezondheidsbevorderende interventies, zo stellen de experts. Belangrijkste argumenten zijn: 'zonder geld geen ontwikkeling' en 'het oormerken van het geld is noodzakelijk, want anders zal het aan andere zaken opgaan.'

Communicatie

Alle experts zijn van mening dat de participatie van migranten in gezondheidsbevorderende interventies alleen wordt gestimuleerd als een communicatiestrategie naar migranten een geïntegreerd onderdeel is van het planningsproces van interventies. Belangrijkste motivering hierbij is dat communicatie met potentiële deelnemers een eerste voorwaarde is voor een goede interventie.

Of de informatieverstrekking in de ‘native languages’ moet gebeuren om de participatie van migranten in gezondheidsbevorderende interventies te stimuleren, is een kwestie waarover de meningen verschillen. Weliswaar is niemand het er helemaal mee oneens, maar de meeste experts maken kanttekeningen. Het daadwerkelijke niveau van de Nederlandse taal moet het uitgangspunt zijn (‘in het Nederlands als het kan, en in de eigen taal als het moet’), net als de behoeften van de heterogene doelgroep. Sommigen stellen echter dat het van belang is dat migranten de Nederlandse taal leren.

Vanwege bovenstaande argumenten zijn bijna alle experts het ook eens met de stelling dat *ter bevordering van de participatie van migranten in gezondheidsbevorderende interventies de informatie dient te worden verstrekt in het Nederlands*. Praktische afwegingen zijn noodzakelijk. Daarnaast stelt een aantal deelnemers dat een nadruk op het Nederlands van belang is in het kader van sociale inclusie en uitwisseling met mensen met een andere etnische achtergrond.

Ook de stelling: *Om de participatie van migranten in gezondheidsbevorderende interventies te bevorderen dient de informatie te worden verspreid met een brede pr-strategie via verschillende kanalen en methoden* kan rekenen op bijval (in meer of mindere mate) van alle experts. Het belangrijkste argument is dat voor elke doelgroep moet worden gekeken naar de beste strategieën en dat deze per groep of per setting kunnen verschillen. Ook het inzetten van diverse (parallele) strategieën noemen de experts als belangrijk aandachtspunt.

Met de stelling: *Om de participatie van migranten in gezondheidsbevorderende interventies te bevorderen dient de informatie te worden verspreid door migrantenorganisaties onder hun achterban* is niemand het oneens. Een kwart van de experts is het hiermee een beetje eens. Belangrijkste kanttekening is dat dit nooit de enige strategie mag/kan zijn. Tegelijkertijd is het wel een belangrijke, die nog te weinig wordt benut.

5.3 *Aanbevelingen*

De belangrijkste conclusie van het project Healthy Inclusion is dat in Nederland al sprake is van aanbod dat aansluit bij de behoeften van migranten, maar dat dit aanbod in de meeste gevallen niet-structureel, versnipperd en kleinschalig is. We kunnen spreken van een projectencarrousel waarin in allerlei settings initiatieven worden ontwikkeld en vervolgens na de projectperiode weer worden stopgezet. Om uit deze situatie te komen is het van belang voor professionals en organisaties om een bredere inbedding te zoeken, in twee richtingen: het lokale (gezondheids)beleid en migranten(zelf)organisaties. De aanbevelingen hebben dan ook vooral betrekking op de organisatie en inrichting van het aanbod aan gezondheidsbevorderende interventies en zijn bedoeld voor de lokale overheid, beleidsmakers en organisaties.

1. ‘Health (promotion) for all’

Gezondheid vervult in onze samenleving een centrale rol als individueel en als maatschappelijk goed. Gezondheid en gezondheidsbevordering zouden daarom (meer) moeten worden geadresseerd in beleid dat ogenschijnlijk niet direct met gezondheid te maken heeft, zoals arbeid, sociale zekerheid en welzijn. Dit vereist een intersectorale benadering, politiek commitment en structurele aanpassingen in de gezondheidszorg en andere sectoren. Preventie en gezondheidsbevordering spelen hierin een belangrijke rol. Gezondheidsbevorderende activiteiten moeten

beschikbaar en toegankelijk zijn voor iedereen. Om dit te realiseren is een betaalbaar, lokaal aanbod aan activiteiten vereist.

2. Mainstreaming en verbinding met ander lokaal beleid

Lokaal (gezondheids)beleid moet - meer dan nu het geval is - gebaseerd zijn op een intersectorale, structurele inzet om hardnekkige (gezondheids)achterstand in te lopen en te verminderen. Bij voorkeur wordt gezondheidsbevordering voor migranten gerealiseerd in algemene programma's die voor de (gehele) lokale bevolking zijn bedoeld. Als blijkt dat deze programma's migranten onvoldoende bereiken, kunnen specifieke interventies dit tijdelijk opvangen.

3. Bottom-up en aansluiten bij behoeften en initiatieven

Migranten(zelf)organisaties hebben op dit moment vooral een rol in het bereiken van migrantengroepen voor gezondheidsbevordering. Deze benadering gaat echter voorbij aan de ervaringen en expertise die migranten(zelf)organisaties in huis hebben met betrekking tot de vragen en behoeften van hun achterban, maar ook met betrekking tot mogelijk succesvolle aanpakken. Migranten(zelf)organisaties moeten idealiter al bij de eerste ontwikkelingen rondom een (nieuwe) gezondheidsbevorderende interventie of beleid als gelijkwaardige partner worden betrokken.

4. Specifieke behoeften vragen om specifieke strategieën

'De' migrant bestaat niet. Een grondige kennis over en samenwerking en affiniteit met een specifieke doelgroep moeten de basis vormen voor het aanbod voor deze doelgroep. Kenmerken van de leefsituatie, zoals sociaaleconomische positie en integratie, zijn daarbij van even groot belang als kennis over de gezondheidssituatie. Niet alleen het aanbod maar ook de wervings- en communicatiestrategieën moeten goed op de doelgroep worden afgestemd. Dit kan het beste door deze samen met (leden van) de doelgroep te ontwikkelen.

5. Inzicht in behoeften en bereik van de lokale populatie

Aanbieders van gezondheidsbevorderende interventies zouden er gericht naar moeten streven om die doelgroepen te bereiken die de interventies het hardst nodig hebben. Dit betekent dat de aanbieders een grondig inzicht moeten hebben in de vragen en behoeften van de diverse doelgroepen en gerichte strategieën moeten inzetten om hieraan tegemoet te komen. Aanbieders zouden inzicht moeten geven, bijvoorbeeld in het jaarverslag, in hoe zij zich hebben ingespannen alle (doel)groepen in de lokale bevolking naar evenredigheid te bereiken.

6. Gerichte voorlichting over gezondheidsbevordering

Er valt nog veel te winnen als het gaat om de bekendheid van (het begrip) gezondheidsbevordering bij de bevolking in het algemeen en bij bepaalde migrantengroepen in het bijzonder. De onbekendheid met mogelijkheden om actief en preventief met de eigen gezondheid bezig te zijn is het grootst bij degenen die de Nederlandse taal niet voldoende machtig zijn. Om deze groepen - die vaak het meest gebaat zijn bij gezondheidsbevordering - toch te bereiken is het van belang (meer) aansluiting te zoeken bij activiteiten of organisaties waar migranten samenkomen. Voor voorlichting en werving zou moeten gelden: in het Nederlands als het kan, in de eigen taal als het moet.

7. Leren van elkaar

Organisaties en professionals delen nog steeds te weinig de kennis die zij opdoen op het terrein van de ontwikkeling en uitvoering van gezondheidsbevorderende interventies voor migranten. Dit is om te beginnen het geval binnen organisaties: vaak zijn daar enkele functionarissen verantwoordelijk voor het aanbod voor specifieke groepen. Tussen verschillende organisaties zien we hetzelfde: de goede praktijk die wordt ontwikkeld in de ene stad of stadswijk wordt nog onvoldoende benut in andere settings. Dit komt enerzijds doordat er nog te weinig uitwisseling is over de opgedane ervaringen. Anderzijds is onvoldoende bekend wat de werkzame elementen van succesvolle interventies zijn. Professionals zouden in hun (beroeps)organisaties meer aandacht kunnen besteden aan de overdracht van goede praktijken. Ook is meer onderzoek nodig naar werkzame elementen en overdraagbaarheid van succesvol gebleken praktijken.

8. Evidence based én practice based

Het werken met gezondheidsbevorderende interventies die volgens de standaarden van wetenschappelijk onderzoek bewezen effectief zijn gebleken is van belang, maar kan soms op gespannen voet staan met het bedienen van migranten. Immers, bewezen effectieve interventies zijn meestal noch ontwikkeld voor, noch onderzocht op hun effectiviteit ten aanzien van diverse doelgroepen. Daarom is ook practice based evaluatieonderzoek een belangrijke (aanvullende) bron van informatie over de werkzaamheid van interventies die meer zou moeten worden gewaardeerd en geïncorporeerd.

9. Gezondheidswinst niet de enige uitkomstmaat

Voor alle gezondheidsbevorderende interventies geldt dat goed evalueren van groot belang is. Alleen op die manier kan informatie over de mogelijk werkzame factoren worden verzameld. Daarbij is het wel van belang om diverse soorten uitkomstmaten te hanteren. Gezondheidswinst is immers niet het enige doel. Ook andere, intermediaire doelen als participatie en empowerment liggen binnen bereik.

Literatuur en andere bronnen

- Bekker, M., & Mens-Verhulst, J. van (2008). *GGZ en Diversiteit: Prevalentie en Zorgkwaliteit. Programmeringsstudie 'Etniciteit en gezondheid' voor ZonMw*. Tilburg/Utrecht: Universiteit van Tilburg en Universiteit voor Humanistiek/Universiteit van Utrecht.
- Berkum, M.T.M. van, & Smulders, E.M.C. (2010). *Migranten, preventie en gezondheidszorg*. Utrecht: Pharos.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Statline. <http://statline.cbs.nl>.
- Dahhan, N. (2007). *Gezondheidszorg & Etnische Diversiteit in Nederland; Naar een betere zorg voor iedereen*. Amsterdam: PaceMaker in Global Health.
- Fienieg, B., & Nierkens, V., Tonkens, E., Plochg, T, & Stronks, K. *Why play an active role? A qualitative examination of lay citizens' main motives for participation in health promotion*. [submitted].
- Gruijter, M. de, Vliet, K. van, & Bulsink, D. (2009). *Healthy Inclusion. Migrants' perspectives on participation of migrants in health promotion in The Netherlands. Empirical analysis II: Interviews migrants*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Kunst, A.E., Mackenbach, J.P., Lamkaddem, M., Rademakers, J., & Devillé, W. (2008). *Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland*.
- Latten, J., Nicolaas, H., & Wittebrood, K. (2005). Concentratie allochtonen toegenomen. In: *Bevolkingstrends* (CBS), 3rd quarter, pp. 90-95.
- Loket gezond leven*. I-database (nd). Retrieved from <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/>.
- NIGZ *Alllochtonen en gezondheid* (n.d.). Retrieved from <http://www.nigz.nl/index.cfm?act=dossiers.inzien&vardossier=65>.
- NIGZ *Toolkit participatie allochtonen* (n.d.). Retrieved from <http://www.nigz.nl/index.cfm?act=toolkit.tekst&varpag=8&pagina=155&a=106&b=155>.
- Pacemaker (2007). *Gezondheidszorg & Etnische Diversiteit in Nederland; Naar een betere zorg voor iedereen*. Pacemaker in Global Health.
- Pels, T., Distelbrink, M., & Tan, S. (2009). *Meetladder diversiteit interventies. Verhoging van bereik en effectiviteit van interventies voor (etnische) doelgroepen*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

- RIVM Nationaal Kompas Volksgezondheid. *Preventie gericht op allochtonen* (n.d.). Retrieved from http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_prevallochtonen.html).
- RVZ (2000). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- SCP (2008). *Facts and Figures of the Netherlands. Social and Cultural Trends 1995-2006*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SCP/WODC/CBS (Sociaal en Cultureel Planbureau/ Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum/Centraal Bureau voor de Statistiek) (2005). *Jaarrapport integratie 2005*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Seeleman, C., Essink-Bot, M.L., & Stronks, K. (2008). *Toegankelijkheid en kwaliteit van de somatische zorg*. Literatuurstudie. Programmeringsstudie 'Etniciteit en gezondheid' voor ZonMw. Amsterdam: Afdeling Sociale Geneeskunde AMC.
- Stronks, K., Fienieg, B., Nierkens, V., Plochg, T., & Tonkens, E. (2009). *Een systematische analyse van ervaringen met het bevorderen van participatie in gezondheidsbevordering onder niet-westerse bevolkingsgroepen in Nederland*. Eindverslag voor ZonMw.
- Vliet, K. van, Gruijter, M. de, & Singels, L. (2006). *Diversiteit in participatie in gezondheidsbevordering*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Vliet, K. van, Gruijter, M. de, & Bulsink, D. (2009). *Healthy Inclusion. Providers' perspectives on participation of migrants in health promotion in The Netherlands. Empirical analysis I: Interviews providers*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- VTV, (1997). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- VWS (2009). *Preventiebeleid voor de volksgezondheid*.
- Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, nr. 237, 19 oktober 2009. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2009). *Aanvulling op beleidsplan SEGV van 22 december 2008*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2008). *Naar een weerbare samenleving. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2007). *Gezond zijn en gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport .
- VWS (2006). *Kiezen voor gezond leven*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- VWS (2005). *Brancherapport Preventie* (n.d.). Retrieved from http://www.brancherapporten.minvws.nl/De_VWS-sectoren/Preventie/ , 24 mei 2005.
- ZonMw (2008). *Signalement etniciteit en gezondheid*. Den Haag: ZonMw.

Bijlage 1 Kenmerken van de geïnterviewde aanbieders

Tabel 1: Overzicht van kenmerken van de organisaties en interventie(s)

Type organisatie	Belangrijkste financiële bronnen	Doelgroep	Omgeving
1. GGD	Lokale overheid	Gemeente, professionals, mensen in Midden Gelderland.	School, buurt, buurthuis, etc.
2. GGD	Lokale overheid	Mensen in Amsterdam, Aalsmeer, Amstelveen, Diemen, Ouder-Amstel en Uithoorn	School, buurt, buurthuis, sport club, gezondheidscentrum, etc.
3. Gezondheidscentrum	Landelijke overhead (Interventie: zorgverzekeraar, middelen voor de krachtwijken, deelnemers)	Mensen uit de Utrechtse wijk Overvecht	Gezondheidscentrum, buurt, buurthuis, sport accommodatie, etc.
4. Expertisecentrum voor rookpreventie	-Publiek: Landelijke overheid -Privaat: drie fondsen*	Rokers	School, buurthuis (GGD), media
5. GGZ	Landelijke overheid	Mensen met psychische problemen en hun naasten	School, blurt, gezondheidscentrum
6. GGD	Lokale overheid (Interventie: soms een zorgverzekeraar)	Inwoners van Utrecht	School, buurthuis buurt, etc.
7. Academisch medisch centrum	Landelijke overhead (Interventie: ZonMw, gezondheidscentra en het stadsdeel Amsterdam Zuid-Oost, stichting GAZO)	Patiënten	Buurt, gezondheidscentrum, scholen, etc.
8. Gezondheidscentrum	Landelijke en lokale overhead	Bewoners van de stad Almere	Gezondheidscentrum, thuis, buurthuis, school, etc.
9. Organisatie voor (thuis) zorg	Landelijke and lokale overheid	Ouderen	Thuis, zorgcentrum, consultatiebureau voor ouderen, buurthuis
10. Organisatie voor jeugdhulpverlening	Landelijke en lokale overheid	Kinderen (en hun families) met problemen op het gebied van ontwikkeling, gedrag en familierelaties	Ambulante jeugdzorg
11. Stichting ter ondersteuning van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening	Lokale overheid	Burgers van achterstandswijken in Den Haag en professionals	Buurt, buurthuis, gezondheidscentrum, etc.
12. Instelling voor geestelijke gezondheidszorg	Landelijke en lokale overheid	Mensen met psychische problemen in de regio Rotterdam Rijnmond en Nieuwe Waterweg Noord.	School, instelling voor geestelijke gezondheidszorg, buurthuis, etc.
13. Geestelijk gezondheidscentrum, centrum voor verslavingszorg en preventie	Landelijke overheid(Interventie: Lokale overheid)	Mensen die problemen hebben met drugs, alcohol of gokken (en hun familie)	Buurt, gezondheidscentrum, moskee
14. GGD	Lokale overheid	Mensen uit de regio IJssel-Vecht	School, buurt, buurthuis, etc.
15. GGZ afdeling preventie	Landelijke en lokale overheid	Mensen in Rotterdam met psychosociale problemen en vragen over een gezonde leefstijl	School, buurt, gezondheidscentrum, etc.

Tabel 2: Interventies

Nr.	Type interventie	Doelgroep	Vorm
1.	Cursus voor kinderen met overgewicht	Kinderen van 9 tot 12 jaar en hun ouders	Voorlichtingsbijeenkomsten, lessen, trainingen voor leraren, cursussen
2a.	Community-based ondersteuning voor migranten zelforganisaties om HIV bespreekbaar te maken	Migranten zelforganisaties (uiteindelijk: mensen afkomstig uit de sub-Sahara, Afrika, Suriname en de Nederlandse Antillen, leeftijd 16+)	Subsidie geven, ondersteuning bieden: , training geven, begeleiding, helpen met het ontwikkelen en evalueren van de interventie.
2b.	Interventieonderzoek naar overgewicht en de preventiemogelijkheden daarvan	Turkse en Marokkaanse vrouwen met overgewicht in de leeftijd van 25-45 jaar	Probleem inventarisatie, ontwikkeling van de interventie, evaluatie.
3.	Bewegingsprogramma	Mensen met gezondheidsproblemen	Bewegingsgroepen
4.	Campagne om rokers te helpen met stoppen	Turkse rokers	Informatiemateriaal, werken met migrante zelforganisaties om persoonlijke contacten te leggen, sms-campagne, voorlichtingsbijeenkomsten.
5.	Cursus over het omgaan met depressie	Vrouwelijke migranten met depressieve klachten	Cursus
6.	Gezondheidsvoorlichting in eigen taal en cultuur	Vrouwelijke migranten	Bijeenkomsten
7.	Patiëntgerichte cultuur sensitieve voorlichtingsmethode voor migranten met een hoge bloeddruk.	Assistenten, (uiteindelijk: patiënten met hoge bloeddruk uit Suriname, de Nederlandse Antillen en Ghana)	Cursussen, gesprekken met professionals, expert meetings, artikelen, congressen
8.	Kennismakingshuis bezoek aan zwangere vrouwen door een JGZ verpleegkundige	Migrantenfamilies (zwangere vrouwen en moeders van jonge kinderen)	Huisbezoek
9.	Consultatiebureau voor ouderen	Ouderen 50+	Individuele consultatie (een uur per jaar)
10.	Behandelprogramma voor kinderen, psycho-educatie: omgaan met obesitas	Kinderen van 6-18 jaar met overgewicht en hun ouders	Informatie over voeding en dieet, training in fysieke activiteit en gedragsverandering door middel van een cognitieve therapie voor kinderen. Voorlichting, psycho-educatie en lotgenotencontact voor ouders.
11.	Migranten vertrouwenspersonen	Migranten in achterstandswijken met psychosociale problemen	Vertrouwenspersoon: luisteren, mediation, begeleiding naar een sociaal werker, advies, hulp, etc.
12.	Cursus in groepsverband voor jongeren met depressieve klachten	Jongeren (13-17 jaar) met depressieve klachten	Groeps cursus (en voorlichtingsbijeenkomst voor ouders)
13.	Interculturele vertrouwenspersonen	Marokkanen	Voorlichtingsbijeenkomsten en individuele gesprekken
14.	Groepsvoorlichting bij een van de deelnemers thuis (home party) en supermark rondleiding over gezond eten	Moeders in twee wijken in Zwolle	Voorlichtingsbijeenkomsten en supermarket rondleiding
15.	Training voor migrantenvrouwen die inactief zijn en (dus) met een groter risico op depressie	Migrantenvrouwen tussen de 20-60 jaar, die moeilijk in beweging kunnen komen	Voorlichtingsbijeenkomsten gecombineerd met sporttraining

Frequentie	Aantal deelnemers	Aanpak	Plaats van de interventie
10 bijeenkomsten per cursus	?	OPUS model (project management model)	School, buurt
?	?	Werken met zelforganisaties voor migranten, als intermediair, bottom-up	Migranten zelforganisaties
?	?	Bottom-up, migranten worden actief betrokken in alle fasen van de interventie.	Buurt
?	?	Het promoten van gezond gedrag in plaats van het voorkomen van ziekte	Buurt, gezondheidscentrum
?	Sms campagne: 28000 mensen. 1746 zijn een dag gestopt met roken	Sociale netwerk methode	Buurt, media
2 of 3 keer per jaar is er een cursus	?	Psycho-educatie gericht op empowerment	School, buurthuis
In totaal 400 bijeenkomsten per jaar	?	Voorlichtingsbijeenkomsten in eigen taal en cultuur	School, buurthuis, bij deelnemers thuis, accommodaties van migranten zelforganisaties
Elke dag	?	Explanatory models (Kleinman)	Gezondheidscentrum
Eén huisbezoek	Tenminste 30 deelnemers zijn bezocht	Outreaching methode	Thuis
	Ongeveer 18 consultaties per week		Consultatiebureau, buurthuis
Het programma duurt een jaar met frequente bijeenkomsten voor ouders en kinderen.	?	Vraaggericht, competentiegericht, gezinsgericht, cognitief gedragstherapeutische methoden en systeemtheorie.	Jeugdhulpverleningsorganisatie
Zoveel als nodig	2007: 80 clients 2008: 145 cliënten	Bottom-up en vanuit de gemeenschap. Gebruik maken van het al bestaande.	Buurt
8 bijeenkomsten	10-12 jongeren in elke groep	De focus ligt op het voorkomen van zware psychische problemen	School
Twee keer per week	Voorlichtingsbijeenkomsten in de moskee: 150 mannen en ook een onbekend aantal vrouwen. Groeps cursus: 20/30 mensen. Voorlichting: 2/3 personen	Outreaching, makkelijk bereikbaar op verschillende locaties dichtbij de doelgroep op goede tijdstippen.	Buurt, gezondheidscentrum, moskee
Er zijn 8/9 groepsprojecten geweest in een half jaar en elk project bestaat uit 3 bijeenkomsten	8 tot 10 vrouwen in een groep	Gebruik maken van sleutelfiguren die gastvrouw zijn voor de voorlichtingsbijeenkomsten bij hen thuis	School, buurt, buurthuis, supermarkt en huis van een deelnemer
Jaarlijks 25 groepen	8-10 vrouwen in een groep	Combinatie van voorlichting en fysieke beweging	School, buurt, buurthuis

Bijlage 2 Kenmerken van de geïnterviewde migranten

Tabel 1 Kenmerken van deelnemers

Deelnemers	Geslacht	Leeftijd	Opleiding
Turks	0 mannen 4 vrouwen	V1: 47 V2: 53 V3: 37 V4: 32	V1: Geen V2: Hoger beroepsonderwijs (hbo) V3: Lagere school (lo+) V4: Voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (vmbo)
Marokkaans	1 mannen 2 vrouwen	M1: 59 V1: 52 V2: 49	M1: Middelbaar beroepsonderwijs (mbo) V1: Geen V2: Lagere school en cursussen (lo+)
Surinaams	2 mannen 1 vrouwen	M1: 36 M2: 65 V1: 57	M1: Middelbaar beroepsonderwijs (mbo) M2: Middelbaar beroepsonderwijs (en nog een aantal applicatie-cursussen en opleidingen) (mbo+) V1: Lagere school (lo)

Tabel 2 Kenmerken van niet-deelnemers

Niet-deelnemers	Geslacht	Leeftijd	Opleiding
Turks	0 mannen 4 vrouwen	V1: 37 V2: 67 V3: 36 V4: 32	V1: Middelbaar beroepsonderwijs (mbo) V2: Lagere school (lo) V3: Hoger beroepsonderwijs (hbo) V4: Lagere school (lo)
Marokkaans	0 mannen 3 vrouwen	V1: 26 V2: 20 V3: 25	V1: Hoger beroepsonderwijs (hbo) V2: Hoger beroepsonderwijs (hbo) V3: Universiteit (wo)
Surinaams	1 mannen 2 vrouwen	M1: 56 W1: 36 V2: 48	M1: Hoger beroepsonderwijs (hbo) W1: Voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (vmbo) V2: Voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (vmbo)

Bijlage 3 Geraadpleegde experts Delphi rondes

Asmus, R. (GGD Rotterdam)
Bartels, K. (Zorggroep Almere)
Beune, E. J. (AMC-UvA)
Bokhoven, R. van, (STIOM)
Bouman, S. (GGZ Nijmegen)
Cremer, S. (GGD Amsterdam)
Hijden, G. van der, (GG&GD Utrecht)
Jamin, J. (Jellinek)
Jong, M. de, (GGD IJsselland)
Kaamouchi, D. (Jellinek)
Koot, J. (NIGZ)
Kramer, J. (Context, centrum voor GGZ preventie)
Lyskawa, L. (Aveant)
Muijsenbergh, M. van den, (PHAROS)
Neef, M. de, (Rutgers Nisso Groep)
Nierkens, V. (AMC-UvA)
Pels, T. (VU en Verwey-Jonker Instituut)
Pelt, K. van, (NIGZ)
Rademakers, J. (NIVEL)
Raghoebier, R. (ACTIZ)
Rogmans, M. (Hulpverlening Gelderland Midden)
Seeleman, M. C. (AMC-UvA)

Bijlage 4 De aan de experts voorgelegde stellingen in de Delphi rondes

INCLUSIE
Stelling 1: Gezondheidsbevordering vergroot de sociale inclusie van migranten
Stelling 2: Gezondheidsbevorderende interventies zouden zich alleen moeten richten op migranten die in principe toegang hebben tot gezondheidsvoorzieningen (op grond van hun legale status en bijv. sociale verzekering)
Stelling 3: Gezondheidsbeleid gericht op de hele bevolking dient migranten als een specifieke doelgroep te erkennen.*
Stelling 4: Gezondheidsbeleid dient specifieke programma's te ontwikkelen en uit te voeren om migranten te bereiken.
Stelling 5: Gezondheidsbeleid dient een bepaalde hoeveelheid geld toe te wijzen aan de ontwikkeling van specifieke interventies voor migranten.

* Rekening houdend met hun diverse achtergrond.

NETWERKEN
Stelling 1: (individuele) migranten zijn als co-producenten en medewerkers onmisbare actoren in gezondheidsbevordering om andere migranten te bereiken voor gezondheidsbevorderende interventies.
Stelling 2: Netwerken van migranten zijn onmisbare actoren om migranten te bereiken voor gezondheidsbevorderende interventies.
Stelling 3: Integratie van gezondheidsbevorderende interventies moeten worden geïntegreerd met andere sociale voorzieningen en activiteiten zoals integratie, welzijnswerk, taallessen etc., om migranten te bereiken.
Stelling 4: Samenwerking tussen organisaties van migranten en gezondheidsvoorzieningen is onmisbaar om migranten te bereiken.

KENNIS
Stelling 1: De participatie van migranten in gezondheidsbevordering zal toenemen als meer kennis krijgen over concepten van gezondheidsbevordering zoals leefstijl.
Stelling 2: De participatie van migranten in gezondheidsbevordering zal toenemen als zij meer kennis krijgen over beschikbaarheid, inhoud en organisatie van interventies.
Stelling 3: De participatie van migranten in gezondheidsbevordering zal toenemen als zij meer kennis krijgen over hun rechten en mogelijkheden wat betreft gezondheidsbevordering en gezondheidszorg.

KENNIS

Stelling 4:

De participatie van migranten in gezondheidsbevordering zal toenemen als aanbieders meer kennis krijgen over de specifieke behoeften van migranten.*

Stelling 5:

De participatie van migranten in gezondheidsbevordering zal toenemen als aanbieders wederzijds aanvaarde benaderingen hanteren (bijv. diversiteitsbenadering).

* Deze behoeften verwijzen naar het soort interventies of activiteiten voor een bepaalde groep migranten die het meest aansluiten bij hun interesses, hun leefomstandigheden en hun mogelijkheden om te participeren.

VOORWAARDEN

Stelling 1:

Om de participatie van migranten in gezondheidsbevorderende (gb) interventies te bevorderen moeten medewerkers met verschillende etnische achtergronden deel uitmaken van de staf.

Stelling 2:

Om de participatie van migranten in gb interventies te bevorderen moet training van medewerkers in cultureel bewustzijn verplicht zijn.

Stelling 3:

Om de participatie van migranten in gb interventies te bevorderen is pro-actieve werving noodzakelijk (bijv. door persoonlijke contacten via migrantennetwerken of organisaties).

Stelling 4:

Om de participatie van migranten in gb interventies te bevorderen moeten interventies zijn gebaseerd op de onderzochte behoeften van de betreffende migrantengroep.*

Stelling 5:

Om de participatie van migranten in gb interventies te bevorderen dienen migranten te worden betrokken bij de ontwikkeling van interventies.

Stelling 6:

Om de participatie van migranten in gb interventies te bevorderen dienen aanbieders een bepaalde hoeveelheid geld te besteden aan het ontwikkelen van interventies specifiek gericht op migranten

* Het in kaart brengen van behoeften, bijvoorbeeld door vragenlijsten, voorafgaand aan de ontwikkeling van interventies of tijdens andere activiteiten

COMMUNICATIE

Stelling 1:

Om de participatie van migranten in gb interventies te bevorderen moet een communicatiestrategie betreffende migranten een geïntegreerd onderdeel zijn van het planning proces van interventies.

Stelling 2:

Om de participatie van migranten in gb interventies te bevorderen dient de informatie te worden verstrekt in de oorspronkelijke taal van de betreffende migrantengroepen.

Stelling 3:

Om de participatie van migranten in gb interventies te bevorderen dient de informatie te worden verstrekt in de taal van het Nederlands.

Stelling 4:

Om de participatie van migranten in gb interventies te bevorderen dient de informatie te worden verspreid met een brede PR strategie via verschillende kanalen en methoden.

Stelling 5:

Om de participatie van migranten in gb interventies te bevorderen dient de informatie te worden verspreid door migrantenorganisaties onder hun achterban.

Bijlage 5 Advisory Board

Bartels, K. (Zorggroep Almere)
Cremers, S. (GGD Amsterdam)
Bokhoven, R. van, (STIOM)
Essink-Bot, M.L. / Fienieg, B. / Nierkens, V. (AMC Sociale Geneeskunde)
Gorp, K. van, (ZonMw)
Rademakers, J. (NIVEL)
Schipper, A. (Vilans)
Singels, L. (NIGZ)

Colofon

Opdrachtgever/financier	Europese Commissie (DG Health and Consumers, Public Health), ZonMw en Ministerie van VROM/WWI (Directie Inburgering en Integratie)
Auteurs	Dr. K. P. van Vliet Drs. M. J. de Gruijter Drs. D. Bulsink
Omslag	Grafitall, Valkenswaard
Uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht T (030) 230 07 99 F (030) 230 06 83 E secr@verwey-jonker.nl Website www.verwey-jonker.nl

De publicatie

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via onze website: <http://www.verwey-jonker.nl>

ISBN 978-90-5830- 407-0

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2010.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut.

Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute.

Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.



This project has been funded with the support from the European Commission. This report reflects the author's views only, and the Commission cannot be held accountable for any use which may be made of the information contained therein.