

# *Match tussen zorgaanbod en zorgvraag van Hagenaars met een migratieachtergrond*

VERKENNING VAN BEREIK EN AANSLUITING  
VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN DEN HAAG

Ahmed Hamdi

Suzan Koçak

Hans Bellaart

Jessica van den Toorn



# Match tussen zorgaanbod en zorgvraag van Hagenaars met een migratieachtergrond

VERKENNING VAN BEREIK EN AANSLUITING VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN DEN HAAG

April 2017

Ahmed Hamdi

Suzan Koçak

Hans Bellaart

Jessica van den Toorn

# inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
1.1	Achtergrond en vraagstelling	3
1.2	Context	4
1.3	Onderzoeksmethode	5
1.4	Leeswijzer	5
<b>2</b>	<b>Analysemodel</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Individuele factoren zorgvraag in een migratiecontext</b>	<b>9</b>
3.1	Cultuurverschillen	9
3.2	Achterstand als gevolg van migratieachtergrond	11
3.3	Minderheidspositie	12
<b>4</b>	<b>Kenmerken zorgaanbod en match met de vraag</b>	<b>14</b>
4.1	Kenmerken zorgaanbod en (mis)matches met de vraag	14
4.2	Overeenkomsten en verschillen tussen de migrantengroepen	19
4.3	Overeenkomsten en verschillen tussen de zorgsectoren	20
4.4	Match tussen zorgaanbod en vraag	21
<b>5</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>22</b>
5.1	Conclusies	22
5.2	Bouwstenen voor verbetering van bereik en aansluiting	25
	Bijlage 1. Literatuur	27
	Bijlage 2: Impressie bestaand specifiek intercultureel aanbod	28

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond en vraagstelling

De gemeente Den Haag ontvangt signalen dat de gezondheidszorg inwoners met een migratieachtergrond niet voldoende effectief bereikt en dat het aanbod en de werkwijze niet altijd goed aansluiten op de behoeften en de leefwereld van deze groepen. Ook vanuit de literatuur is bekend dat voor mensen met een migratieachtergrond bepaalde factoren van invloed kunnen zijn op de toegankelijkheid van de zorg. In hoeverre spelen deze factoren een rol binnen de Haagse setting? Tegelijkertijd is er een toename van het gebruik van de zorg die interculturele zorgaanbieders aanbieden. Zou dat te maken kunnen hebben met factoren die zorgen voor een mismatch tussen de vraag en het reguliere aanbod?

Meer inzicht in de beleving van de gezondheidszorg door Hagenaars met een migratieachtergrond acht de gemeente wenselijk, evenals meer informatie over de mogelijke knelpunten die professionals in de gezondheidszorg zelf ervaren. Dit verkennende onderzoek levert inzicht vanuit het perspectief van migrantengroepen en zorgprofessionals en schetst een conceptueel kader met factoren die invloed kunnen hebben op de toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg. Hoewel de geïnterviewde respondenten uit de migrantengroepen over het algemeen beaamen dat de Haagse gezondheidszorg in essentie toereikend is, geven zij ook aan waar er een mismatch is tussen vraag en aanbod. Deze informatie levert bouwstenen voor verbetering. Deze bouwstenen kunnen als basis dienen voor een dialoog tussen vertegenwoordigers van de gezondheidszorg en van migrantengroepen. Beide partijen zouden in een dialoog kunnen bespreken hoe er wel een goede match te maken is tussen de gezondheidszorg en zorgvragers met een migratieachtergrond.

## Vraagstelling

De onderzoeksvragen van dit verkennend onderzoek zijn als volgt:

1. In welke sectoren in de gezondheidszorg is sprake van onder- of overconsumptie door migranten, volgens recent onderzoek in Den Haag en Nederland?
2. Welke factoren kunnen de toegang tot (bepaalde vormen van) de gezondheidszorg belemmeren dan wel bevorderen voor Hagenaars met een migratieachtergrond?
  - Wat is de ervaring van de inwoners met een migratieachtergrond?
  - Wat is de ervaring van professionals in de gezondheidszorg?
3. Welke belemmerende en bevorderende factoren bepalen of het aanbod en de werkwijze van de gezondheidszorg goed aansluiten bij de verwachtingen van deze groepen Hagenaars?
  - Wat is de ervaring van de inwoners met een migratieachtergrond?
  - Wat is de ervaring van professionals in de gezondheidszorg?

## Afbakening van het onderzoek

- Hagenaars met een migratieachtergrond  
Binnen dit verkennende onderzoek hebben wij ons gericht op de vijf grootste groepen inwoners met een migratieachtergrond in de gemeente Den Haag. Dit zijn inwoners die geboren zijn in Suriname, de Nederlandse Antillen, Turkije, Marokko of Polen en/of waarvan ten minste een van de ouders in die landen geboren is.
- Gezondheidszorg  
De gezondheidszorg is breed en kent verschillende sectoren. Wij beperken ons tot vijf sectoren: huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, ouderenzorg, thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg. Van de laatste drie sectoren bestaan er signalen dat migrantengroepen ze minder goed weten te bereiken en andersom.

## 1.2 Context

Uit de Gezondheidsmonitor Den Haag (2014) blijkt dat Hagenaars met een migratieachtergrond – en met name Hagenaars van Turkse of Marokkaanse herkomst- in vergelijking tot Hagenaars zonder migratieachtergrond, hun gezondheid minder vaak als ‘goed’ of ‘zeer goed’ beschouwen. Toch blijkt uit onderzoek dat dit niet op alle vlakken leidt tot meer gebruik van zorg. Er zijn verschillen tussen het gebruik van de zorg van huisartsen, ziekenhuizen enerzijds en de GGZ, ouderenzorg en thuiszorg anderzijds. Cijfers uit de Haagse Integratiemonitor (De Gruijter, Gilsing & Pels, 2014) laten zien dat het huisartsenbezoek in 2012 van Antilliaanse, Turkse, Marokkaanse en Surinaamse Nederlanders van 19 jaar en ouder hoger ligt dan bij Hagenaars van Nederlandse komaf. Van de Antilliaanse Nederlanders gaf 83 procent aan in het afgelopen jaar minstens een keer de huisarts te hebben bezocht, dat was 80 procent bij de Turkse Nederlanders, 83 procent bij de Marokkaanse Nederlanders en 80 procent bij de Surinaamse Nederlanders. Gemiddeld is dat hoger dan bij Nederlanders zonder migratieachtergrond: 77 procent van hen geeft aan de huisarts minstens een keer bezocht te hebben in het afgelopen jaar. De integratiemonitor meldt tevens dat er een duidelijk verschil is tussen de eerste en de tweede generatie. Van de eerste generatie niet-westerse groepen geeft 80,8 procent aan dat zij minstens één keer de huisarts hebben bezocht. Dit percentage is bij de tweede generatie lager, namelijk 72,8 procent. Dit percentage is ook lager dan het percentage autochtone Hagenaars (jong en oud) die aangeven de huisarts minstens één keer te hebben bezocht: 76,6 procent.

Van de overige sectoren (ziekenhuis, thuiszorg, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg) zijn dergelijke uitgesplitste gegevens voor Den Haag niet beschikbaar. Wel staat in de Haagse Gezondheidsmonitor (Gemeente Den Haag, 2014) dat 8 procent van de Hagenaars heeft aangegeven in 2012 behandeld te zijn voor een depressie. Van de inwoners met een migratieachtergrond uit niet-westerse landen onderging 11 procent een dergelijke behandeling, terwijl dit voor inwoners zonder migratieachtergrond en migranten uit westerse landen op 6 procent lag. Dit duidt duidelijk op een sterke oververtegenwoordiging van bewoners met een (niet-westerse) migratieachtergrond bij de behandeling van een depressie.

Op landelijk niveau blijkt uit het Nationaal Kompas Volksgezondheid (Van der Lucht & Verweij, 2010) duidelijk dat burgers met een migratieachtergrond vaker contact hebben met de huisarts dan burgers zonder migratieachtergrond. Hetzelfde geldt voor het ziekenhuisbezoek. Van de thuis- en ouderenzorg maken burgers met een migratieachtergrond juist weer minder gebruik dan burgers zonder migratieachtergrond.

Tegelijkertijd lijkt het aantal organisaties die zich specifiek op migrantengroepen richten binnen de thuis-, ouderen- en geestelijke gezondheidszorg te groeien. Een voorbeeld is i-psy, gespecialiseerde interculturele psychiatrische zorg. Los van de vraag of dit wenselijk is, roept het de vraag op of de behoefte aan specifieke interculturele zorg wordt veroorzaakt door drempels naar, of tekortschieten van de reguliere gezondheidszorg.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2000) heeft destijds aangegeven dat de Nederlandse gezondheidszorg onvoldoende is afgestemd op cultureel bepaalde verschillen in ziektebeleving; de Nederlandse opvattingen over ziekte en gezondheidszorg zijn maatgevend. Dit leidt in veel gevallen tot onvoldoende herkenning van klachten en daarmee tot onjuiste diagnoses en behandelingen.

In dit licht is ook de omarming de afgelopen jaren van het concept van ‘positieve gezondheid’ door de gezondheidszorg van belang. Hierbij ligt de verantwoordelijkheid voor de gezondheid bij de burger zelf en heeft de zorgprofessional een meer ondersteunende rol. Het Verwey-Jonker Instituut sprak in 2014 met 277 personen, afkomstig uit alle geledingen van de gezondheidszorg, over dit nieuwe concept van gezondheid en hun visie op de toekomstige zorg (De Gruijter, Gilsig & Pels, 2014). Uit dat onderzoek bleek dat dit concept meer ruimte biedt voor maatwerk, maar het behelst ook een spanningsveld tussen empowerment van de zorgvrager en rekening houden met minder mondige burgers.

Een belangrijk aandachtspunt bij het concept van ‘positieve gezondheid’ is dat niet alle burgers over de competenties beschikken die voor veerkracht en eigen regie nodig zijn. Het risico bestaat dat door de verantwoordelijkheid (voor de eigen gezondheid) mensen als schuldig worden gezien. Met andere woorden: als je ziek bent heb je dat aan jezelf te danken, dan had je maar gezonder moeten leven. Echter, niet iedereen beschikt over dezelfde gezondheidsvaardigheden, ook wel aangeduid met de term ‘health literacy’.

Wanneer het gaat om de vaardigheden om de juiste informatie over de gezondheidszorg te lezen en te begrijpen, vormen burgers met een migratieachtergrond een risicogroep. Wanneer er als gevolg van hun migratiegeschiedenis bijvoorbeeld een beperkte kennis is van het zorgsysteem en/of een beperkte taalvaardigheid, zijn er extra drempels te overwinnen. Hierin heeft de burger in eerste instantie zelf een verantwoordelijkheid.

Er ligt echter niet alleen een taak voor de burgers zelf, zorgprofessionals hebben de plicht om alle burgers kwalitatief goede zorg te bieden. Het is dus voor hen de uitdaging om voor ieder individu te bepalen wat nodig is om de veerkracht en eigen regie te vergroten. Omgang met diversiteit dient daarbij te worden gezien als een onderdeel van kwaliteitsbeleid om tot maatwerk voor patiënten/cliënten te komen.

### 1.3 Onderzoeksmethode

Als eerste stap in het onderzoeksproces hebben we een beknopt literatuuronderzoek uitgevoerd naar belemmerende en bevorderende factoren die een rol kunnen spelen bij de toegang tot de gezondheidszorg voor burgers met een migrantenachtergrond en bij de aansluiting van de zorg op de wensen en behoeften van deze groep. Een overzicht van de gebruikte literatuur is in bijlage 1 opgenomen. De nadruk in de studie lag op de ervaringen van zorgvragers en -aanbieders in Den Haag. Het resultaat van dit literatuuronderzoek is daarbij gebruikt als basis voor zowel de groepsinterviews met de migrantengroepen als de expertmeetings met professionals.

In de periode december 2016 tot en met februari 2017 hebben er twee expertmeetings plaatsgevonden met achttien professionals uit de huisartsen-, ziekenhuis-, thuis- en ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. In totaal spraken we met achttien professionals (minstens twee professionals per sector). Twee huisartsen zijn individueel geïnterviewd.

In dezelfde periode vonden groeps gesprekken plaats met leden van de vijf migrantengroepen. Er zijn elf groeps gesprekken geweest, waaraan in totaal zestig personen hebben deelgenomen. Er waren negen respondenten met een Turkse achtergrond, dertien met een Marokkaanse, twaalf met een Antilliaanse, negentien met een Surinaamse en zeven met een Poolse achtergrond.

### 1.4 Leeswijzer

In **hoofdstuk 2** presenteren we het voor dit onderzoek ontwikkelde analysekader waarin de factoren van de zorgvraag uit migrantengroepen die relevant zijn voor het bereik en de aansluiting van de zorg zijn afgezet tegen de kenmerken van het zorgaanbod. In **hoofdstuk 3** werken we vervolgens de individuele factoren van de zorgvragers met een migratieachtergrond uit. In **hoofdstuk 4** behandelen we de kenmerken van het zorgaanbod en de mismatches die er zijn met de zorgbehoeften vanuit de migrantengroepen. We ronden de rapportage in **hoofdstuk 5** af met samenvattende conclusies en bouwstenen voor de dialoog tussen gemeente, zorgaanbieders en de migrantengroepen over de verbetering van het bereik en de aansluiting van de zorg.

## 2 Analysemodel

In dit hoofdstuk introduceren we ons theoretisch analysemodel waarin we de relatie leggen tussen factoren van de zorgvragers en kenmerken van het zorgaanbod. Uit de literatuur zijn de volgende factoren bekend die de toegankelijkheid en de aansluiting van het aanbod op de vraag kunnen beïnvloeden. Het betreft aspecten die specifiek (of sterker dan bij zorgvragers met een geheel Nederlandse afkomst) naar voren komen bij zorgvragers met een migratieachtergrond.

### **Beperkte kennis van de gezondheidszorg (Seeleman, 2008)**

*Migrantengroepen (met name de eerste generatie) kunnen weinig kennis hebben van het Nederlandse zorgsysteem en weten mogelijk om die reden de weg naar (bepaalde sectoren van) de gezondheidszorg niet (goed) te vinden.*

### **Wantrouwen/negatief imago gezondheidszorg (Suerink, 2007; Bellaart, 2013)**

*Vooral de jeugdzorg heeft te kampen met een negatief imago onder bepaalde migrantengroepen. Gechargeerd wordt jeugdzorg niet gezien als een instantie die kan helpen, maar als een organisatie die kinderen bij hun ouders weghaalt. Dit wantrouwen straalt ook af op andere sectoren van de zorg.*

**Schaamte (Booi, Crok, Ten Broeke, Lindeman & Slot, 2008; Van den Broek, Kleijnen & Keuzenkamp, 2010)** *In sommige migrantengroepen kan er sprake zijn van een zogenoemde 'schaamtecultuur'. Privéaangelegenheden worden privé gehouden en het is niet gebruikelijk om daarbij externe hulp in te schakelen. Het gaat hier voornamelijk om niet-somatische klachten.*

**Behoeftte aan persoonlijke benadering (Heineke, De Bruin, Den Engelsman & Peters, 2012)** *Mogelijk in relatie tot schaamte en een zeker wantrouwen, geven migrantengroepen aan behoefte te hebben aan een persoonlijke benadering van zorgprofessionals.*

### **Beperkte taalvaardigheid (Fransen, Harris & Essink-Bot, 2013; Scheppers, Van Dongen, Dekker & Geertzenl, 2006)**

*Een beperkte beheersing van de Nederlandse taal kan ervoor zorgen dat migrantengroepen niet goed op de hoogte zijn van het zorgaanbod. Dit kan ook de communicatie met zorgverleners belemmeren.*

### **Gebrek aan culturele competenties bij de zorgverlener (Seeleman, 2008)**

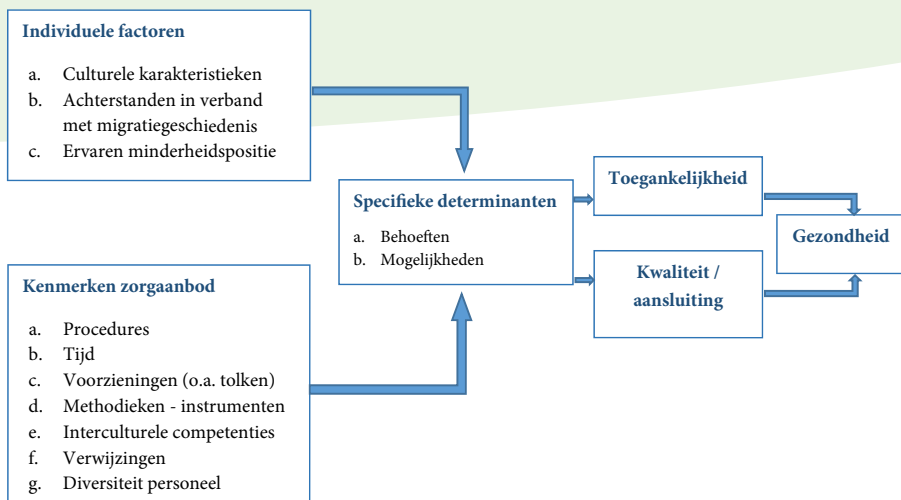
*Zorgverleners die niet op de hoogte zijn van bepaalde scrupules die burgers met een migratieachtergrond kunnen hebben (bijvoorbeeld over taboeonderwerpen als psychische hulp) en vervolgens niet weten hoe zij die op een cultuursensitieve manier kunnen oplossen, kunnen gezien worden als een belemmerende factor.*

### **Gebrek aan etnische diversiteit in de zorgsector (Heineke et al., 2012)**

*Professionals die zelf een migratieachtergrond hebben, kunnen zorgen voor een betere aansluiting met patiënten met een migratieachtergrond. Bijvoorbeeld bij het creëren van een vertrouwensband. Het gebrek aan diversiteit onder het zorgpersoneel kan gezien worden als een belemmerende factor.*

Aanvullend op bovenstaande literatuur hebben we op basis van modellen voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg van onder meer Foets (2007) en Devillé, Lamkaddem, Groenewegen, Spreeuwenberg & Foets, (2012), onderstaand model uitgewerkt om de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg inzichtelijk te maken. De focus ligt hierbij op de wisselwerking tussen de specifieke factoren voor zorgvragers met een migratieachtergrond en de kenmerken van het zorgaanbod. In onderstaand model is weergegeven dat individuele factoren van de zorgvrager en de kenmerken van het aanbod de behoeften en mogelijkheden van beide partijen beïnvloeden en daarmee de toegankelijkheid en de kwaliteit bepalen. Dit heeft invloed op de effectiviteit van de zorg en uiteindelijk op de gezondheid van de zorgvrager.





Daarnaast beïnvloeden kenmerken van het *zorgaanbod* de toegankelijkheid. We onderscheiden de volgende kenmerken:

- a. *Procedures*  
Ingewikkelde of vereenvoudigde procedures, digitale formulieren of vragenlijsten.
- b. *Tijd*  
Wel of geen extra tijd voor uitleg, of tijd om taal- of cultuurverschillen te overbruggen.
- c. *Voorzieningen*  
Mogelijkheden voor tolken, tolkentelefoon, vertaalde informatie, voedsel volgens spijswetten, gebedsruimten, et cetera.
- d. *Methodieken*  
Al dan niet aangepaste vragenlijsten, diagnostiek, werkwijze (bijvoorbeeld cultureel interview), testmateriaal.
- e. *Interculturele competenties*  
De kennis, houding en vaardigheden om effectief te kunnen werken met cliënten met een andere culturele achtergrond en rekening te houden met de implicaties van een migratiegeschiedenis. Omgang met eventuele vooroordelen over groepen.
- f. *Verwijzingen*  
De mogelijkheden om een begeleidde doorverwijzing te realiseren, rekening te kunnen houden met beperkte mogelijkheden van een cliënt.
- g. *Diversiteit personeel*  
De mogelijkheden van herkenning van de cliënt in het personeel, gevoel van vertrouwdsheid, de mogelijkheid om in de eigen taal te spreken, het gevoel vanuit hetzelfde cultureel referentiekader te communiceren, de mogelijkheid om vanuit een divers team kennis uit te wisselen.

De verschillen in behoeften en mogelijkheden tussen zorgvrager en zorgaanbieder kunnen een mismatch veroorzaken. Dit biedt aanknopingspunten om in dialoog tussen vragers en aanbieders te zoeken naar oplossingen.

*Factoren* die van invloed zijn op het *individuele niveau* zijn natuurlijk demografische en genetische kenmerken, zoals leeftijd en sociaaleconomische status, maar in dit model leggen wij de focus op de specifieke elementen die samenhangen met de migratiegeschiedenis.

- a. *Culturele karakteristieken*  
Dit betreft cultuurbepaalde normen en waarden, communicatiestijl, eergevoel, ziektebeleving en een cultuurbepaald verklaringskader voor gezondheidsproblemen.
- b. *Achterstanden in verband met migratiegeschiedenis*  
Het gaat om achterstanden in kennis van de Nederlandse taal, kennis van de Nederlandse samenleving en het zorgsysteem en om beperkte sociale netwerken.
- c. *Ervaren minderheidspositie*  
Dit zijn factoren als wantrouwen tegenover de Nederlandse samenleving, ervaren dominantie vanuit de samenleving, vooroordelen of discriminatie.



De toegankelijkheid en kwaliteit (waaronder de aansluiting van de geboden kwaliteit op de behoefte van de patiënt/cliënt) worden bepaald door de determinanten van de behoefte en de mogelijkheden van de zorgvrager en de zorgaanbieder. De *behoefte* worden ingekleurd door gezondheidsopvattingen, de verwachtingen en de houding van de zorgvrager tegenover de zorg, maar ook door de verwachtingen van de zorgaanbieder. De *mogelijkheden* betreffen de kennis van gezondheid en ziektes en van de zorg, de financiële middelen, de taalvaardigheid en hulpbronnen enerzijds en de mogelijkheden van de zorgaanbieder om zorg op maat te bieden waarbij rekening wordt gehouden met de specifieke kenmerken van de zorgvrager.

Het hier gepresenteerde analysemodel hebben we in de studie gebruikt om de factoren die in het onderzoek zijn aangetroffen te ordenen en te beschrijven hoe deze factoren in samenhang van invloed zijn op het zorggebruik. Daarnaast hebben we de behoeften van cliënten/patiënten uit de migrantengroepen vergeleken om zo de match en mismatch tussen beide in beeld te krijgen en daarmee een basis te leggen voor verdere verbetering van de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg aan deze migrantengroepen. Ook hebben we hierbij een link gelegd naar de het concept van 'positieve gezondheid'.

# 3 Individuele factoren zorgvraag in een migratiecontext

In dit hoofdstuk behandelen we met behulp van het hiervoor geïntroduceerde analysemodel de relevante aspecten van de zorgvraag vanuit het perspectief van de vijf migrantengroepen. We lichten de verschillende onderdelen toe door knelpunten in de praktijk te beschrijven. In het volgende hoofdstuk gaan we in op de kenmerken van het zorgaanbod uit het model en beschrijven we expliciet de punten waarop de zorgprofessionals en de migrantengroepen een mismatch tussen vraag en aanbod constateren.

## 3.1 Cultuurverschillen

Wat betreft cultuurverschillen onderscheiden we op basis van de gevoerde gesprekken en literatuur de volgende onderdelen:

- a. Behoeftte aan persoonlijke band met professional
- b. Communicatiestijl
- c. Schaamte
- d. Omgangsvormen
- e. Voorkeur voor diagnose en medicatie
- f. Huismiddeltjes en raadplegen alternatieve geneeswijzen

### *ad a. Behoeftte aan persoonlijke band met professional*

Patiënten met een migrantenachtergrond, zo menen de respondenten, hebben behoefte aan het (opbouwen) van een vertrouwensband; daar is tien minuten niet genoeg voor.

*“Ik vind dat huisartsen meer tijd moeten maken voor patiënten. Laatst kwam ik binnen en mijn huisarts keek naar zijn bureau en zei alleen: Goedemorgen, zeg het maar. Hij keek mij niet eens aan. Ik zei toen: Waarom kijkt u mij niet aan? Ben ik zo lelijk?”*

*”Deelnemer groepsgesprek Surinaamse Nederlanders*

Uit de groepsgesprekken met de migrantengroepen komt naar voren dat alle migrantengroepen bijna unaniem moeite hebben met de zakelijke houding en het gebrek aan persoonlijke aandacht, empathie en betrokkenheid van de professional. Binnen dit kader noemen zij de huisarts, als eerste contactpersoon in de eerstelijnszorg, het vaakst. In relatie met de tijdsdruk (zie paragraaf 6.2.2.) hekelen de migrantengroepen wat zij noemen de ‘tienminutenregel’. Iedere patiënt heeft tien minuten om zijn/haar klacht te presenteren, voor andere zaken dient een nieuwe afspraak gemaakt te worden.

*“Je mag per consult maar over één klacht praten. Maar dokter, ik heb ook buikpijn. – Bel maar voor een afspraak voor volgende week. Zo gaat dat.”*

*Deelnemer groepsgesprek Surinaamse Nederlanders*

### *ad b. Communicatiestijl*

Personen uit de vijf groepen met een migratieachtergrond lijken een voorkeur te hebben voor een meer indirecte vorm van communicatie. De directe communicatiestijl van zorgprofessionals in Nederland kan een belemmerende factor zijn. Dit hangt vaak ook samen met andere factoren zoals taalbeheersing, gebrek aan een persoonlijke band met de zorgprofessional en weinig kennis van het zorgsysteem en van het eigen lichaam.

Een huisarts met een migratieachtergrond weet echter concreet te verwoorden welke verschillen opvallen tussen de manier waarop Nederlandse professionals communiceren en hoe een professional met een migratieachtergrond dat waarschijnlijk zal doen.

*“Nederlanders zijn direct. Daar hebben migranten moeite mee. Dan wordt er gezegd: U heeft kanker en u gaat dood, klaar. Of als iemand vraagt: Kan ik kanker hebben? Een autochtone Nederlander zegt: Ja, dat is mogelijk. Ik zeg: Waarschijnlijk niet, maar we kunnen het niet helemaal uitsluiten. Daar haalt een patiënt veel meer voldoening uit en is hij/zij toch gerustgesteld.”*

*Huisarts*

### *ad c. Schaamte*

De rol van schaamte en taboes blijkt vooral bij bespreking van de geestelijke gezondheidszorg. De geestelijke gezondheidszorg wordt volgens de respondenten uit de migrantengroepen weinig gebruikt, omdat daar een stigma op rust. Er bestaat bij migrantengroepen een negatief beeld van de geestelijke gezondheidszorg wanneer het gaat om wat de zorg te bieden heeft, maar ze zijn ook bang voor veroordeling en/of onbegrip van hun (directe) omgeving.

*“Veel mensen komen pas in de geestelijke gezondheidszorg terecht in een gedwongen kader, maar zelfs dan is de weerstand groot. Ze willen niet bekend staan als “de gek die naar de ggz gaat”. Een bijnaam in de Antilliaanse gemeenschap, dat is voor het leven. Dat maakt de weerstand nog groter.”*

*Deelnemer groeps gesprek Antilliaanse Nederlanders*

De respondenten ontvangen wel signalen dat het beeld aan het veranderen is, voornamelijk bij de jongste generaties. De professionals uit de expertmeetings geven aan dat ze binnen de GGZ alleen nog een ondervertegenwoordiging zien bij Marokkaanse Nederlanders. Vertegenwoordigers van i-psy, gespecialiseerde interculturele psychiatrische zorg, geven aan zelfs wachtlijsten te hanteren. De gemiddelde wachttijd voor nieuwe patiënten is zes maanden. Daarnaast merken zij een vorm van protoprofessionalisering, hun cliënten voelen zich vrij om over geestelijke gezondheidszorg te praten, waardoor de kennis en de acceptatie van geestelijke gezondheidszorg binnen deze groepen toenemen.

Naast de geestelijke gezondheidszorg blijkt er (binnen ons onderzoek) – in mindere mate - een taboe te rusten op ouderenzorg. Ook zijn er verschillen tussen de etnische groepen. Binnen de Surinaams-Nederlandse gemeenschap lijkt het iets gebruikelijker om ouderenzorg in te schakelen, terwijl de Turkse en Marokkaanse Nederlanders hier wat terughoudender in zijn.

*“Ja, het is inderdaad een schande om je familieleden in een verpleeghuis te droppen. Maar in de context van het dagelijks leven is het niet haalbaar om de zorg voor een oudere op je te nemen. Ouderen verwachten ook niet van hun kinderen dat ze hun eigen leven opzichschuiven hiervoor, ze hebben zelf nu ook kinderen om voor te zorgen.”*

*Deelnemer groeps gesprek Surinaamse Nederlanders*

Dergelijke zorg wordt bij Turkse en Marokkaanse Nederlanders vaak verleend binnen de familiekring. Ook de professionals geven aan dit waar te nemen. Toch zijn er, wederom bij de jongste generaties, aanwijzingen dat dit beeld aan het veranderen is. Nieuwe generaties zouden steeds meer open staan (soms noodgedwongen door werk of andere verplichtingen) voor professionele hulp van buitenaf. Onze Pools-Nederlandse respondenten geven aan dat vanuit Polen het eveneens gebruikelijk is om de zorg voor je ouders binnen de familie op te vangen, maar in Nederland is dat nog niet aan de orde geweest. De meeste Poolse migranten zijn jong, waardoor het gebruik van thuiszorg en ouderenzorg (nog) niet nodig is.

### *ad d. Omgangsvormen*

Een klein deel van de migrantengroepen vindt dat de zorg te weinig rekening houdt met specifieke omgangsvormen binnen de verschillende migrantengemeenschappen. Concrete voorbeelden: de thuiszorgprofessional die zijn/haar schoenen aanhoudt in huis en huisartsen die vrouwen doorverwijzen naar mannelijke gynaecologen.

*“Je komt bij iemand thuis, dat is heel privé. Als de thuishulp de cultuur niet kent, en iemand gewoon met schoenen aan het huis binnenloopt... Bij een oud vrouwtje overtreed je dan de norm van haar huis.”*

*Deelnemer groeps gesprek Surinaamse Nederlanders*

*“Bij een afspraak van haar vader over prostaatproblemen, waar zij de rol van tolk op zich had genomen, vroeg de arts of er sprake was van erectieproblemen. Ze geeft aan dat dit een zeer beschamende situatie was voor haar en niet wist hoe te reageren. Artsen zouden hier rekening mee moeten houden en moeten weten dat ze dergelijke vragen niet kunnen stellen.”*

*Opgetekend uit een groeps gesprek met Marokkaanse Nederlanders*

### *ad e. Voorkeur voor diagnose en medicatie*

Met uitzondering van Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders, geven de meeste migrantengroepen aan dat de zorg in het land van herkomst sneller en goedkoper is, maar dat daar ook gemakkelijker medicatie voorgeschreven wordt. Turkse, Marokkaanse en Poolse Nederlanders zeggen binnen ons onderzoek dat zij een sterkte behoefte hebben aan diagnose en medicatie en in Nederland een barrière ervaren. Een voorbeeld hiervan is de verwachting bij patiënten als ze een huisarts consulteren. Patiënten met

een migratieachtergrond willen eerder een concrete oplossing, zekerheid en/of medicijnen. Zij ergeren zich aan het volgens hen vaak gegeven advies van de huisarts om eerst paracetamol uit te proberen. Zij voelen zich vaak niet serieus genomen in hun klachten.

Een voortvloeiende hiervan is dat de migrantengroepen (met als uitzondering de Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders) in het land van herkomst gebruikmaken van zorg. Daarbinnen zijn er kleine verschillen op te merken tussen de etnische groepen. Zo geven voornamelijk Turkse en Marokkaanse Nederlanders aan in het land van herkomst (body)scans te laten uitvoeren om zeker te weten dat zij niets mankeren of om zeker te weten dat zij de kwaal hebben waarvan de artsen in Nederland zeggen dat ze eraan lijden. Die behoefte aan zekerheid kan volgens de geïnterviewden in Nederland veelal niet worden vervuld, omdat zij te maken krijgen met barrières bij de doorverwijzing voor dergelijke scans. In Nederland moet daar een medische noodzaak voor zijn. In het land van herkomst is dat niet nodig, zolang men betaalt voor de gewenste service.

*“In Nederland is het idee vaak bij professionals in de zorg dat een klacht op een natuurlijke manier (over) moet gaan. In Polen krijg je als je een oorontsteking hebt, gelijk een kuur. Als je hier met je kind naar de huisarts gaat omdat hij/zij griep heeft dan krijg je paracetamol. Poolse mensen denken dan: wat is dit?”*

*Deelnemer groeps gesprek Poolse Nederlanders*

*“De dames herkennen dat veel Turken en Marokkanen voor zorg naar het buitenland gaan. Ze voelen zich in Nederland onvoldoende begrepen en zijn niet tevreden met een antwoord als “laten we het in de gaten houden.” In Turkije of Marokko krijgen ze in één keer een hele check-up van het lichaam. Dat stelt gerust.”*

*Opgetekend uit een groeps gesprek met Turkse en Marokkaanse Nederlanders*

Bij de Poolse Nederlanders lijkt de voorkeur voor zorg in het land van herkomst nog sterkere vormen aan te nemen. De respondenten in dit onderzoek, stellen dat als Poolse Nederlanders gebruikmaken van zorg ze dat meestal doen bij een Pools-Nederlandse professional in Nederland of in Polen zelf. Daar krijgen zij sneller medicatie en kunnen ze sneller terecht bij een specialist. Een klein deel van hen geeft aan ook geen vertrouwen te hebben in Nederlandse zorgprofessionals, vaak als gevolg van een negatieve ervaring.

*“Ik ben vier keer naar de huisarts geweest voordat ik werd doorverwezen naar een specialist, terwijl ik al bij de eerste afspraak vroeg of ik doorverwezen kon worden. Ik moest eerst medicijn A proberen, dan medicijn B. Aan het einde van het traject moest ik alsnog naar een specialist. Ik ben toch geen proefkonijn?”*

*Deelnemer groeps gesprek Poolse Nederlanders*

### **ad f. Huismiddeltjes en raadplegen alternatieve geneeswijzen**

Voor de geïnterviewden met een Antilliaanse en Surinaamse afkomst geven aan dat mensen uit hun gemeenschappen van huis uit meekrijgen dat zij, zodra zij ziek zijn, eerst gebruikmaken van huismiddeltjes voordat ze een zorgprofessional raadplegen. Ook schakelen zij hulp in van religieuze of alternatieve geneesheren voordat zij een afspraak maken bij de huisarts. Dit is een mogelijke verklaring waarom zij relatief minder vaak gebruikmaken van een huisarts.

## **3.2 Achterstand als gevolg van migratieachtergrond**

Deze achterstand bestaan vooral uit:

- a. taalachterstand;
- b. weinig kennis van het zorgsysteem;
- c. weinig kennis van het eigen lichaam.

We werken de verschillende onderdelen in het vervolg van deze paragraaf verder uit.

### **ad a. Taal**

Het niet voldoende beheersen van de Nederlandse taal loopt zowel bij de toegankelijkheid als bij de aansluiting van de zorg als een rode draad door veel knelpunten heen. Wanneer patiënten met een migratieachtergrond de taal onvoldoende spreken, kan dit voor allerlei misverstanden, miscommunicaties en barrières zorgen.

Zowel de migrantengroepen als de professionals geven aan dat taal een probleem kan zijn bij de toegankelijkheid. Enerzijds doordat patiënten de weg niet kennen in het systeem. Anderzijds doordat sommige patiënten letterlijk geen toegang tot zorg krijgen, omdat ze niet (goed) kunnen communiceren met de zorgprofessional.

*“In het ziekenhuis worden moeilijkere woorden gebruikt. Vrouwen die zich wel redden bij de huisarts, hebben hier toch wel weer iemand nodig die kan tolken. Vaak is dat een zoon of dochter. De vrouwen zouden het heel goed vinden als er standaard een tolk aanwezig was in het ziekenhuis. Dan hoeven ze niet steeds mensen uit hun netwerk te vragen. Dat is toch een belasting.”*

*Opgetekend uit een groeps gesprek met Turkse Nederlanders*

Leden uit de migrantengroepen kunnen bijvoorbeeld niet altijd even goed in een kort tijdsbestek hun klachten presenteren. Daar is soms meer tijd voor nodig, evenals uitleg over klachten en ziekten, als de basiskennis over zorg en het lichaam bij de patiënt miniem is.

Als er wel een tolk beschikbaar is, in de praktijk vaak een familielid, kan dat weer voor andere belemmerende factoren zorgen, voornamelijk in de ouder-kindrelatie. Met name binnen de migrantengroepen bestaan er taboeonderwerpen zoals psychische problematiek en seksualiteit (seksueel gerelateerde klachten).

In heel Nederland, waaronder in Den Haag komen er steeds meer interculturele zorgaanbieders. Zij bieden onder andere zorg in de taal van het land van herkomst. Met name de Turkse, Marokkaanse en Poolse Nederlanders die wij voor ons onderzoek spraken, vinden het een goede ontwikkeling dat er dergelijke zorgaanbieders bestaan. Enkelen van hen geven aan dat ze dergelijke instanties in ieder geval nuttig vinden voor de ‘transitieperiode’. Volgens hen zullen latere generaties hun weg in het Nederlandse systeem mogelijk beter vinden en ook meer aansluiting vinden door betere kennis van de Nederlandse taal en het zorgsysteem.

### **ad b. Kennis van het zorgsysteem**

Het beeld dat uit de gesprekken met de professionals en de respondenten uit de migrantengroepen naar voren komt, is dat Hagenaren met een migratieachtergrond de huisarts en de acute zorg (ziekenhuis) goed weten te vinden, maar dat er beperkte kennis is van het gehele zorgsysteem en de andere sectoren van zorg (de thuis- en ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg). Beide partijen (professionals en migrantengroepen) vinden dit een belangrijk knelpunt. Het zorgsysteem is complex, maar vooral voor burgers met een migrantenachtergrond die een sociaaleconomische en/of taalachter-

stand hebben. Hoewel de partijen begrijpen dat het systeem lastig te veranderen is, zou de oplossing kunnen liggen bij voorlichting.

*“Ook autochtone Nederlanders hebben moeite hun weg te vinden in het systeem. Voor migrantengroepen is dat extra moeilijk, als er bijvoorbeeld een taalbarrière is.”*

*Professional thuiszorg*

*“Ze weten de weg niet te vinden met alle regels. Ze ervaren het als een grote chaos. Ze worden van het kastje naar de muur gestuurd, bijvoorbeeld wanneer het gaat om thuis- of ouderenzorg. Ze haken dan op een gegeven moment af omdat het te complex wordt. Ze modderen dan maar wat aan, tot het niet meer gaat.”*

*Professional thuiszorg*

### **ad c. Kennis van het eigen lichaam**

Naast beperkte kennis van het zorgsysteem kan ook beperkte kennis van het eigen lichaam een rol spelen bij de toegankelijkheid en aansluiting van de gezondheidszorg. Een deel van de migrantengroepen (voornamelijk Turkse en Marokkaanse Nederlanders) geven aan dat als zij weinig weten van de werking van het menselijk lichaam, zij ook niet kunnen inschatten hoe ernstig hun klacht is en waar ze daarmee terecht kunnen. Zij zijn van mening dat dit vooral van toepassing is op de eerste generatie migranten. Ook spreken de Turkse en Marokkaanse Nederlanders over een angst voor enge ziektes.

*“Als je iets voelt dan word je onrustig en wil je snel een diagnose om erger te voorkomen. We zijn angstig geworden omdat ziektes vaker voorkomen. Je hoort veel over kanker.”*

*Deelnemer groeps gesprek Turkse Nederlanders.*

*Er wordt een voorbeeld gegeven van een vrouw die aan het hyperventileren was, maar het leek op een hartaanval. De ambulance kwam en het personeel begon haar vragen te stellen. De vrouw kende haar lichaam zo slecht, dat ze haar pijn en klachten niet kon omschrijven. Ze had geen idee wat er in haar lijf gebeurde.*

*Opgetekend uit een groeps gesprek met Turkse Nederlanders.*

### 3.3 Minderheidspositie

De (ervaren) minderheidspositie van de migrantengroepen hangt vooral samen met het beeld dat het zorgaanbod is gebaseerd op de dominante (Nederlandse) cultuur en dat deze niet altijd of in ieder geval niet in voldoende mate rekening houdt met de specifieke behoeften en verwachtingen van verschillende migrantengroepen. Dit leidt bij een deel van deze groep tot het gevoel niet voldoende serieus genomen te worden. Ook leidt het tot het gevoel dat de geboden zorg van onvoldoende kwaliteit is, er wordt immers niet aan de verwachtingen van de patiënten/cliënten voldaan. In beide gevallen ondermijnt dit het vertrouwen in de zorg en lijkt er zelfs wantrouwen te zijn. Als gevolg hiervan gaan mensen op zoek naar alternatieven als zelfhulp, -medicatie en het gebruikmaken van de zorg in het land van herkomst. Eerder stelden we al dat Poolse Nederlanders minder vertrouwen hebben in het Nederlandse zorgsysteem, als gevolg van teleurstelling in eerder contact. Maar dit gevoel wordt ook breder gedeeld door de andere migrantengroepen.

*Ze (Marokkaanse Nederlanders) geven aan dat het deels ook te maken heeft met vertrouwen, of juist het gebrek eraan. Wanneer ze wel gaan worden ze vaak naar huis gestuurd met de opmerking “ziek maar uit”. Dit zorgt ervoor dat ze bij ziekte of iets dergelijks de moeite niet nemen om naar de huisarts te gaan, omdat ze door ervaringen in de veronderstelling zijn dat de arts toch niets voor hen zal betekenen. Een deelnemer geeft aan dat haar kinderen daarom geen afspraak maken bij de huisarts als ze ziek zijn.*

*Opgetekend uit een groeps gesprek met Marokkaanse Nederlanders*

Als mensen in een minderheidspositie verkeren, kan het gevoel dat zij geconfronteerd worden met vooroordelen of zelfs discriminatie een rol gaan spelen. Zo werd in een van de gesprekken met Surinaamse Nederlanders naar voren gebracht dat huisartsen of professionals in de thuiszorg soms het gevoel geven dat Surinaamse Nederlanders te veeleisend zijn en overdrijven om de door hen gewenste zorg te krijgen. Volgens de geïnterviewden leiden dit soort ervaringen ertoe dat mensen zorg mijden of juist gaan overdrijven, omdat ze het gevoel hebben iets extra's te moeten doen om goede zorg te krijgen. Professionals geven aansluitend aan dat ook zij soms het wantrouwen tegenover de gezondheidszorg ervaren in het contact met de migrantengroepen. Niet alleen is wantrouwen een drempel om hulp te zoeken, maar het belemmert binnen het zorgtra-

ject ook de professionals om de migrantengroepen zo goed mogelijk te helpen. Professionals binnen de geestelijke gezondheidszorg, maar ook de migrantengroepen zelf, geven aan dat dit ook ligt aan het wantrouwen tegenover een tolk. Patiënten zijn bang dat de tolk hun problematiek doorvertelt binnen de gemeenschap.

*“Ze vertrouwen tolken ook vaak niet. Ze verdenken hen ervan alles door te vertellen. Wat waarschijnlijk ook waar is.”*

*Deelnemer expertmeeting professionals*

# 4 Kenmerken zorgaanbod en match met de vraag

In het vorige hoofdstuk hebben wij de individuele factoren besproken die een rol kunnen spelen bij de zorgvragen van mensen met een migratieachtergrond. In dit hoofdstuk gaan wij in op de kenmerken van de aanbodzijde en op de (mis)match met de zorgvraag. De kenmerken van het zorgaanbod hebben immers ook invloed op de mate waarin de zorg doelgroepen effectief bereikt en in hoeverre de verleende zorg aansluit bij de behoefte van mensen met een migratieachtergrond. In de eerste paragraaf beschrijven we de kenmerken van de zorg en de gevonden mismatches met de zorgvraag. In de daarna volgende paragrafen behandelen we achtereenvolgens de overeenkomsten en verschillen tussen de vijf migrantengroepen en de overeenkomsten en verschillen tussen zorgsectoren.

## 4.1 Kenmerken zorgaanbod en (mis)matches met de vraag

Achtereenvolgens komen aan de orde:

- procedures;
- tijd;
- voorzieningen;
- methodieken;
- doorverwijzingen;
- interculturele competenties;
- personeelssamenstelling van zorginstellingen.

Voor ieder kenmerk geven wij de bevindingen uit de interviews en illustreren we dat met voorbeelden.

Tevens beschrijven wij de 'mismatch': hier heeft het zorgaanbod onvoldoende mogelijkheden om zorg op maat te bieden, rekening houdend met de specifieke behoeften van zorgvragers met een migratieachtergrond. Die behoeften worden ingekleurd door gezondheidsopvattingen en de verwachtingen en houding van de zorgvrager tegenover

de zorg. Uiteraard geldt een mismatch alleen op hoofdlijnen en is hij niet van toepassing op alle Hagenaars met een migratieachtergrond. Zowel de professionals als de migrantengroepen geven aan dat bijvoorbeeld jongere generaties en/of hoogopgeleiden deze mismatches veel minder vaak ervaren. Dat blijkt ook uit de Haagse Integratiemonitor; de eerste generatie bezoekt de huisarts meer dan gemiddeld, de tweede generatie minder dan gemiddeld. Ook geldt het niet voor het gehele zorgaanbod. Veel patiënten met een migratieachtergrond worden naar tevredenheid geholpen door de gezondheidsprofessionals.

Respondenten uit migrantengroepen geven aan dat het Nederlandse zorgstelsel goed in elkaar zit, maar dat er een aantal barrières is die eraan bijdragen dat de vraag en het aanbod niet altijd naadloos op elkaar aansluiten. De mismatch betreft vooral de situaties waarin de migratieachtergrond, cultuurverschillen en taalachterstanden een grote rol spelen. En dat komt het meest voor bij de maatschappelijk kwetsbare, lager opgeleide of laagtaalvaardige mensen.

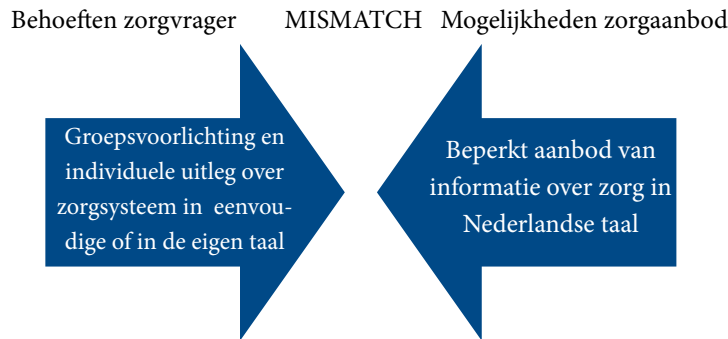
### 1. Procedures

We schreven al eerder dat een beperkte kennis van het zorgstelsel, als gevolg van (taal- of andere) achterstanden, een belemmerende factor kan zijn voor migrantengroepen. Los daarvan bestempelen ook sommige professionals in dit onderzoek het Nederlandse zorgstelsel als complex. De migrantengroepen weten de huisarts en het ziekenhuis over het algemeen goed, maar de andere sectoren minder goed te vinden. Dit heeft te maken met een kennisachterstand, maar ook met het systeem zelf. Ook een aparte afspraak moeten maken bij de huisarts voor elke individuele klacht leidt bij de verschillende migrantengroepen tot problemen. Respondenten uit migrantengroepen vinden de procedures soms erg ingewikkeld. Voor laagtaalvaardige patiënten met een migratieachtergrond is dat moeilijk. Het lukt hun vaak niet om zelfstandig de wegen te vinden, formulieren in te vullen en de noodzakelijke stappen te zetten.



*“Sommige patiënten komen bij mij met een PGB-aanvraag, omdat ze zelf de weg niet weten te vinden. Ik vind het dan sneu en help dan, maar ik weet in principe ook niet hoe dat werkt. Als je niet opgegroeid bent in de Nederlandse cultuur lijkt het mij lastig om te weten waar je hulp moeten vragen. Sommigen komen dan bij de huisarts, maar die weet ook niet alles.”*

Huisarts



## 2. Tijd

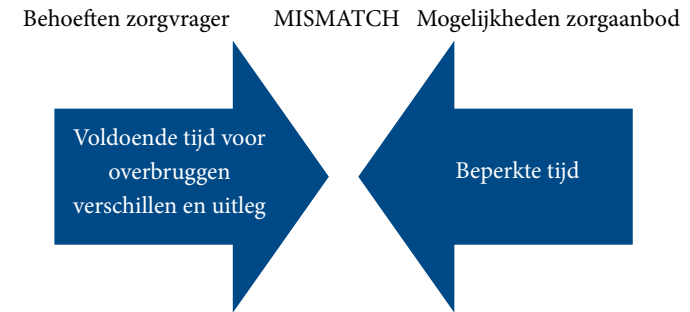
De migrantengroepen geven in de interviews aan moeite te hebben met het gebrek aan tijd van de zorgprofessional, vooral de huisarts. Zij beschouwen de werkwijze waarbij van tevoren de benodigde of beschikbare tijd is bepaald als niet flexibel en soms onvriendelijk en minder doeltreffend. Zij stellen het zeer op prijs als een zorgverlener rustig de tijd neemt om te luisteren en het probleem te verkennen, en ook voldoende tijd neemt om de vervolgstappen uit te leggen in begrijpelijke taal.

Zorgprofessionals geven op hun beurt aan dat zij soms meer tijd zouden willen hebben om taalproblemen te overwinnen en cultuurverschillen te overbruggen. Ook zeggen zij wel problemen te ondervinden met betrekking tot de punctualiteit van migrantengroepen. Zij zouden niet altijd op tijd op de gemaakte afspraak verschijnen en dan wel verwachten gewoon geholpen te worden.

*“In Afro-Caribische culturen is op tijd komen soms wel een ding. Surinaamse en Antilliaanse patiënten vinden dat soms lastig. Hoe ik daarmee omga, hangt van de situatie af. Als er nog*

*plek is, wil ik ze nog wel zien. Maar als het druk is, moeten ze een nieuwe afspraak maken. Tenzij dit medisch gezien onverantwoord is.”*

Huisarts



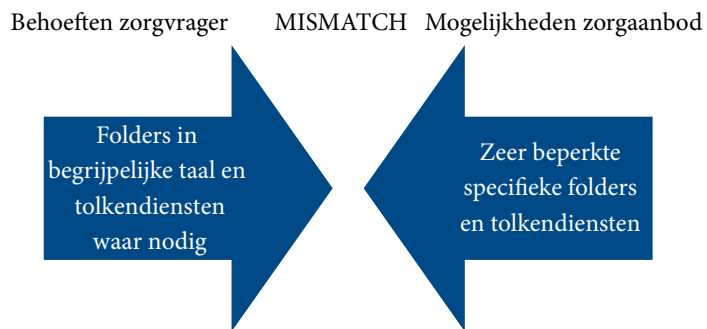
Binnen de zorg is het gebruikelijk per patiënt niet meer tijd te besteden dan noodzakelijk. Dit vanwege tijdsdruk en caseload. Huisartsen hanteren meestal een standaardconsult per patiënt van tien minuten. Als taal- en cultuurverschillen een rol spelen of als de patiënt meer uitleg nodig heeft, is dat vaak niet genoeg. Ook binnen de thuiszorg zijn per handeling tijdsrichtlijnen vastgesteld en is de planning van de zorgprofessionals daarop afgestemd. Uit het onderzoek komt naar voren dat juist deze gelimiteerde tijd een belangrijk knelpunt is voor de migrantengroepen. Ook in de GGZ of bij persoonlijke problematiek bestaat juist bij patiënten met een migratieachtergrond de behoefte om eerst een persoonlijke band met de zorgprofessional op te bouwen, alvorens het achterste van de tong te laten zien. Het kost hun vaak moeite om gevoelige onderwerpen direct te benoemen of te formuleren. De tijd voor een aanloop naar het kernpunt is er vaak niet. Binnen de interculturele GGZ zijn juist op dit punt aanpassingen doorgevoerd in de methodiek.

## 3. Voorzieningen

Eerder werden de nadelen van een gebrekkige taalvaardigheid en de noodzaak van het inschakelen van een tolk al benoemd. De migrantengroepen vinden het lastig dat de verantwoordelijkheid voor de communicatie eenzijdig bij hen gelegd wordt. Weliswaar regelen zij als dat nodig is vaak zelf een informele tolk, bijvoorbeeld uit de familie, maar

dat is niet altijd mogelijk en niet altijd ideaal. Denk aan familieleden die moeten tolken bij vertrouwelijke gesprekken, of die medische termen niet goed vertalen.

In de meeste gevallen hebben zorginstellingen geen specifieke voorzieningen voor Hagenaars met een migrantenachtergrond, bijvoorbeeld tolken, tolkentelefoondiensten of vertaalde folders. Een van de huisartsen in ons onderzoek gaf aan dat huisartsenpraktijken wel gebruik kunnen maken van een tolkentelefoon. Deze dienst kan gefinancierd worden door het Fonds Huisartsen in Achterstandswijken. Dit fonds verleent subsidie als huisartsenpraktijken een bepaald aantal patiënten met een achterstandspositie in hun patiëntenregistratiesysteem hebben staan. Volgens de huisarts weten echter niet alle praktijken van deze mogelijkheid af. Andere instellingen maken weleens gebruik van de tolkentelefoon, maar dienen deze dan zelf te bekostigen. Om die reden wordt het gebruik van deze diensten tot het minimum beperkt.



De mismatch is hier heel duidelijk en expliciet: sommige burgers met een migrantenachtergrond hebben vanwege een taalachterstand een tolk nodig, een groot deel van de zorgaanbieders voorziet niet in die behoefte. In de praktijk zijn er dan geen tolkenvoorzieningen aanwezig. Hierdoor zijn de Hagenaars met een migratieachtergrond zelf verantwoordelijk voor het regelen van een tolk. Ook hebben sommigen behoefte aan informatiefolders in de eigen taal of in eenvoudig Nederlands.

#### 4. Methodieken

Een groot deel van de zorgprofessionals die aan dit verkennende onderzoek hebben deelgenomen, geeft aan geen speciale methodieken of instrumenten te gebruiken voor cliënten met een migrantenachtergrond. Hierbij valt te denken aan specifieke vragenlijsten, zoals het 'cultureel interview' (Rohlof, 2012) om de migratiecontext goed in beeld te brengen in de psychosociale zorg, of specifieke behandelmethoden. Wat somatische behandelingen betreft kan dit bijvoorbeeld therapie bij huidziekten zijn, waarbij onderscheid gemaakt wordt naar verschillende etnische huidtypen. De enige partijen die wel specifieke methodieken gebruiken, zijn interculturele zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg en thuiszorg. Deze zorgaanbieders geven aan dat de reguliere zorg er nog te vaak – en ten onrechte – vanuit gaat dat de bestaande methodieken en werkwijzen bij iedereen toepasbaar zijn. Binnen de interculturele GGZ is de zorg bijvoorbeeld afgestemd op taal en culturele en religieuze normen en waarden en is er bij de personeelssamenstelling etnische en religieuze diversiteit. In de werkwijze wordt vaak in de beginfase meer aandacht besteed aan het verhelderen van de context van de patiënt voordat op de concrete hulpvraag wordt ingegaan. Daarnaast wordt in de behandeling expliciet rekening gehouden met de achtergrond van de patiënt.

*“Tussen i-psy en bijvoorbeeld PsyQ zijn inhoudelijk geen wezenlijke verschillen, bij i-psy wordt wel explicieter gericht op het toepasbaar maken van de zorg voor de individuele patiënt. Daarbij kijken we naar hoe we de culturele achtergrond kunnen gebruiken voor herstel, hoe we cultuur als een kracht kunnen zien. Een voorbeeld is dat we het sociale netwerk van de patiënt in brede zin betrekken bij de behandeling, dat kan ook een moskee zijn.”*

*Professional geestelijke gezondheidszorg i-psy*

Behoeften zorgvrager      MISMATCH      Mogelijkheden zorgaanbod

Werkwijze en methodiek  
waarin rekening wordt  
gehouden met  
migratieachtergrond

Vrijwel geen gebruik van  
aangepaste methodieken  
in reguliere zorg

Zorgvragers met een migratieachtergrond hebben – vaak impliciet – de behoefte dat er rekening wordt gehouden met hun specifieke leefwereld, cultuur en mogelijkheden. Dat komt bijvoorbeeld tot uiting in een anamnese waarin de migratiegeschiedenis een plaats krijgt of in diagnostische tests die rekening houden met cultuurverschillen en taalmogelijkheden. Een voorbeeld waarin dat niet gebeurt is een vragenlijst met de vraag: ‘Zit u vaak in de put?’ Veel patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond kennen die uitdrukking niet.

### 5. Doorverwijzing

Het systeem van doorverwijzing naar specialistische zorg is anders dan in de landen van herkomst van de vijf onderzochte migrantengroepen. De migrantengroepen binnen dit onderzoek geven aan dat zij regelmatig moeite hebben met de manier waarop de huisarts doorverwijst: dat gebeurt – volgens hen – pas na veel moeite en vaak te laat.

*“Je moet soms bedelen om je bloed te laten onderzoeken.”*

*Deelnemer groeps gesprek met een Poolse achtergrond*

Door de verhalen van de migrantengroepen en de professionals naast elkaar te leggen, ontstaat echter het beeld dat wanneer het gaat om acute zorg de zorgprofessionals over het algemeen naar wens doorverwijzen. Zij bieden echter minder ruimte voor aanvullende checks om te voorzien in de behoefte aan diagnose en zekerheid van de Hagenaar met een migratieachtergrond.

Ook wanneer het gaat om andersoortige, niet-somatische klachten, ontstaan er knelpunten aan de kant van de zorgprofessional. De twee huisartsen die bij dit verkennende onderzoek zijn betrokken, geven aan te worstelen met hun taak als doorverwijzer wanneer het bijvoorbeeld gaat om de sectoren geestelijke gezondheidszorg en thuiszorg. Zij vertellen niet altijd op de hoogte te zijn van alle vormen van zorg die beschikbaar zijn. Dit is weliswaar een algemeen probleem, maar juist laagtaalvaardige patiënten met een migratieachtergrond hebben behoefte aan meer hulp bij de doorverwijzing, omdat het hun niet lukt zelfstandig informatie te vinden.

*“Nederland is bureaucratisch. Voordat je op de juiste plek bent beland voor hulp, moet je eerst langs verschillende instanties. Er zijn ook zo veel verschillende organisaties. Veel van die organisaties ken ik niet eens. Hoe moeten migrantengroepen die instanties dan weten te bereiken?”*

*Huisarts*

Behoeften zorgvrager      MISMATCH      Mogelijkheden zorgaanbod

Behoefte aan zekerheid,  
snelle oplossingen en  
vlotte doorverwijzing  
naar specialist

Terughoudend met zorg.  
Geen overbodige  
diagnostiek en  
behandeling

In dit onderzoek is duidelijk naar voren gekomen dat er binnen de migrantengroepen vooral behoefte is aan een duidelijke diagnose en medicatie. Daarnaast is er vaak behoefte aan vervolgonderzoek of aanvullende testen. Vaak komt dat voort uit de wijze waarop het zorgsysteem in het land van herkomst is ingericht. Het Nederlandse zorgsysteem gaat meestal terughoudender om met het voorschrijven van medicatie en het doorverwijzen naar specialistische zorg en vervolgtesten. Een deel van de respondenten geeft aan dat binnen de migrantengroepen vaak de behoefte bestaat aan meer zekerheid en dat zij daarom graag bijvoorbeeld een bodyscan of een extra bloedtest

willen laten uitvoeren. Dit om er zeker van te zijn dat zij gezond zijn. Ook is er een behoefte om preventief onderzoeken te laten uitvoeren. In de Nederlandse zorgcultuur wordt alleen medicatie voorgeschreven of doorverwezen naar een specialist als daar een directe medische noodzaak toe is.

## 6. Interculturele competenties

Vanuit de migrantengroepen is meerdere keren de klacht opgetekend dat zorgprofessionals te weinig cultuursensitief zouden zijn. Professionals in het reguliere zorgaanbod zouden te weinig kennis hebben van culturele normen, waarden en gebruiken en zich ook weinig flexibel opstellen bij een etnisch, cultureel of religieus gerelateerd knelpunt.

*“Een van de vrouwen heeft een hele nare ervaring gehad bij de afdeling Cardiologie. Ze wilde haar dochter meenemen om te tolken, maar dat mocht niet. De dokter was erg boos op haar geworden, omdat ze na 20 jaar in Nederland nog steeds geen Nederlands sprak. Hij vond dat zij zich zonder tolk moest leren te redden.”*

*Opgetekend uit een groepsgesprek met Turkse Nederlanders*

*“Men denkt soms omdat ze roti eten, een buurman of buurvrouw hebben die Antilliaans is, dat ze de cultuur wel begrijpen. Het is veel ingewikkelder dan dat. Ik begrijp zelf mijn eigen mensen soms niet eens.”*

*Deelnemer groepsgesprek Antilliaanse Nederlanders*

Een deelnemer van een groepsgesprek met Surinaamse Nederlanders studeert momenteel voor maatschappelijk werker en vertelt dat de opleiding minimaal aandacht besteedt aan cultuursensitief werken. De respondent is van mening dat daarvoor, zeker in een etnisch diverse stad als Den Haag, meer aandacht moet zijn in alle opleidingen, en zeker in die voor de (geestelijke gezondheids)zorg.

*“Migranten hebben te maken met sociale druk. Ze zijn bang dat blanke hulpverleners dat niet begrijpen. Dat ze dan zullen zeggen: denk aan jezelf, denk aan je eigen geluk. Dit geldt voornamelijk voor therapeuten. Als iemand een zeer been heeft, of suikerziekte, dan staan ze in de rij. Maar naar een therapie sessie gaan ze niet. Ze begrijpen de taal wel, maar alsnog sluit het niet aan. Ze maken alleen maar gebruik van een “witte” methodiek.”*

*Deelnemer groepsgesprek Surinaamse Nederlanders*

In de ouderenzorg en de thuiszorg is er grote behoefte aan cultuursensitieve zorg. Respondenten geven aan dat dit juist voor de ouderen zo belangrijk is, omdat bij hen de verschillen in referentiekader met de zorgverleners het grootst zijn.

Een groot deel van de gesproken professionals beaamt de noodzaak van cultuursensitief werken binnen de zorg. De professionals die binnen dit onderzoek zijn bevraagd, zijn van mening dat cultuursensitief werken niet per se betekent dat er ingezet moet worden op het aantrekken van personeel met een migratieachtergrond. Het gaat volgens de professionals ook om maatwerk: de cliënt en het individu moeten centraal staan.

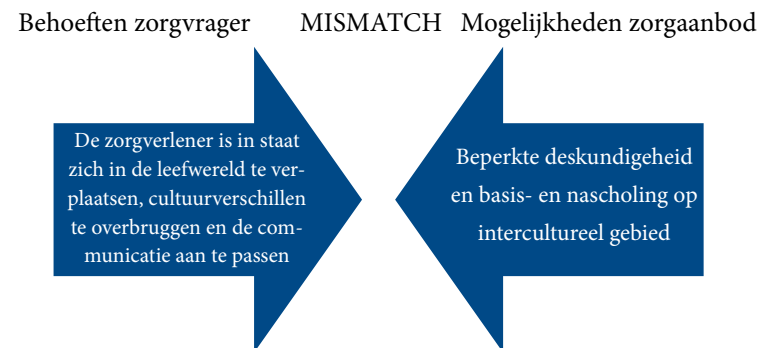
*“Je hoeft niet een migratieachtergrond te hebben om iemand met een migratieachtergrond goed te helpen. Het gaat erom dat je ervoor openstaat. Je moet inspelen op de belevingswereld van de patiënten.”*

*Professional geestelijke gezondheidszorg*

Ook zijn er huisartsen die heel bewust cultuursensitief handelen en aandacht hebben voor communicatiestijl en woordkeuze.

*“Nederlandse zorgverleners zeggen vaak: “We gaan dit medicijn proberen en dan kijken we hoe het gaat.” Het woord ‘proberen’ valt bij migranten slecht. Ik zeg dan bijvoorbeeld: “Met dit medicijn word je beter. Mocht dat niet zo zijn, dan gaan we op zoek naar een andere oplossing.””*

*Huisarts*



De migrantengroepen en een deel van de professionals geven aan dat zorgprofessionals te veel handelen vanuit de eigen dominante normen en waarden, en soms weinig rekening houden met andere opvattingen en gewoontes. Voorbeelden van deze mismatch zijn het doorverwijzen van vrouwelijke patiënten naar een mannelijke arts (bijvoorbeeld gynaecoloog), een thuiszorgprofessional die met schoenen aan het huis van een cliënt inwandelt of een cliënt die het belang van familieleden zwaar meeweegt, terwijl de arts vooral de nadruk legt op het individuele belang van de patiënt. Ook bij de manier van communiceren zien we mismatches. Enerzijds betreft dit ingewikkeld taalgebruik tegenover mensen die het Nederlands beperkt beheersen. Anderzijds betreft dit de vaak directe en zakelijke stijl (vooral van artsen) tegenover een behoefte bij de migrantengroepen aan een meer voorzichtige en sensitieve manier van communiceren. Respondenten geven aan dat deskundigheidsbevordering op dit gebied wenselijk is. Wanneer een professional rekening houdt met de cultuur van de patiënt wil dat nog niet zeggen dat hij of zij zich moet aanpassen aan diens normen en wensen. Het gaat meer om het besef dat gewoontes en behoeftes verschillend kunnen zijn. Het overbruggen van de verschillen en het aanpassen van de communicatie kunnen de effectiviteit van de zorg vergroten.

### 7. Personeelssamenstelling

Samenhangend met het gebrek aan interculturele competenties, vinden de migrantengroepen en professionals dat een deel van de oplossing ligt in het aantrekken van etnisch, cultureel en religieus divers personeel. Zowel de migrantengroepen als de professionals vinden dat de reguliere zorg te weinig professionals heeft met een migratieachtergrond. Alle respondenten zien de meerwaarde van een etnisch divers personeelsbestand.

*“Meer diversiteit onder het personeel staat al jaren op de agenda. We hebben ook beleid om actief mensen met een migrantenachtergrond aan te nemen. Dat lukt ook steeds beter. Mensen met een migrantenachtergrond kiezen ook vaker voor beroepen in de zorg.”*

*Professional geestelijke gezondheidszorg*

*“Ik denk dat zij bij mij herkenning vinden. Naast taal gaat het ook om sympathie en begrip. Mijn patiënten komen ook van ver buiten Den Haag. Groningen, Amersfoort bijvoorbeeld. Afstand blijkt dan geen belemmering te zijn. Ze vinden mij vaak via via.”*

*Huisarts (met een migratieachtergrond)*

Enkele respondenten uit de migrantengroepen geven aan dat het niet alleen gaat om uitvoerende functies. Ook op managementniveau zou er meer diversiteit mogen zijn. Zij zijn van mening dat alleen op deze wijze culturele sensitiviteit binnen een zorginstelling te verankeren is.

### 4.2 Overeenkomsten en verschillen tussen de migrantengroepen

Ondanks de verschillen in afkomst en migratiegeschiedenis noemen de migrantengroepen vaak dezelfde factoren die belemmerend werken bij de toegang tot en aansluiting met de Haagse gezondheidszorg. Zowel de Turkse, Marokkaanse, Antilliaanse, Surinaamse als Poolse Hageenaars zijn van mening dat er binnen de migrantengroepen weinig kennis is over het zorgsysteem. Zoals gezegd ervaren velen het systeem als complex, zeker voor burgers die vanwege een migratieachtergrond achterstanden hebben, bijvoorbeeld in taalvaardigheid. Alle groepen (met uitzondering van de Surinaamse Nederlanders) noemen een beperkte taalvaardigheid als belemmerende factor. Het is te verwachten dat Poolse Hageenaars, de meest recente migratiestroom, een taalachterstand kunnen hebben, maar ook van de Turkse en Marokkaanse inwoners (met name de eerste generatie) is bekend dat dit een rol kan spelen. Minder bekend was dit van Antilliaanse Nederlanders. Respondenten stellen dat er binnen de Antilliaanse gemeenschap een relatief grote groep kampt met taal- en communicatieproblemen. Deze groep spreekt volgens de respondenten voornamelijk Papiamentu of Spaans.

De migrantengroepen die betrokken zijn geweest bij dit onderzoek gaven alle aan zich te storen aan het gebrek aan een persoonlijk band met de zorgprofessional, in het bijzonder met de huisarts. Hoewel lang niet iedereen dit punt expliciet benoemde, hadden de klachten vooral te maken met het gebrek aan tijd voor de cliënt, een te afstandelijke houding van de professional en een directe communicatiestijl. Voor alle vijf de migrantengroepen geldt dat het zorgsysteem in het land van herkomst afwijkt van het Nederlandse systeem. In alle vijf de landen is de specialistische zorg veel directer toegankelijk en wordt er veel eerder en ook veel meer medicatie voorgeschreven. In alle vijf de landen lijkt er veel meer ruimte te zijn om patiënten gerust te stellen door extra onderzoeken (tegen betaling).

### *Verschillen*

Gevoelens van schaamte en taboes zijn volgens de migrantengroepen vooral van toepassing op de sectoren geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg. Hoe vaak deze voorkomen verschilt niet alleen per generatie (jongere generaties zouden volgens de respondenten meer openstaan voor beide sectoren), maar ook per migrantengroep. Het verschil komt het duidelijkst naar voren bij de ouderenzorg. Turkse en Marokkaanse Hagenaars geven aan dat zorg voor ouderen binnen de familie wordt opgelost en dat het ongebruikelijk is om ouderen bijvoorbeeld op te laten nemen in een verpleeghuis. Surinaamse en Antilliaanse Hagenaars hebben dezelfde opvatting, al lijkt het bij vooral Surinaamse Hagenaars inmiddels meer geaccepteerd om gebruik te maken van ouderenzorg. Deze groep geeft aan dat het niet altijd mogelijk is om naast een baan en een eigen gezin ook nog zorg te dragen voor andere familieleden.

Een ander verschil tussen de migrantengroepen betreft het moment dat zij naar de huisarts gaan en het gebruik van zelfmedicatie. Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders stellen dat zij van huis uit hebben meegekregen dat zij, zodra zij ziek zijn, eerst gebruikmaken van huismiddeltjes en in de familiekring aanwezige medicatie voordat ze een zorgprofessional raadplegen. Ook schakelen zij hulp in van religieuze of alternatieve geneesheren voordat zij een afspraak maken met de huisarts. Ook de Poolse groep geeft aan gewend te zijn zelfmedicatie te gebruiken; via het internet bestaat hier zelfs een actieve handel in. Ook nemen zij medicijnen uit Polen mee die daar veel vrijer beschikbaar zijn dan in Nederland. Van de Turkse en Marokkaanse Nederlanders hebben wij dergelijke signalen niet gekregen.

Zowel de Turkse en de Marokkaanse als de Poolse groep geeft aan ook gebruik te maken van zorg in het land van herkomst. Zij vertellen dat de zorg daar goedkoper is en dat medicatie gemakkelijker voorgeschreven wordt. Turkse en Marokkaanse Nederlanders laten bijvoorbeeld een bodyscan uitvoeren in het land van herkomst en Poolse Nederlanders bezoeken in Polen zonder doorverwijzing een specialist. Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders gaven op hun beurt aan geen gebruik te maken van zorg in het land van herkomst.

### 4.3 Overeenkomsten en verschillen tussen de zorgsectoren

De vijf onderzochte groepen lijken de weg naar de acute zorg (ziekenhuis, huisarts) voor somatische klachten goed te vinden. Er zijn verschillen in het moment waarop zij bijvoorbeeld de huisarts raadplegen, maar een overeenkomst tussen de groepen is, dat zij niet altijd even tevreden zijn over de wijze waarop zij geholpen worden. Zij zijn hierbij vooral kritisch over de huisarts. Respondenten onderschrijven dat de migrantengroepen de weg naar de andere sectoren (thuiszorg, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg) minder goed weten te vinden of bepaalde belemmeringen ervaren in het gebruik daarvan. Dit geldt dus vooral voor niet-somatische klachten of behoefte aan ondersteuning. Al eerder werd duidelijk dat gevoelens van schaamte vooral een rol spelen bij de geestelijke gezondheidszorg. Het taboe rond deze vorm van zorg werpt een barrière op voor de migrantengroepen om ervan gebruik te maken. In mogelijk iets mindere mate zorgen gevoelens van schaamte, maar ook sociale druk en familie-eer voor een beperkt gebruik van de ouderenzorg onder de onderzochte groepen. Hoewel er verschillen zijn in opvattingen onder de migrantengroepen, geven zij aan dat de zorg voor ouderen voornamelijk binnen de familie wordt opgelost. Dit is ook het geval bij het gebruik van thuiszorg, al zijn er signalen dat thuiszorg acceptabeler is dan ouderenzorg.

#### *Groei van het intercultureel zorgaanbod in Den Haag*

We zien ook dat de verschillende migrantengroepen het aanbod vanuit specifieke interculturele zorgaanbieders in de verschillende zorgsectoren vaak goed weten te vinden en dat dit goed bij hen aansluit. Deze aanbieders zetten specifiek in op interculturele competenties van de zorgprofessionals en diversiteit in het personeelsbestand. Dit is voor personen uit de verschillende migrantengroepen vaak ook de reden om voor die aanbieders te kiezen. Dit specifieke aanbod zien we in de sectoren GGZ, thuiszorg en ouderenzorg. Ook zijn er huisartsen die (vaak vanuit een eigen migratieachtergrond) cultuursensitief werken en ook goed gevonden worden door (bepaalde) migrantengroepen. Naast de toename van het aantal interculturele zorgaanbieders vooral in de ouderenzorg en thuiszorg zien we ook een groei van een bestaande GGZ-organisaties als i-psy (Bellaart, 2016). In bijlage 2 is een overzicht (niet uitputtend) opgenomen van het intercultureel zorgaanbod in Den Haag.



#### 4.4 Match tussen zorgaanbod en vraag

Zoals gezegd in de inleiding, hebben wij in dit onderzoek gekeken naar belemmerende en bevorderende factoren voor toegankelijkheid en aansluiting van de zorg. Hiermee willen we bouwstenen vinden voor verbetering. De respondenten in ons onderzoek noemden knelpunten, maar gaven aan dat de zorgverlening vaak ook goed verloopt. Veel patiënten/cliënten weten de weg te vinden en ontvangen passende zorg. Dit geldt in de eerste plaats voor acute (ziekenhuis)zorg, maar ook voor de andere sectoren. Ook blijkt uit enkele voorbeelden dat er professionals en instellingen zijn die op het gebied van communicatie en cultuursensitief werken grote stappen hebben gezet en daardoor goed kunnen aansluiten bij de leefwereld van de patiënt met een migratieachtergrond.

*Zo vertelde een Poolse dame dat zij eigenlijk gewoon antibiotica wilde voor haar klachten. Dat was zij immers uit Polen gewend. Haar huisarts nam de tijd om duidelijk uit te leggen dat antibiotica waarschijnlijk niet zouden helpen bij haar klachten en dat er wel negatieve effecten zouden zijn van de medicijnen. Ook legde hij uit dat haar lichaam de klachten waarschijnlijk uit zichzelf zou oplossen en dat het beter was dit af te wachten. Met name de uitleg over de negatieve effecten van de antibiotica gaf voor deze vrouw de doorslag om de lijn van de arts te accepteren. Sinds die tijd gaat mevrouw naar deze huisarts en overweegt ze niet om over te stappen naar een Poolse huisarts in Den Haag of elders.*

*Opgetekend uit een groeps gesprek met Poolse Nederlanders*

*Een specialist uit een ziekenhuis vertelt dat hij geen bijzondere belemmeringen ervaart met patiënten uit verschillende migrantengroepen. Op basis van medisch onderzoek stelt hij diagnoses, waarna hij een concrete behandeling / ingreep voorstelt. Dit bespreekt hij met de patiënt. Soms kunnen er moeilijkheden met de taal zijn, maar in zijn ervaring leidt dat niet tot problemen. Patiënten die de taal onvoldoende beheersen nemen altijd iemand mee om te vertalen, is zijn ervaring.*

*Opgetekend uit een groeps gesprek met zorgprofessionals*



# 5 Conclusies en aanbevelingen

## 5.1 Conclusies

### A. Factoren die bereik en aansluiting beïnvloeden

Het samenspel van specifieke factoren van migrantengroepen en de kenmerken van het zorgaanbod heeft invloed op het bereik van deze groepen door de zorg en vervolgens op de aansluiting. Op basis van de literatuur en de gevoerde gesprekken, zien we dat elk van de onderstaande individuele factoren van migrantengroepen en kenmerken van het zorgaanbod effect kan hebben op het bereik en de aansluiting.

Individuele factoren migrantengroepen:

1. *Culturele verschillen* (behoefte opbouwen persoonlijke band, communicatietijd, schaamte, omgangsvormen, voorkeur voor diagnose en medicatie, gebruik van huismiddeltjes en raadplegen alternatieve geneeswijzen);
2. *Achterstanden als gevolg van migratieachtergrond* (taalniveau, beperkte kennis van het zorgsysteem en kennis van het eigen lichaam);
3. *Minderheidspositie* als gevolg van de dominantie van de Nederlandse cultuur in de zorg met weinig ruimte voor specifieke behoeften, wantrouwen in de zorg en ervaren van vooroordelen.

Kenmerken van het zorgaanbod:

1. procedures in het zorgsysteem;
2. beschikbare tijd;
3. voorzieningen (onder meer tolken);
4. methodieken;
5. doorverwijzingen;
6. interculturele competenties;
7. personeelssamenstelling van zorginstellingen.

### B. Effecten van de individuele factoren van migrantengroepen

Bij alle drie de individuele factoren van de zorgvragers uit het analysemodel zien we dat er belemmeringen zijn in de praktijk van de zorg aan bewoners met een migratieachtergrond. Deze dragen eraan bij dat er geen optimaal bereik en optimale aansluiting worden gerealiseerd. De *culturele verschillen* dragen vooral bij aan afwijkende verwachtingen betreffende de zorg in vergelijking met bewoners zonder migratieachtergrond. Een duidelijk voorbeeld hiervan is de verwachting dat een huisarts altijd een duidelijke diagnose stelt en direct komt met een doorverwijzing en/of medicijnen. Ook verschillen in de manier van communiceren en in omgangsvormen dragen ertoe bij dat deze groepen zich soms minder goed begrepen en geholpen voelen. Zo zien we bij de migrantengroepen een grotere behoefte aan het opbouwen van een vertrouwensband en een voorkeur voor een meer indirecte manier van communiceren (bijvoorbeeld bij slecht nieuws). Ook praktische zaken zoals een voorkeur voor vrouwelijke zorgprofessionals voor vrouwelijke patiënten/cliënten, de manier van groeten, het wel of niet met schoenen aan betreden van een woning en specifieke voedingsvoorschriften spelen hierbij een rol.

Als gevolg van hun *migratieachtergrond* zien we beperkingen bij deze groepen op het gebied van taalvaardigheid, wat het communiceren met zorgprofessionals bemoeilijkt. Ook beperkt dit het vermogen om kennis op te doen van het zorgsysteem in Nederland. Dit is vooral van belang omdat de zorgsystemen in de landen van herkomst van alle vijf onderzochte migrantengroepen op belangrijke punten behoorlijk afwijken van het Nederlandse systeem. We zien bij de vijf onderzochte migrantengroepen ook een gemiddeld beperktere kennis van het eigen lichaam en gezondheid, hetgeen de verwachtingen van de zorg en de interactie met de zorgprofessionals beïnvloedt. Vanuit de gesprekken met de vijf migrantengroepen zien we dat de dominantie van de Nederlandse cultuur in de zorg het gevoel van een *minderheidspositie* veroorzaakt. Het geschetste beeld is dat de zorg niet altijd of in ieder geval niet in voldoende mate rekening houdt met de speci-

fieke behoeften en verwachtingen van verschillende migrantengroepen. Dit vertaalt zich onder meer in gebrek aan vertrouwen in de zorg, wantrouwen en in het mijden van de zorg en het zoeken naar alternatieven, zoals zorg in het land van herkomst en zelfmedicatie.

### *C. Kenmerken van het zorgaanbod*

Ook het zorgaanbod heeft kenmerken die beperkingen opleveren voor een optimaal bereik en optimale aansluiting met migrantengroepen. Zo zien we dat procedures soms ingewikkeld zijn en niet altijd even goed worden begrepen of geaccepteerd. Vooral de manier van doorverwijzen naar specialistische zorg zien de migrantengroepen als belemmering voor goede zorg. Ook zien de migrantengroepen de vooraf vastgestelde tijd voor een handeling of consult als een belemmering. Zeker omdat ze het gevoel hebben dat er in sommige gevallen echt meer tijd nodig is, maar dat de zorgprofessional er juist erg op gericht is zo snel mogelijk af te ronden. Zorginstellingen hebben veelal geen specifieke voorzieningen, zoals tolken voor migrantengroepen. Wel wordt in een deel van de gevallen gebruikgemaakt van de tolkentelefoon. Interculturele competenties kunnen sterk verschillen per professional. Over het algemeen is het beeld dat zorginstellingen weinig tot niet inzetten op het opdoen van specifieke competenties op dit vlak. Uitzonderingen zijn de specifieke interculturele zorgaanbieders (met name in de GGZ en de thuiszorg, maar ook enkele verpleeghuizen) en enkele huisartsen. Ten slotte weerspiegelt de personeelssamenstelling van zorginstellingen over het algemeen niet de diversiteit van de Haagse bevolking. Er zijn relatief weinig zorgprofessionals met een migratieachtergrond. Uitzonderingen hierop zijn weer de specifieke interculturele zorgaanbieders.

### *D. Match en mismatch in de zorg aan migrantengroepen*

Uit de gesprekken met personen uit de migrantengroepen en met zorgprofessionals blijkt dat de zorgverlening in veel gevallen goed verloopt. Dit geldt vooral voor acute (ziekenhuis)zorg, maar ook voor de andere sectoren. Ook blijkt uit enkele voorbeelden in de gesprekken met migrantengroepen en professionals dat de aansluiting en daarmee het bereik te vergroten is als de zorgprofessionals duidelijk en rustig uitleggen hoe het systeem werkt en waarom bepaalde beslissingen worden genomen. Het oordeel over

het aanbod van specifieke interculturele aanbieders in de verschillende zorgsectoren is positief: het sluit goed aan en is groeiende. Het interculturele aanbod in de stad neemt ook toe.

Het onderzoek laat echter ook duidelijke belemmeringen zien. Deze belemmeringen hebben een negatieve invloed op het vertrouwen dat migrantengroepen hebben in de zorg en op het gebruik en het bereik van de zorg. De belemmeringen worden vooral veroorzaakt doordat de gangbare werkwijzen veelal geen rekening houden met afwijkende behoeften van patiënten/cliënten met een migratieachtergrond. Tussen de behoeften van migrantengroepen (de individuele factoren) en het aanbod vanuit de zorg bestaan diverse mismatches. Deze mismatches doen zich in verschillende mate voor bij individuele cliënten en patiënten. Sommige personen uit de migrantengroepen vinden uitstekend hun weg in de zorg en ervaren een goede aansluiting, terwijl dit voor anderen in het geheel niet geldt. In het algemeen ervaren jongere generaties en/of hoogopgeleiden deze mismatches veel minder. We onderscheiden de volgende mismatches:

1. Mismatch procedures  
**Behoeft zorgvrager:** groepsvoorlichting en individuele uitleg over zorgsysteem in eenvoudige of eigen taal  
**Mogelijkheden zorg:** beperkt (vooral schriftelijke uitleg in het Nederlands mogelijk)
2. Mismatch beschikbare tijd  
**Behoeft zorgvrager:** voldoende tijd voor overbruggen verschillen en uitleg  
**Mogelijkheden zorg:** beperkte tijd
3. Mismatch voorzieningen (met name tolken)  
**Behoeft zorgvrager:** folders in begrijpelijke taal en tolkendiensten waar nodig  
**Mogelijkheden zorg:** zeer beperkte specifieke folders en tolkendiensten

4. Mismatch methodieken

**Behoeft zorgvrager:** werkwijze en methodiek die rekening houden met migratieachtergrond

**Mogelijkheden zorg:** vrijwel geen gebruik van aangepaste methodieken in reguliere zorg

5. Mismatch doorverwijzing en voorschrijven medicatie

**Behoeft zorgvrager:** behoefte aan zekerheid, snelle oplossingen en vlotte doorverwijzing naar specialist

**Mogelijkheden zorg:** terughoudend beleid, geen overbodige diagnostiek en behandeling

6. Mismatch interculturele competenties

**Behoeft zorgvrager:** de zorgverlener is in staat om zich in de leefwereld te verplaatsen, cultuurverschillen te overbruggen en de communicatie aan te passen

**Mogelijkheden zorg:** beperkte deskundigheid en basis- en nascholing op intercultureel gebied

7. Mismatch personeelssamenstelling

**Behoeft zorgvrager:** herkenbaar en vertrouwd personeel, dat soms in de eigen taal kan helpen

**Mogelijkheden zorg:** relatief weinig diversiteit onder personeel reguliere zorginstellingen

### *E. Relatie met het concept van positieve gezondheid*

Gezien de verschillende mismatches tussen zorgaanbod en de vraag van migrantengroepen, is het duidelijk dat er voor deze groepen extra drempels zijn bij het concept van positieve gezondheid. In dit concept ligt er een grote verantwoordelijkheid bij de cliënt zelf en wordt uitgegaan van een behoorlijke mate van zelfredzaamheid. Deze is juist bij (een deel van) de migrantengroepen beperkt. Behalve bij de burger zelf ligt hier ook een belangrijke taak bij de zorgprofessional. Omgang met diversiteit dient daarbij te

worden gezien als een onderdeel van kwaliteitsbeleid om tot maatwerk voor patiënten/cliënten te komen.

### *F. Vooral overeenkomsten, maar ook verschillen tussen de migrantengroepen*

Ondanks de verschillen in afkomst en migratiegeschiedenis noemen de migrantengroepen vaak dezelfde factoren die belemmerend werken voor de toegang tot en de aansluiting met de gezondheidszorg. Er zijn slechts enkele (beperkte) verschillen tussen de groepen waar te nemen. Zo lijkt het voor Surinaamse Nederlanders inmiddels meer dan bij de andere groepen geaccepteerd om gebruik te maken van ouderenzorg. De Poolse groep is over het algemeen jonger en ouderenzorg is daar meestal niet aan de orde. Een ander verschil is dat Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders en Poolse inwoners stellen eerst uitgebreid gebruik te maken van zelfmedicatie en dat Turkse en Marokkaanse Nederlanders eerder naar de huisarts lijken te gaan. Een laatste belangrijk verschil is dat de Turkse en Marokkaanse Nederlanders en Poolse inwoners (vaak) gebruikmaken van zorg in het land van herkomst. Dit geldt niet voor Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders.

### *G. Overeenkomsten en verschillen tussen de zorgsectoren*

De vijf onderzochte groepen lijken de weg naar de acute zorg (ziekenhuis, huisarts) voor somatische klachten goed te vinden. Respondenten bevestigen dat de migrantengroepen de weg naar de andere sectoren (thuiszorg, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg) minder goed weten te vinden of belemmeringen ervaren in het gebruik daarvan. Bij de GGZ en ouderenzorg wordt daarbij gewezen op gevoelens van schaamte. Voor thuiszorg geldt dat men dat dat vooral een verantwoordelijkheid vindt van de familie.

Wat verder opvalt is dat de verschillende migrantengroepen positief zijn over de interculturele zorg en hiervan ook steeds meer gebruikmaken. De aanbieders vinden we vooral in de GGZ, thuiszorg en ouderenzorg. De respondenten noemen vooral de interculturele en taalvaardigheden als redenen om voor deze zorgaanbieders te kiezen. De interculturele aanbieders bevestigen dit beeld.

## 5.2 Bouwstenen voor verbetering van bereik en aansluiting

Vanuit de geconstateerde mismatches tussen de zorgvraag en het zorgaanbod en de overige bevindingen komen we tot bouwstenen voor verbetering van het bereik en de aansluiting van de zorg aan inwoners met een migratieachtergrond. Centraal hierbij staat het belang van het vergroten van kennis en vaardigheden bij de zorgprofessionals en het vergroten van de kennis van het zorgsysteem onder de migrantengroepen. Bouwstenen om op het niveau van de gemeente Den Haag te werken aan verbetering van bereik en de aansluiting zijn:

1. Initieer een brede dialoog tussen de gemeente en organisaties in de zorg en organisaties van inwoners met een migratieachtergrond. Werk daarbij in eerste instantie aan het vergroten van het urgentiebesef bij betrokken partijen van het belang van een beter bereik en betere aansluiting. Gebruik daarnaast de onderstaande bouwstenen als onderdeel van de inhoudelijke agenda.
2. Vergroot de interculturele kennis, houding en vaardigheden van zorgprofessionals, zodat ze beter de aansluiting met cliënten/patiënten met een migratieachtergrond vinden. Zet daarbij ook in op diversiteitsbeleid als integraal onderdeel van regulier kwaliteitsbeleid. Het gaat erom kwalitatief goede zorg op maat te bieden. Besteed aandacht aan de belangrijkste verschillen tussen het Nederlandse zorgsysteem en het systeem in landen van herkomst, zoals in het voorschrijven van medicijnen, de toegang tot specialistische zorg, het uitvoeren van aanvullende (preventieve) onderzoeken en de wijze van communiceren. Mogelijkheden hiertoe zijn onder meer:
  - Besteed in het curriculum van de opleidingen in de gezondheidszorg meer aandacht aan cultuursensitief werken. Dit geldt ook voor na- en bijscholing.
  - Zorg voor betere uitwisseling tussen reguliere zorgaanbieders en interculturele zorgaanbieders (bijvoorbeeld GGZ, thuiszorg en ouderenzorg). Bij beide type partijen is reeds volop ervaring en expertise aanwezig met de praktijk van zorgverlening aan migrantengroepen, waardoor ze goed van elkaar kunnen leren.
  - Bevorder het gesprek tussen zorgprofessionals en hun cliënten/patiënten over elkaars behoeften en mogelijkheden.
3. Zet in op een meer diverse samenstelling van het personeel van zorginstellingen. Enerzijds zorgt dit voor meer interculturele kennis en vaardigheden binnen teams. Anderzijds kan dit helpen om het vertrouwen van patiënten/cliënten te vergroten.
4. Vergroot de kennis binnen migrantengroepen over het zorgsysteem. Een deel van de geconstateerde belemmeringen en mismatches komt voort uit beperkte kennis over hoe het systeem en de werkwijzen van de zorg in elkaar zitten. Besteed naast de procedures ook aandacht aan de Nederlandse zorgfilosofie en cultuur. Het gaat dan bijvoorbeeld om de redenen en de voordelen van de manier waarop in Nederland wordt omgegaan met het (terughoudend) voorschrijven van medicatie. Het vergroten van kennis kan goed plaatsvinden in een samenwerking tussen zorginstellingen en organisaties van inwoners met een migratieachtergrond. Zelforganisaties zouden hierin een intermediaire of faciliterende rol kunnen vervullen. Enkele organisaties hebben tijdens het onderzoek al aangegeven hieraan graag te willen meewerken.
5. Bied voor bepaalde groepen toegankelijke en begrijpelijke informatie over het zorgsysteem in hun eigen taal. Voor sommige inwoners is vergroting van de kennis van de Nederlandse taal (op korte termijn) niet haalbaar. Denk aan ouderen die hier al lang wonen (oudkomers) en soms analfabeet zijn en aan Poolse inwoners die niet de intentie hebben op de langere termijn in Nederland te blijven.
6. Neem in de zorg voldoende tijd om patiënten en cliënten ook op individueel niveau uitleg te geven over procedures en de inhoud van de zorg. Werk indien nodig en mogelijk ook aan het vergroten van de vertrouwensrelatie met de patiënt/cliënt. Dit komt neer op het leveren van maatwerk. De initiële tijdsinzet en kosten van de zorg zullen daarmee toenemen, maar uit de voorliggende studie blijkt dat de effectiviteit van de geboden zorg dan eveneens kan toenemen door een betere aansluiting. Het creëren van extra tijd voor patiënten zou moge-

lijk kunnen zijn door bij een huisarts dubbele afspraken in te plannen bij geselecteerde patiënten. Uiteraard vergt dit nog verdere operationele uitwerking in termen van selectiecriteria.

7. Zorg voor voldoende beschikbaarheid van tolken wanneer zorgprofessionals (en/of patiënten) dat nodig achten. Het uitgangspunt hierbij is maatwerk en beslissingsbevoegdheid op het niveau van de professional. De beschikbaarheid van voldoende tolkcapaciteit is van belang vanwege de essentiële functie van communicatie tussen patiënt/cliënt en zorgprofessional. De arts moet immers de klachten van de patiënt goed kunnen begrijpen, en aan de andere kant is het nodig dat de patiënt de gestelde diagnose en de voorgestelde behandeling goed kan begrijpen (en accepteren).
8. Verricht nader onderzoek naar de redenen en de consequenties van de grote behoefte die Hageenaars van Poolse afkomst hebben om gebruik te maken van de zorg in Polen, terwijl ze hier in Nederland ook een zorgverzekering hebben. Een risico hiervan is mogelijk dat benodigde zorg wordt uitgesteld of helemaal niet wordt ontvangen.

# Bijlage 1. Literatuur

- Bekker M., & Mens-Verhulst, J. van (2008). *GGZ en diversiteit: prevalentie en zorgkwaliteit. Programmeringsstudie 'Etniciteit en Gezondheid' voor ZonMW*. Tilburg: Tilburg University.
- Bellaart, H. (2013). *Opvoeden doen we samen, laagdrempelige opvoedingsondersteuning in multi-etnische wijken*. Utrecht: FORUM.
- Bellaart, H., Day, M., & Gilsing, R. (2016). *Effectief bereik van alle doelgroepen door jeugdhulp Den Haag*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Bellaart, H. (2016). *I-psy: Maatwerk in een interculturele context*. Den Haag: I-psy.
- Booi, H., Crok, S., Broeke, L. ten, Lindeman, E., & Slot, J. (2008). *Diversiteit in perspectief, diversiteits- en integratiemonitor Amsterdam 2007*. Amsterdam: Gemeente Amsterdam.
- Broek, A. van den, Kleijnen, E., & Keuzenkamp, S. (2010). *Naar Hollands gebruik? Verschillen in gebruik van hulp bij opvoeding, onderwijs en gezondheid tussen autochtonen en migranten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Devillé, W., Lamkaddem, M., Groenewegen, P., Spreeuwenberg, P., & Foets, M. (2012). Importance of quality aspects of GP care among ethnic minorities: role of cultural attitudes, language and healthcare system of reference. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40 (1): 25- 34.
- Foets, M., Suurmond, J., & Stronks, K. (2007). De relatie tussen etnische herkomst en gezondheid (szorg). Een conceptualisering. In: M. Foets, J. Schuster & K. Stronks (red.), *Gezondheids(zorg) onderzoek onder allochtone bevolkingsgroepen*. Amsterdam: Aksant.
- Foets, M., Schuster, J.S., & Stronks, K. (red.) (2008). *Gezondheids(zorg) onderzoek onder allochtone bevolkingsgroepen. Een praktische introductie*. Amsterdam: Aksant.
- Fransen, M.P. (2013). Beperkte gezondheidsvaardigheden bij patiënten van allochtone herkomst. *Ned Tijdschr Geneesk*, 157:A5581.
- Gemeente Den Haag (2014) *Gezondheidsmonitor Den Haag*. Den Haag: Gemeente / GGD Haaglanden.
- Gruijter, M. de, Gilsing, R., & Pels, T. (2014). *Haagse integratiemonitor 2014*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Gruijter, M. de, Nederland, T., & Stavenuiter, M. (2014). *Meedenkers aan het woord*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Heineke, D., Bruin, H. de, Engelsman, L. den, & Peters, J. (2012). *Bereik bereikt? Een onderzoek naar het bereik van CJG's onder migrantengezinnen*. Utrecht: Conclusion Advies en Management B.V.
- Huber, M., Vliet, M. van, Giezenberg, M., & Knottnerus, A. (2013). *Towards a conceptual framework relating to 'Health as the ability to adapt and to self manage, Operationalisering gezondheidsconcept*. Rapport 2013-001 VG. Driebergen: Louis Bolk Instituut.
- Huber, M., Vliet, M. van, & Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Ned Tijdschr Geneesk*, 160: A7720.
- Kunst, A.E., Mackenbach, J.P., Lamkaddem M., Rademakers J., & Deville, W. (2008). *Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Lucht, F. van der & Verweij, A. (2010). *Etniciteit en zorggebruik*. Nationaal Kompas Volksgezondheid. De Bilt: RIVM.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Den Haag: RVZ.
- Rohlof, H. (2012). Psychiatrische diagnostiek, het "Culturele Interview" en de DSM-5. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54 (9): 819-821.
- Scheppers, E., Dongen, E. van, Dekker, J., Geertzen, J. (2006). Potential barriers tot he use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*, 23: 325-348.
- Seeleman, C., Essink-Bot, M.L., & Stronks, K. (2008). *Toegankelijkheid en kwaliteit van de somatische zorg – programmeringsstudie 'Etniciteit en gezondheid' voor ZonMW*. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum.
- Suerink, N. (2007). Jeugdzorg en allochtone cliënten. *Visies*, 8-10.
- Wieringen, J.C.M. van, Harmsen, J.A.M., & Bruijnzeels, M.A. (2002). Intercultural communication in general practice. *Eur J Public Health* (12): 63–68.

## Bijlage 2: Impressie bestaand specifiek intercultureel aanbod (niet uitputtend)

Huisartsenzorg	Migrantengroep
Gezondheidscentrum Medica	Allen
Geestelijke gezondheidszorg	Migrantengroep
I-psy	Allen
GGZ Reflection	Allen
Thuiszorg	Migrantengroep
Zuster Mina	Allen
Multi Care Thuiszorg	Allen
Yurdakul Thuiszorg	Turks
Sewa	Hindoestaans
Benita Home	Antilliaans
Ouderenzorg	Migrantengroep
RS Woonconsultancy	Allen
Stichting Sarita	Allen
De Schildershoek	Allen
Woongemeenschap Sewa Sangh	Surinaams-Hindoestaans
Woongroep Shanti Bhawan	Surinaams-Hindoestaans
Woongroep Kamal Huis	Surinaams-Hindoestaans
Woongroep Bindraban Bhawan	Surinaams-Hindoestaans
Johan Chandoe Huis	Surinaams-Hindoestaans
Woongroep Sabitri Bahwan	Surinaams-Hindoestaans
Woongroep Stanfasti	Surinaams-Creools
Woongroep Wisma Tunggal Karsa	Surinaams-Javaans
Woongemeenschap Bangun Trisno	Surinaams-Javaans
Royal Zorg	Turks
Woongroep Baris Evi	Turks
Woongroep Dar es Salaam	Marokkaans
Woongroep Nos Aqua Marino	Antilliaans



Colofon

Opdrachtgever  
Auteurs

Gemeente Den Haag  
Drs. A. Hamdi  
S. Koçak MSc.  
Drs. H.B. Bellaart

Omslag  
Uitgave

J. van den Toorn, MSc.  
Ontwerppartners, Breda  
Verwey-Jonker Instituut  
Kromme Nieuwegracht 6  
3512 HG Utrecht  
T (030) 230 07 99  
E [secr@verwey-jonker.nl](mailto:secr@verwey-jonker.nl)  
I [www.verwey-jonker.nl](http://www.verwey-jonker.nl)

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

ISBN 978-90-5830-810-8

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2017.

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.

Specifieke factoren zijn van invloed op de toegankelijkheid en aansluiting van gezondheidszorg, als het gaat om inwoners met een migratieachtergrond. De gemeente Den Haag ontvangt signalen dat de Haagse gezondheidszorg deze inwoners niet voldoende effectief bereikt. Ook zou het aanbod en de werkwijze niet aansluiten op de behoefte en leefwereld van deze groep. Daarnaast is er in deze gemeente een groei van interculturele zorgaanbieders.

Binnen dit verkennende onderzoek is er gesproken met zestig vertegenwoordigers van de grootste migrantengroepen in Den Haag. Turkse-, Marokkaanse-, Surinaamse-, Antilliaanse- en Poolse Nederlanders. Ook zijn er achttien zorgprofessionals bevestigd over de toegankelijkheid en aansluiting van de zorg voor migrantengroepen.

Het rapport schetst het beeld dat er belangrijke mismatches zijn tussen het zorgaanbod en de zorgvraag van migrantengroepen in Den Haag, ondanks het feit dat er ook positieve ervaringen zijn. Waar schuurt het tussen de behoeften van de zorgvrager met een migratieachtergrond en de mogelijkheden van de gezondheidszorg? Hoe ervaren Hagenaars met een migratieachtergrond de zorg en hoe zien zorgprofessionals dit?

De groei van interculturele zorgaanbieders is deels te verklaren vanuit de gesignaleerde mismatches. Vooral wanneer het gaat om het aanbod en de werkwijze van de reguliere zorg. Het rapport biedt bouwstenen voor verbeteringen en doet aanbevelingen voor een dialoog tussen zorgaanbieders en zorgvragers.