

# Healthy Inclusion

Perspectieven van migranten op deelname aan  
gezondheidsbevordering

**NEDERLANDSE SAMENVATTING**

**drs. Marjan de Gruijter, Dr. Katja van Vliet, drs. Diane Bulsink**

**Verwey-Jonker Instituut  
Juni 2010**



Fonds Gesundes  
Österreich



ZonMw



FORSCHUNGSINSTITUT  
DES ROTEN KREUZES

Funded by the European Commission, DG Health and Consumers, Public Health  
Nationally funded by Fonds Gesundes Österreich (Austria) and The Netherlands Organisation of Health Research and Development (ZONMw)  
(Netherlands).  
Coordinated by Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Austria

# Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	2
1. Het project Healthy Inclusion .....	3
1.1 Inleiding .....	3
1.2 Methoden.....	4
2. Resultaten .....	6
2.1 Kenmerken van de respondenten .....	6
2.2 Perceptie van gezondheid en beleving van de eigen gezondheid .....	7
2.3 Zorgconsumptie en gezondheidsgedrag.....	8
2.4 Verschillen in gezondheidsperceptie, zorgconsumptie en gezondheidsgedrag .....	9
2.5 Deelname aan en mening over gezondheidsbevorderende activiteiten .....	9
2.6 Redenen om niet aan gezondheidsbevorderende activiteiten mee te doen en behoefte in de toekomst	10
2.7 Suggesties voor verbeteringen.....	11

# 1. Het project Healthy Inclusion

## 1.1 Inleiding

Terwijl de gezondheidssituatie van leden van etnische minderheidsgroepen vaak slechter is dan die van autochtone Nederlanders, weten gezondheidsvoorzieningen hen minder goed te bereiken, dan wel effectieve zorg te bieden. Het Verwey-Jonker Instituut voert in Europees verband een project uit, dat beoogt het gebruik door en de effectiviteit van gezondheidsbevordering voor allochtone groepen te bevorderen. Interviews met aanbieders en met mensen uit de doelgroepen die wel en die niet gebruik maken van het aanbod en expertpanels leveren bruikbare informatie. Er wordt meer duidelijk over belemmerende en bevorderende factoren om deel te nemen aan gezondheidsbevorderende interventies en over goede praktijken. Het project resulteert in aanbevelingen in de vorm van sociaal-culturele criteria. Aan de hand daarvan kan het aanbod worden getoetst en verbeterd.

Het project wordt gefinancierd door de Europese Commissie (DG Health and Consumers, Public Health) en ZonMw (nationale co-financiering). Samenwerkingspartners zijn: 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), and Trnava University, Faculty of Health Care and Social Work (Slovakia), University of Tartu (Estonia).

Voor het project 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?

Het project Healthy Inclusion bestaat uit 5 onderdelen:

1. Literatuurstudie en interviews met aanbieders;
2. Interviews met migranten die gebruik maken van het aanbod;
3. Interviews met migranten die geen gebruik maken van het aanbod;
4. Ontwikkelen van aanbevelingen;

## 5. Disseminatie (conferentie)

Dit document is de Nederlandse samenvatting van het nationale rapport over de resultaten van deelproject 2 en 3: interviews met migranten die wel en geen gebruik maken van het aanbod (De Gruijter, van Vliet & Bulsink, 2010. *Healthy Inclusion. Migrants' perspectives on participation in health promotion in The Netherlands*).

De resultaten van het eerste deelproject zijn beschreven in de het rapport *Healthy Inclusion. Providers' perspectives on participation in health promotion in The Netherlands* en de Nederlandstalige samenvatting daarvan (van Vliet, de Gruijter & Bulsink, 2009).

### 1.2 Methoden (interviews met migranten)

Voor dit deelonderzoek zijn twee onderzoeksgroepen gedefinieerd:

1. allochtonen die deelnemen of hebben deelgenomen aan gezondheidsbevorderende activiteiten;
2. allochtonen die niet deelnemen/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 (1e generatie). Per onderzoeksgroep konden 10 interviews plaatsvinden. Omdat de Turkse groep het grootst is in Nederland, is gekozen voor de volgende aantallen respondenten: 8 Turkse, 6 Marokkaanse en 6 Surinaamse respondenten in een evenredige verdeling over de twee onderzoeksgroepen. Voor het afnemen van de interviews zijn drie vrouwelijke interviewers geworven van respectievelijk Marokkaanse, Turkse en Surinaamse afkomst. Zij hadden de opdracht om de respondenten te werven. Eerst zijn de respondenten geworven die wel gebruik maken van gezondheidsbevorderende activiteiten. Hierbij is gestreefd naar variatie wat betreft geslacht, opleidingsniveau en leeftijd en geslacht in de etnische groepen.

De werving van de migranten die wel gebruik maken 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 gebruik maken 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 overeen kwamen 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 aan de hand van een vragenlijst die is vertaald in de eigen taal van de respondenten. De interviewers hebben een voorafgaand aan de interviews een training gehad en er heeft tussentijds overleg 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.

## 2. Resultaten

### 2.1 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 gemiddelde leeftijd in de groep niet-deelnemers is 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 over-grote 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 hoog-opgeleide Marokkaanse respondenten voor de groep niet-deelnemers.

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. 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 en niet makkelijk te kunnen rondkomen van het totale huishoudinkomen. Vier respondenten kunnen gemakkelijk rondkomen en 5 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 met de kanttekening dat er de laatste jaren sprake is van een negatieve verandering van houding en sfeer ten opzichte van buitenlanders. 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 geen wat 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.

## 2.2 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 naast 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. Een kleine helft voelt zich “er tussenin”, kortom, niet goed, 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. Naast lichamelijke problemen, zijn door de respondenten vooral ook psychische problemen genoemd. Deze variëren van het zich soms neerslachtig voelen, of melancholiek zijn, tot ge-diagnosticeerde depressies. De meeste respondenten leggen een verband tussen lichamelijke en geestelijke klachten: het een beïnvloedt het ander.

## 2.3 Zorgconsumptie en gezondheidsgedrag

Acht van de twintig respondenten gebruikt 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. Zij die dit in het verleden niet waren, zijn van huisarts veranderd. Vooral de persoonlijke betrokkenheid van de huisarts en zijn of haar interesse in de achtergrond, vragen en behoeften van de patiënt worden gewaardeerd. Ondanks dat men over het algemeen redelijk tevreden is, zij er 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 zijn in de interviews de volgende zorgprofessionals genoemd waarvan de respondenten gebruik maken: allochtone zorgconsulenten, fysiotherapeuten, een psycholoog, een psychotherapeut, specialisten in het ziekenhuis, diëtisten, wijkverpleegkundigen en een maatschappelijk werkster.

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 lichamelijk actief te zijn. Niettemin menen veel andere respondenten dat het wel beter zou kunnen, zeker in het licht van het feit dat alle respondenten het belang van sporten en bewegen voor de gezondheid ruimhartig onderschrijven. Sporten wordt vooral van belang geacht voor het verbeteren van de lichamelijke conditie en voor de ontspanning van lichaam en geest. Een aantal respondenten zegt ook te (willen) sporten om af te vallen, of om op gewicht te blijven. Ook het belang van een goede, matige en uitgebalanceerde voeding wordt door bijna alle respondenten onderschreven. De meeste respondenten zeggen ook (goed) op de voeding te letten, maar ook hier geven de respondenten 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. Tot slot



hebben we aan de respondenten gevraagd of zij nog andere activiteiten onder-nemen om gezond te blijven. Het zoeken van voldoende ontspanning, in de vorm van hobby's, omgang met familie of vrijwilligerswerk is in dit verband het meest genoemd door de respondenten.

## 2.4 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 men de eigen gezondheid geeft: de niet-deelnemers zeggen vaker zich "gezond" te voelen en de deelnemers stellen vaker dat zij hun gezondheid "slecht" is. Dit verschil kan (deels) verklaard worden uit de gemiddeld jonge-re leeftijd van de niet-deelnemers. Wellicht heeft ook de selectie van deelnemende respon-denten – 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 tussen het al dan niet deelnemen aan gezondheidsbevorderende activiteiten. Ook het verband met de gerapporteerde gezondheidstoestand is niet eenduidig: (ernstig) zieke respondenten gaan soms relatief 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.

## 2.5 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 deel genomen. Het gaat hierbij om 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 buurhuis of persoonlijke contacten met de gezondheidsbevorderende activiteit in contact gekomen. Meestal besloten zij om mee te doen, omdat ze een positief effect verwachtten op hun ziekte 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.

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 gezondheids-bevorderende activiteit deelnemen.

## 2.6 Redenen om niet aan gezondheidsbevorderende activiteiten mee te doen en behoefte in de toekomst

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 zijn verschillend; 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 gezondheidsbevoerde-rende activiteiten bestaan. De redenen die niet-deelnemers voor het niet gebruik van de ge-zondheidsbevorderende activiteiten lopen sterk uiteen, geen tijd wordt o.a. genoemd.

De helft van de niet-deelnemers heeft behoefte aan ondersteuning bij het verbeteren van de eigen gezondheid; 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 uitzondering na, geven alle niet-deelnemers aan in de toe-komst deel te zullen nemen aan een gezondheidsbevorderende activiteit. Zij noemen alle-maal sport. Ook worden voorlichtingsbijeenkomsten genoemd. 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.

## 2.7 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 wervingsstrategieën; aparte gezondheidsbevorderende interventies voor allochtonen waar nodig, (meer) groepinterventies waarin diverse doelen verenigd worden, 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.

Er zijn 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 eerstgenoemden hechten meer belang aan de mogelijkheid om interventies in de eigen taal aan te bieden en ruim-te voor religieuze diversiteit.

Tot slot hebben we de verbetervoorstellen van de respondenten en de aanbieders vergeleken. De voorstellen van de aanbieders en die van de respondenten bevatten in grote mate dezelfde elementen. De voorstellen van de respondenten 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 respondenten meer impliciet. Toch kan geconcludeerd worden 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.