

Healthy Inclusion

Perspectieven van aanbieders op deelname van allochtonen aan gezondheidsbevordering in Nederland.

Empirische analyse I: Interviews aanbieders

NEDERLANDSE SAMENVATTING

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

Verwey-Jonker Instituut
Augustus 2009



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

1. Het project Healthy Inclusion	3
1.2. Methoden	4
1.3. Gezondheidsbevordering in Nederland	4
1.4. Niet-Westerse allochtonen in Nederland	5
1.5. Geïnterviewde aanbieders en interventies	5
2. Participatie van allochtonen in gezondheidsbevorderende interventies.....	7
2.1. Feitelijke participatie van allochtone in de onderzochte interventies	7
2.2. Belemmerende en bevorderende factoren op interventieniveau	7
3. Beleid van organisaties om de participatie van allochtonen te verbeteren.....	9
3.1. Beleid op organisatieniveau	9
3.2. Belemmerende en bevorderende factoren op organisatieniveau	9
4. Overheidsbeleid om de participatie van allochtonen te verbeteren.....	10
4.1. Beleid op lokaal en nationaal niveau	10
4.2. Belemmerende en bevorderende factoren op institutioneel niveau.....	10
Bronnen	11
Bijlage	13
Table 1 Overview of characteristics of the organisations and intervention(s).....	13
Table 2. Interventions.....	14

1. Het project Healthy Inclusion

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).

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 1: literatuurstudie en interviews aanbieders (Van Vliet, de Gruijter & Bulsink, 2009. *Providers' perspectives participation of migrants in health promotion in The Netherlands*)

Voor deelproject 1 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?

1.1. Methodes

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

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

1.2. Gezondheidsbevordering in Nederland

De Nederlandse overheid voert beleid om een gezonde leefstijl te bevorderen. Hoewel de gezondheid van Nederlanders in ruim anderhalve eeuw enorm is vooruitgegaan, stagneert de verbetering nu. Om dit om te buigen richt de overheid zich de komende jaren op vijf speerpunten: overgewicht, roken, overmatig alcoholgebruik, diabetes en depressie.

Het beleid van het Ministerie van VWS is gericht op het tegengaan en verkleinen van gezondheidsachterstanden van mensen die in een kwetsbare positie verkeren, waaronder allochtonen. In het beleidsplan 'Naar een weerbare samenleving. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden' (VWS, 2008) is expliciet aandacht voor allochtonen. In het beleidsplan is aangegeven dat het nodig kan zijn de aanpak specifiek op allochtonen te richten, om de effectiviteit van de interventies te vergroten.

1.3. Niet-Westerse allochtonen in Nederland

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

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

De gezondheidstoestand van allochtonen is over het algemeen minder goed dan die van autochtone Nederlanders. Sociaaleconomiche factoren verklaren de gezondheidsverschillen voor een deel, maar etniciteit is ook een autonome factor. Bepaalde gezondheidsproblemen en chronische aandoeningen komen vaker voor of hebben een specifiek verloop, zoals infectieziekten, hartziekten, diabetes en astma. Meer onderzoek is nodig om de verschillen in gezondheid en de relatie met etniciteit te verklaren. Ook het zorggebruik van allochtonen wijkt af van dat van autochtone Nederlanders. Vooral bij Turken en Marokkanen is sprake van overconsumptie van bepaalde voorzieningen zoals de huisarts, terwijl er bij andere voorzieningen, zoals specialistische zorg, sprake is van ondergebruik. Ook hier is meer onderzoek nodig om de verschillen te verklaren.

1.4. Geïnterviewde aanbieders en interventies

(Zie tabel 1 in de bijlage)

Het merendeel van de respondenten is werkzaam bij een GGD (4), een GGZ-instelling (4) of een gezondheidscentrum (2). GGD's zijn de belangrijkste aanbieder van preventie en gezondheidsbevordering. Andere organisaties, zoals de thuiszorg, bieden dergelijke activiteiten aan in aanvulling op (gezondheids)zorg. De activiteiten op dit terrein worden

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

2. Participatie van allochtonen in gezondheidsbevorderende interventies

2.1. Feitelijke participatie van allochtone in de onderzochte interventies

Tien van de zestien onderzochte interventies richten zich speciaal op allochtonen. In drie van de overige zes interventies die geen etnisch specifieke doelgroepen onderscheiden, participeren ook allochtonen. Deze interventies richten zich op mensen met een lage sociaaleconomische status. Aangezien veel allochtonen tot deze categorie behoren, lukt het deze interventies om allochtone deelnemers te krijgen. De interventies die speciaal zijn gericht op migranten wijken qua onderwerp en doel van de gezondheidsbevordering niet af van interventies die voor een algemeen publiek zijn bedoeld.

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

2.2. Belemmerende en bevorderende factoren op interventieniveau

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

Als we kijken naar de beslissende factoren voor deelname van migranten aan gezondheidsbevorderende interventies op het niveau van de aanbieders, dan blijken de

volgende factoren het meest van belang: de professionele en interculturele competenties van een etnisch-diverse groep gezondheidsbevorderaars. Een grote mate van professionaliteit is nodig om adequaat tegemoet te komen aan de vragen en behoeften van de doelgroep. Daarnaast is een open, flexibele en respectvolle houding noodzakelijk. Ook het aanbieden van trainingen in interculturele competenties en het leren van (effectief gebleken) strategieën om allochtonen te bereiken en te ondersteunen is van groot belang. Op het niveau van allochtonen blijken vooral de volgende factoren een rol te spelen bij deelname aan gezondheidsbevorderende interventies: een lage sociaaleconomische status, verschillende perspectieven of ideeën over gezondheid en ziekte, (on)voldoende vertrouwen in de eigen mogelijkheden om de eigen gezondheid te kunnen beïnvloeden en de mate van integratie in de Nederlandse samenleving.

De volgende goede praktijken kunnen uit de interviews met de aanbieders worden gedestilleerd:

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

3. Beleid van organisaties om de participatie van allochtonen te verbeteren

3.1. Beleid op organisatieniveau

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

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

3.2. Belemmerende en bevorderende factoren op organisatieniveau

Volgens de geïnterviewde aanbieders zijn de volgende factoren van belang op het organisatieniveau, als het gaat om het verbeteren van de toegankelijkheid en het gebruik van gezondheidsbevorderende interventies voor allochtonen: goede samenwerkingsafspraken en relaties met migranten (zelf)organisaties, maar ook met relevante personen in buurten en wijken. Daarnaast is de beschikbaarheid van intermediairs, vertalers en andere 'interculturele experts' van belang. Deze moeten worden ingezet in alle afdelingen van de organisatie, om zo hun kennis van en ervaringen met het werken met allochtone groepen te kunnen delen. Ondersteunend of innovatief onderzoek is hierbij ook belangrijk.

4. Overheidsbeleid om de participatie van allochtonen te verbeteren

4.1. Beleid op lokaal en nationaal niveau

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

4.2. Belemmerende en bevorderende factoren op institutioneel niveau

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

Bronnen

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statline*. <http://statline.cbs.nl> .

Dahhan, N. (2007). *Gezondheidszorg & Etnische Diversiteit in Nederland; Naar een betere zorg voor iedereen*. Amsterdam: PaceMaker in Global Health.

Latten, J., Nicolaas, H., and Wittebrood, K. (2005). Concentratie allochtonen toegenomen. In: *Bevolkingstrends* (CBS), 3rd quarter, pp 90-95.

Loket gezond leven. I-database [database lifestyle interventions] (nd). Retrieved from <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/> .

NIGZ Allochtonen en gezondheid (n.d.). Retrieved from <http://www.nigz.nl/index.cfm?act=dossiers.inzien&vardossier=65> .

Pacemaker (2007). *Gezondheidszorg & Etnische Diversiteit in Nederland; Naar een betere zorg voor iedereen*. Pacemaker in Global Health.

RIVM Nationaal Kompas Volksgezondheid. Preventie gericht op allochtonen (nd). Retrieved from http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_prevallochtonen.html) .

RVZ (2000). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. The Hague: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Council for Public Health and Health Care).

SCP, (2008). *Facts and Figures of the Netherlands. Social and Cultural Trends 1995-2006*. The Hague: Sociaal en Cultureel Planbureau (Social and Cultural Planning Office of the Netherlands).

SCP/WODC/CBS, Sociaal en Cultureel Planbureau/ Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum/Centraal Bureau voor de Statistiek (2005). *Jaarrapport integratie 2005*. The Hague: Dutch Institute for Social Research | SCP

Seeleman, C., Essink-Bot, M.L., & Stronks, K. (2008). *ZonMw Programmeringsstudie 'Etniciteit en gezondheid'. Toegankelijkheid en kwaliteit van de somatische zorg*.

Literatuurstudie (concept). Amsterdam: Afdeling Sociale Geneeskunde AMC (AMC Department for Social Medicine).

Vliet, K. van, Gruijter, M. de, & Singels, L. (2006). *Diversiteit in participatie in gezondheidsbevordering [Diversity in participation in health promotion]*. Utrecht: Verwey-Jonker Institute.

Vliet, K. van, Gruijter, M. de & Bulsink, D. (2009). *Providers' perspectives on participation of migrants in health promotion in The Netherlands*. Empirical analysis I: Interviews providers. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

VTV, (1997). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (National Institute for Public Health and the Environment).

VWS (2007). *Gezond zijn en gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie [Being Healthy and Staying Healthy: A Vision of Health and Prevention.]* The Hague: Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport (Ministry of Health, Welfare and Sports).

VWS (2006). *Kiezen voor gezond leven [Opting for a healthy life]*. The Hague: Ministerie van VWS.

VWS (2005). *Brancherapport Preventie* (n.d.). Retrieved from <http://www.brancherapporten.minvws.nl>> De VWS-sectoren\Preventie\ , 24 May 2005.

ZonMw (2008). *Signalement etniciteit en gezondheid*. The Hague: ZonMw.

Bijlage

Table 1 Overview of characteristics of the organisations and intervention(s)

Number	Type of organisation	Main financial resources	Groups/populations	Settings
1.	Public Health Service	Local government	Local authorities and professionals, people in the region Midden Gelderland	School, neighbourhood, community centre, etcetera.
2a/b	Public Health Service	Local government	People in Amsterdam, Aalsmeer, Amstelveen, Diemen, Ouder-Amstel and Uithoorn	School, neighbourhood, community centre, sports club, health care centre, etcetera.
3.	Health care centre	National government (Intervention: Healthcare Insurance Company, local government, participants)	People of Utrecht neighbourhood Overvecht	Health care centre, neighbourhood, community centre, sports accommodations, etcetera.
4.	Expertise centre for smoking prevention	-Public: national government -Private: three foundations*	Smokers	School, community centre (public health service), media
5.	Mental health care centre	National government	People with mental problems and their family	School, neighbourhood, health care centre
6.	Public Health Service	Local government (Intervention: sometimes Health Care Insurance Company)	Citizens of Utrecht	School, community centre, neighbourhood, etcetera.
7.	Academic Medical Research Centre	National government Intervention: ZonMw, health care centres and local government of Amsterdam South East, foundation GAZO	Patients	Neighbourhood, health care centre, schools, etcetera.
8.	Health care centre	National and local government	People in the city of Almere	Health care centre, home, community centre, school, etcetera.
9.	Organisation for (home) care	National and local government	Elderly people	Home, care centre, preventive health care centre for older people, community centre
10.	Organisation for Youth Care	National and local government	Children (and their families) with problems in the field of development, behaviour and family relations	Ambulant youth care centre
11.	Foundation for support of health care and social services within the city of The Hague	Local government	Citizens of disadvantaged neighbourhoods in The Hague and professionals	Neighbourhood, community centre, health care centre, etcetera.
12.	Mental health care organisation	National and local government	People with mental problems in the regions Rotterdam Rijnmond and Nieuwe Waterweg Noord.	School, mental health care centre, community centre, etcetera.
13.	Mental health care organisation, Centre for addiction prevention and care	National government (Intervention: local government)	People who have problems with drugs, alcohol and gambling (and their family)	Neighbourhood, health care centre, mosque
14.	Public Health Service	Local government	People in the region IJssel-Vecht	School, neighbourhood, community centre, etcetera.
15.	Mental health care organisation, prevention department	National and local government	People in Rotterdam with psychological problems or questions about a healthy lifestyle	School, neighbourhood, community centre, etcetera.

Table 2. Interventions

Number	Type of Intervention	Target Group	Form	Frequency	Number of participants	Approach	Setting of intervention
1.	Course for obese children	Children between 9 and 12 and their parents	Briefing meeting, courses, classes, teaching for teachers.	10 meetings in a course	?	OPUS model (project management model)	School, neighbourhood
2a.	Community-based subsidy for migrants' organisations to make HIV the subject of conversation	Migrants' organisations (in the end: people from the sub-Sahara, Africa, Suriname and Netherlands Antilles, age 16+)	Subsidy, providing support: counselling, giving training, helping in developing and evaluating the intervention.	?	?	Working with migrants' organisation as intermediary, bottom-up	Migrants' organisations
2b.	Intervention research about overweight and prevention	Turkish and Moroccan women with overweight, aged 25-45.	Problem inventory, developing the intervention, evaluation.	?	?	Bottom-up, migrants are actively involved in every phase of the intervention	Neighbourhood
3.	Exercise programme	People with health problems	Exercise groups	?	?	Promotion of healthy behaviour instead of the prevention of disease	Neighbourhood, health care centre
4.	Campaign to help smokers quit smoking	Turkish smokers	Education, working with migrants' organisations to establish personal contact, sms campaign, briefing meetings	?	Sms campaign: 28000 people. 1746 people quit smoking for a day	Social network method	Neighbourhood, media
5.	Course about dealing with depression	Migrant women with symptoms of depression	Courses	2 or 3 courses a year	?	Psycho-education focused on empowerment	School, community centre
6.	Health education meetings in migrants' own language and culture	Migrant women	Meetings	A total of 400 meetings yearly	?	Briefing meetings in migrants' own language and culture	School, community centre, at the home of participants, accommodations of migrants' organisations
7.	Patient-focused culture specific education method for migrants with hypertension	Assistants, (in the end: patients with hypertension from Suriname, the Dutch Antilles and Ghana)	Courses, conversations with professionals, expert meetings, articles, congresses	Every day	?	Explanatory models (Kleinman)	Health care centre

8.	Acquaintance home visit for pregnant women by youth health care nurse	Migrant families (pregnant women and mothers of young children)	Home visits	One home visit	At least 30 participants have been visited	Outreaching method	At home
9.	Preventive health centre for the elderly	Elderly people 50+	Individual consultation (one hour yearly)		About 18 consultations every week		Preventive health centre, community centre
10.	Programme for obese children, psycho-education: dealing with being obese	Children 6-18 years with overweight and their parents	Information concerning nutrition and diet, training in physical action and cognitive therapy for children. Education, psycho-education and group meetings for parents	Programme takes one year with frequent meetings for both children and parents	?	Demand-driven, competence-driven, family focused, behaviour therapy method and system theory.	Youth care centre
11.	Migrant confidential counsellors	Migrants in disadvantaged neighbourhoods with psycho-social problems	Confidential counsellor: listening, mediation, guidance to social worker, advice, help, etcetera.	As required	2007: 80 clients 2008: 145 clients	Bottom-up and from within the community. Making use of what already exists	Neighbourhood
12.	Group course for youngsters with depressive symptoms	Youngsters (aged 13-17) with depressive symptoms	Group course (and briefing meeting for the parents)	8 meetings	10-12 young people within each group	Focus on the prevention of heavy mental problems	School
13.	Intercultural confidential counsellor	Moroccans	Briefing meetings and individual conversations	Twice a week	Briefing meetings in mosque: 150 men and also an unknown number of women. Group course: 20/30 people. Education: 2/3 persons	Outreaching, easily accessible, on different locations close to the focus group, good timing.	Neighbourhood, health care centre, mosque
14.	Briefing meetings (home party) and supermarket guided tour about healthy food	Mothers in two neighbourhoods of Zwolle	Briefing meetings and supermarket guided tour	There have been 8/9 group project in half a year and each group project consists of 3 meetings	8 to 10 women in a group	Using intermediary who hosts the home party/briefing meeting	School, neighbourhood, community centre, supermarket and at the home of a participant
15.	Training for migrant women who are inactive and (thus) with a higher risk of depression	Migrant women aged between 20 and 60, who have problems with becoming active	Briefing meetings combined with exercise activities	25 groups annually	8-10 women in one group	Combination of psycho-education with physical exercise	School, neighbourhood, community centre