

**Explaining health and healthcare utilisation of ethnic minorities in the Netherlands:**

**a longitudinal perspective**

Majda Lamkaddem

## Summary

## Introduction

The purpose of the studies presented in this thesis was to gain insight into the determinants of health and healthcare utilisation of two different types of immigrants currently living in the Netherlands. We focused on traditional immigrant groups (originating from labour and decolonisation migration) and refugees who resettled in the Netherlands (fleeing countries at war, or from persecution). Both immigrant groups differ regarding their migration history and the circumstances in which they have been received in the Netherlands. Their current health state differs from that of the general population; however, this does not show a consistent picture. Compared with the majority population, for some health outcomes ethnic minority groups are advantaged whereas for other outcomes they are disadvantaged. Likewise, ethnic groups show differences regarding their use of health care services. Like for health status, these differences do not follow a consistent pattern. Also, little information exists on how these differences develop over time. Knowledge on how health and healthcare utilisation develop over time offers insight into causal relations between health and its determinants.

Therefore, we examined the mechanisms underlying health and use of healthcare services of ethnic minorities in the Netherlands in a longitudinal perspective. In chapter 1, we developed a theoretical model for understanding differences in health and healthcare utilisation for migrant groups. We made a distinction between different types of explanatory mechanisms. When examining the use of GP healthcare for traditional migrant groups, we focused on perceived quality of care and its determinants, perceived health needs and perceived discrimination in society at large. When examining health status of refugees, we focussed on living conditions and prior healthcare utilisation. This model guided our analyses throughout the various studies.

## **Explaining ethnic differences in the use of GP among traditional immigrant groups**

### *Perceived quality of GP care*

Previous studies have shown that ethnic minorities more frequently consult the GP than the host population, even when differences in health need are taken into account. In chapter 2, we focussed on one possible explanation of these higher rates, i.e. the way quality of GP care is perceived by ethnic minorities. We specifically looked at the importance given to several quality aspects of GP care (i.e. medical treatment, language, accessibility, equity and cultural sensitivity) by several ethnic minority groups. We looked at which factors could explain the importance given to those aspects. We therefore focussed on the influence of cultural aspects, language fluency and differences in health care organisation in the country of origin on the individual ratings. This was examined among respondents from Turkish, Moroccan, Surinamese, Antillean origin, Western immigrants and respondents from Dutch origin. We saw that, first, respondents who attached more importance to the accessibility of the GP services and to the quality of the medical treatment had less modern/equalitarian cultural attitudes on the one hand, and a better Dutch language mastery on the other hand. Second, respondents who attached more importance to translation services were having a lower mastery of the Dutch language. Finally, we saw that respondents who attached more importance to the accessibility of the GP and of the specialised health services were those accustomed to a broader access to the health system in the country of origin. Therefore, cultural factors, language mastery and the health system considered as the reference all influence the importance given to several aspects of GP care quality.

### *The role of discrimination on health care utilization*

Although the use of GP is generally higher among ethnic minorities, we also know that within ethnic minority populations, some people have higher GP utilisation rates than others, independently of health needs. We hypothesized that GP use is partly depending on the amount of discrimination people experience in society at large. More specifically, we expected discrimination feelings to be a barrier to the use of GP health care. Our assumption was that this relation would be partly explained by a lower perceived quality of GP care by those who feel more discriminated. In

chapter 3, we examined this hypothesis at two time-points (2001 and 2005) among a sample of respondents of Turkish and Moroccan origin. For the whole group in 2001, respondents experiencing higher discrimination feelings were making less use of GP health care for similar health needs. Contrary to our hypothesis, this relation was not explained by differences in perceived quality of GP care. We further found no evidence for substitution of health care in the home country to health care in the host country for GP non-attenders. Over time (both in 2001 and in 2005), a lasting discrimination feeling was related to persistent non-attendance at the GP practice. Therefore, experienced discrimination feelings in society at large form a barrier for using GP care.

#### *Health changes and subsequent changes in healthcare utilisation*

One might hypothesize that the rate of GP contacts among ethnic minorities is, among others, directly depending on the health needs of those ethnic minorities. Therefore, one might expect increases in health needs over time to lead to increases in GP contacts, and reversely. The assumption is that this relationship is similar across ethnic groups. We tested this hypothesis in chapter 4. We focussed on changes in mental and physical health of labour immigrants and related those to changes in GP healthcare utilisation. This association was examined among a sample of Turkish and Moroccan respondents at two time-points (2001 and 2005). First, we saw that mental health improved between the two measurements, but only for the Moroccan group. Physical health remained unchanged for both groups. On the other hand, healthcare utilisation (number of GP contacts) decreased for the Turkish group, and remained unchanged for the Moroccan group. This was not expected, based on our hypothesis and assumption: decrease in health needs of the Moroccan group over time did not seem to lead to a decrease in health care use. Moreover, this picture was different for the Turkish group, for whom health care use decreased while health needs did not. The explanatory models confirm this finding: once adjusted for changes in mental and physical health and other differences, the Turkish group had a slightly larger decrease in GP contacts between both measurements than the Moroccan group. Therefore, changes in health needs explained changes in GP healthcare utilisation, but not in the same extent for both groups.

## Explaining health changes among resettled refugees

### *The new context and prior healthcare utilisation*

Across the globe, refugees show in general a poorer mental and physical health than the local populations amongst which they resettle. However, upon resettlement, and after obtaining a residence permit in a wealthier and economically and politically more stable country, health improvements over time are expected. Also, newly resettled refugees experience abrupt changes in social and physical context when granted a residence permit. In chapter 5, we examined developments in health of resettled refugees, and the factors explaining health changes. More specifically, we looked at the changes in mental and physical health of refugees, and at how a residence permit and subsequent improvements in social and physical context affect these changes. This was examined at two time-points (2003 and 2011) among a sample of refugees from Afghanistan, Iran and Somalia resettled in the Netherlands. First, we saw that recent residence permit holders had larger decreases in post traumatic stress disorder (PTSD) symptoms and anxiety/depression symptoms, and larger improvements in self-rated general health over time as compared to longstanding permit holders. There was no significant association between type of permit holders and change in number of chronic conditions. Second, we saw that health improvements were not directly influenced by the fact of getting a residence permit, but rather by the subsequent improvement of the experienced living conditions, in particular employment and the presence of family/social support. The changes in social context are therefore the mechanism underlying health improvements accompanying a residence permit.

Despite these health improvements over time among refugees, evidence shows that the prevalence of PTSD remains high, even several years after resettlement. Chapter 6 focussed on changes in PTSD symptoms among refugees and related those to prior mental health care utilization. This study also focussed on refugees recently resettled in the Netherlands. Our findings show that the PTSD prevalence remained considerably high among resettled refugees at a seven-year interval (around 15%, compared to 7%

among the general population<sup>1</sup>). This seemingly unchanged rate has two main explanations. The first one concerns the onset and persistence of PTSD symptoms. Only half of the respondents having PTSD during the second measurement already had PTSD during the first measurement. The other half concerned new cases, for which PTSD developed later on, between both measurements. The second explanation concerns the low use of mental health care during the first wave. We saw that during the first wave, only 21% of respondents symptomatic of PTSD were reporting contacts with a mental health care provider at the same time point. This last explanation is all the more important given the results of the analyses on the effectiveness of previous mental health care use: respondents with PTSD who made use of mental health care during the first wave were more likely to see an improvement in PTSD symptoms during the second wave compared to those who did not, regardless of differences in other pre- and post-migration factors. Having previously used mental health care in the Netherlands proved therefore to be beneficial for PTSD recovery.

## Discussion

The last chapter (chapter 7), we start by discussing the strength and weaknesses of the data used for the internal and external validity of the research. To start with, the longitudinal approach chosen for the design of these studies can be considered as a strength of our studies. It offered the possibility of enlightening mechanisms playing in the pathway towards health care utilization and health of ethnic minorities through time. It examined changes through time at individual level (for instance changes in employment, experienced living difficulties or health care utilization) and related these to the posterior relevant outcomes, rather than merely comparing groups in the contemporaneous associations between these factors and potential outcomes.

However, some points can be considered as weaknesses of our studies. First, we used two two-waves cohorts (migrant survey of the second Dutch National Study of General Practice, (DGNSP-II) and '*Gevlucht-gezond?*'). For

---

<sup>1</sup> de Vries GJ, Olf M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *J Trauma Stress*, 2009;22(4):259-67.

both studies, the retention rate was about 40%. However, both studies focussed on changes between waves, and on the underlying determinants. Therefore, longitudinal analyses used paired-samples techniques. This approach limits the retention rates issues that would otherwise influence results (for instance when using repeated cross-sectional analyses techniques), because data is compared through time within individuals. Second, data is based on self-report. Recall bias (healthcare utilisation) or lack of validated translations of measurement instruments (health outcomes) could be problematic. In this section we explain how we dealt with these two possible bias-inducing problems, in the study design or in the analyses. Finally, the sample sizes of both cohorts limited the extent to which analyses could be stratified per ethnic group. Likewise, this limits the scope of conclusions on ethnic differences. However, this was not the primary purpose of our thesis, which was rather to examine the possible mechanisms playing a role for all groups of immigrants coming to a new country regarding their health and healthcare utilisation.

In this chapter, we also reflect on the conceptual model presented in chapter 1 in the light of our results, and discuss some specific outcomes. On our model, we conclude that some associations were not confirmed by our studies, but that most of them were. Health is therefore the product of a stepwise causal chain, encompassing socio-economic and cultural factors on the one hand, and factors related to the physical and social environment on the other, which in turn influence health directly, or indirectly through health care utilization. In this causal chain, we noted the specific role of discrimination in society at large, which forms a barrier to healthcare utilisation. We also noted the benefits of employment for mental and general health improvements. Finally, we underlined the role of the health care system in the country of origin, held as the reference from which the Dutch health care system is being judged upon. These factors are relatively little investigated until now, and these results add to the understanding of the path towards better health for ethnic minorities.

Finally, we formulated some recommendations for further research and for policy around health and healthcare use of ethnic minorities. Future research should pay ongoing attention to health and healthcare utilisation of ethnic minorities, in the first place because ethnic diversity will continue to increase in the coming decades, and that the question remains on how



responsive our healthcare system is to this challenge. Policies should be targeting at this a) by re-thinking the social and economical context in which refugees and all newcomers are placed upon resettlement in the Netherlands, specifically by promoting social support and employment possibilities. This recommendation follows our findings on the role of employment and of social and physical context on health improvements; b) by improving the information on mental healthcare for these groups, following our findings on the relative low use of mental health services by refugees shortly after arrival; c) by increasing the awareness of health care providers on possible barriers to care for ethnic minorities. GPs play a central role in guiding the health care demand towards other relevant disciplines. Therefore, their awareness about the possible barriers towards healthcare utilisation (being discrimination, language, cultural attitudes or organisation of healthcare in the home country) is essential for overcoming them. Finally, d) by re-thinking educational curricula of healthcare providers: imbedding education on the ethnic and socio-economic determinants of health and healthcare utilisation would improve the diversity-sensitive approach of our health system. This would be a first step in increasing the responsiveness of this system to the growing ethnic diversity of its users. This follows the overall findings of this thesis, and the evidence that ethnic diversity is a growing, long-lasting phenomenon in our society. Therefore, diversity-sensitiveness requires a sustainable, long-term approach.

## **Samenvatting**

## Samenvatting

### Introductie

Dit proefschrift heeft tot doel meer inzicht te verschaffen in de determinanten van gezondheid en zorggebruik van twee etnische minderheidsgroepen in Nederland: enerzijds ‘traditionele’ migrantengroepen, die zich in Nederland gevestigd hebben vanwege arbeidsmigratie of dekolonisatie, en anderzijds vluchtelingen, die om veiligheidsredenen, bijvoorbeeld vanwege oorlogssituaties in het land van herkomst, naar Nederland gekomen zijn. Deze groepen verschillen in migratiegeschiedenis en zijn daarnaast onder andere omstandigheden ontvangen in Nederland. De gezondheidstoestand van etnische minderheidsgroepen in Nederland verschilt van die van de autochtone bevolking, maar deze verschillen volgen geen eenduidig patroon. Vergeleken met de autochtone bevolking is de gezondheid van etnische minderheidsgroepen op sommige terreinen beter, maar op andere juist slechter. Ook het zorggebruik van etnische minderheidsgroepen volgt geen eenduidig patroon. Bovendien is er tot nu toe weinig informatie over de ontwikkeling van deze verschillen in gezondheidstoestand en zorggebruik over de tijd. Kennis van de ontwikkelingen in zorggebruik en gezondheid over de tijd kan meer inzicht bieden in de causale relatie tussen gezondheid van etnische minderheidsgroepen en de factoren die daarop van invloed zijn.

Dit was de aanleiding om de mechanismen die de gezondheid en zorggebruik van etnische minderheidsgroepen kunnen verklaren in dit proefschrift te bestuderen vanuit een longitudinaal perspectief. Hoofdstuk 1 beschrijft het theoretisch model dat gebruikt is om verschillen in gezondheid en zorggebruik bij etnische minderheidsgroepen te verklaren. Dit model is in alle artikelen als leidraad gebruikt. We maken onderscheid tussen verschillende soorten verklarende mechanismen. Bij de analyse van het gebruik van huisartsenzorg door traditionele migrantengroepen hebben we gekeken naar (de determinanten van) ervaren kwaliteit van zorg, ervaren zorgbehoeften, en ervaren discriminatie in de maatschappij. Bij de analyse van de gezondheid van vluchtelingen hebben we gekeken naar de rol van leefomstandigheden en eerder zorggebruik.

## **Etnische verschillen in gebruik van huisartsenzorg onder traditionele migrantengroepen: verklaringen**

### *Ervaren kwaliteit van huisartsenzorg*

Eerdere studies hebben aangetoond dat etnische minderheidsgroepen vaker contact hebben met de huisarts dan de algemene bevolking, ook als er rekening wordt gehouden met verschillen in zorgbehoefte. In hoofdstuk 2 gaan we nader in op een mogelijke verklaring hiervoor, namelijk het oordeel van etnische minderheden over de kwaliteit van de zorg van de huisarts. We hebben specifiek gekeken naar verschillen in het belang dat respondenten van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse afkomst, Westerse immigranten en autochtone Nederlanders hechten aan verschillende aspecten van de huisartsenzorg: de kwaliteit van de medische behandeling, vertaaldiensten, toegankelijkheid, 'equity' en culturele sensitiviteit. We keken naar de factoren die verschillen in het belang dat men aan deze aspecten hechtte kunnen verklaren: culturele aspecten, beheersing van de Nederlandse taal en verschillen in organisatie van de zorg in het land van herkomst.

We vonden dat respondenten die meer belang hechtten aan de toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk en aan de kwaliteit van de medische behandeling, minder moderne/egalitaire culturele opvattingen hadden, maar een betere beheersing van de Nederlandse taal. Respondenten die de Nederlandse taal minder goed beheersten hechtten meer belang aan vertaaldiensten. Ten slotte zagen we dat respondenten die een ruimere toegang tot het zorgstelsel gewend waren in het land van herkomst meer belang hechtten aan de toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk en van de specialisten in de tweede lijn. We concluderen dat culturele factoren, taalbeheersing en de organisatie van de zorg in het land van herkomst van invloed zijn op het belang dat etnische minderheidsgroepen hechten aan verschillende kwaliteitsaspecten van de huisartsenzorg.

### *De rol van discriminatie bij gebruik van huisartsenzorg*

Hoewel het gebruik van huisartsenzorg onder etnische minderheden in het algemeen hoger is dan in de autochtone populatie, weten we ook dat binnen etnische minderheidsgroepen sommige groepen een hoger zorggebruik hebben dan andere, onafhankelijk van de zorgbehoefte. Onze hypothese was dat het gebruik van huisartsenzorg deels afhankelijk is van

de mate waarin men zich gediscrimineerd voelt in de Nederlandse samenleving. Meer specifiek verwachtten we dat discriminatiegevoelens een barrière zouden vormen bij het gebruik van huisartsenzorg. Daarbij veronderstelden we dat deze relatie deels verklaard zou kunnen worden door een lagere ervaren kwaliteit van huisartsenzorg bij degenen die zich meer gediscrimineerd voelden. In hoofdstuk 3 hebben we deze hypothese getoetst op twee meetmomenten (2001 en 2005) in een steekproef van Turkse en Marokkaanse respondenten. Voor de respondentengroep als geheel zagen we dat respondenten die zich in 2001 meer gediscrimineerd voelden, minder gebruik maakten van huisartsenzorg, zonder dat hun gezondheidstoestand dit verschil kon verklaren. In tegenstelling tot onze hypothese werd deze relatie niet verklaard door een lagere ervaren kwaliteit van huisartsenzorg door deze subgroep. Onder de respondenten die minder gebruik maakten van huisartsenzorg in Nederland vonden we geen bewijs voor mogelijke substitutie door een hoger gebruik van zorg in het buitenland. Gedurende de periode 2001-2005 bleef de associatie tussen een hoog gevoel van discriminatie en een laag gebruik van huisartsenzorg bestaan. We concluderen dat ervaren discriminatie in de samenleving van invloed is op de toegankelijkheid van de huisartsenzorg.

#### *Veranderingen in gebruik van huisartsenzorg*

Hypothetisch hangt de mate waarin mensen gebruik maken van huisartsenzorg rechtstreeks samen met hun gezondheidstoestand en van andere factoren, maar niet van hun etnische herkomst. In lijn hiermee verwachten we dat een afname in gezondheidstoestand over de tijd zou leiden tot een toename van het aantal contacten met de huisarts, en andersom. Onze assumptie is dat deze relatie onder verschillende etnische groepen analoog verloopt. Deze hypothese is getoetst in hoofdstuk 4. De associatie tussen veranderingen in mentale en fysieke gezondheid en zorggebruik van Turkse en Marokkaanse respondenten is geanalyseerd op twee verschillende meetmomenten (2001 en 2005). We vonden ten eerste dat de mentale gezondheid van de Marokkaanse groep verbeterde tussen beide metingen, maar die van de Turkse groep niet. De fysieke gezondheid bleef voor beide groepen onveranderd. Ten tweede zagen we dat het zorggebruik (aantal contacten met de huisarts) in de Turkse groep afnam terwijl het voor de Marokkaanse groep niet veranderde. Gezien onze hypothese en assumptie waren deze bevindingen onverwacht; de verbetering van de gezondheidstoestand van de Marokkaanse groep in de

tijd bleek niet gepaard te gaan met een afname van het zorggebruik. Ook het beeld voor de Turkse groep, waar het zorggebruik afnam terwijl de gezondheidstoestand onveranderd bleef, ondersteunde onze hypothese niet. De verklarende statistische modellen bevestigden deze bevindingen: rekening houdend met veranderingen in mentale en fysieke gezondheid en andere kenmerken, liet de Turkse groep een iets grotere afname zien in aantal contacten met de huisarts dan de Marokkaanse groep. Veranderingen in gezondheidstoestand verklaarden dus veranderingen in gebruik van de huisartsenzorg, maar niet in de zelfde mate voor beide groepen.

## **Veranderingen in de gezondheid van vluchtelingen: verklaringen**

### *De nieuwe context en het voorafgaande zorggebruik*

Wereldwijd ervaren vluchtelingen een slechtere mentale en fysieke gezondheidstoestand dan de bevolking in het land van aankomst waar zij zich vestigen. Echter, na vestiging en na het verkrijgen van een verblijfsvergunning in een economisch en politiek stabiel land dan het herkomstland zijn gezondheidsverbeteringen op langere termijn te verwachten.

Vluchtelingen die een verblijfsvergunning verkrijgen ervaren abrupte veranderingen in hun sociale en fysieke omstandigheden.. In hoofdstuk 5 hebben we gekeken naar de veranderingen in de fysieke en mentale gezondheid van vluchtelingen die zich gevestigd hadden in Nederland. We onderzochten de factoren die van invloed zijn op deze veranderingen in gezondheid, met name het krijgen van een verblijfsvergunning en verbeteringen in de sociale en fysieke omgeving. We gebruikten gegevens van twee metingen (in 2003 en 2011) binnen een steekproef van vluchtelingen uit Afghanistan, Iran en Somalië. Uit de analyses kwam naar voren dat vluchtelingen die recent een verblijfsvergunning hadden gekregen een grotere afname van symptomen van posttraumatische stress stoornissen (PTSS) en van angst/depressie vertoonden over de tijd dan vluchtelingen die al langere tijd een verblijfsvergunning hadden. Ook bleek dat recente vergunninghouders een grotere verbetering in algemene gezondheid rapporteerden dan vergunninghouders die al langere tijd een verblijfsvergunning hadden. Er was geen significant verband tussen

tijdsduur sinds het verkrijgen van de verblijfsvergunning (recent vs. langdurig) en verandering in het aantal chronische aandoeningen. Aanvullende analyses lieten zien dat de veranderingen in gezondheid niet rechtstreeks afhankelijk waren van de tijdsduur sinds het verkrijgen van de verblijfsvergunning, maar eerder van verbeteringen in ervaren leefomstandigheden, in het bijzonder in de werksituatie en de aanwezigheid van familie/sociale steun. Wij concluderen dat veranderingen in de sociale omstandigheden het achterliggende mechanisme zijn voor de verbeteringen in de gezondheid van vluchtelingen na het verkrijgen van een verblijfsvergunning.

Ondanks deze verbeteringen in de gezondheid van vluchtelingen over de tijd blijft de prevalentie van een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) hoog, ook meerdere jaren na vestiging in een gastland. In hoofdstuk 6 analyseren we de veranderingen in symptomen van PTSS over de tijd onder vluchtelingen, en onderzoeken we de relatie tussen deze veranderingen en eerder gebruik van geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Analoog aan hoofdstuk 5 gaat deze studie over vluchtelingen die zich gevestigd hebben in Nederland. De resultaten laten zien dat de prevalentie van PTSS relatief hoog blijft na een interval van 7 jaar (rond 15%, tegen 7% onder de algemene populatie<sup>1</sup>). We vonden twee verklaringen voor deze ogenschijnlijk onveranderde prevalentie van PTSS.. De eerste betreft de incidentie en persistentie van de symptomen van PTSS. Slechts de helft van de respondenten met PTSS tijdens de tweede meting had dit ook al tijdens de eerste meting. De andere helft betrof nieuwe gevallen, bij wie PTSS dus ontstaan is tussen beide metingen in. De tweede verklaring betreft het lage gebruik van GGZ tijdens de eerste meting. Slechts 21% van de respondenten met PTSS had op dat moment contact met een hulpverlener uit de GGZ op dat moment. Deze laatste verklaring is des te belangrijker in het licht van de bevindingen over het effect van eerdere gebruik van GGZ: respondenten mét PTSS die wel gebruik maakten van de GGZ tijdens de eerste meting hadden significant meer kans op een verbetering in PTSS symptomen dan respondenten met PTSS die geen gebruik maakten van GGZ. Dit effect was onafhankelijk van verschillen in pre- en postmigratie

---

<sup>1</sup> de Vries GJ, Olf M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *J Trauma Stress*, 2009;22(4):259-67.

factoren. Contact met de GGZ in Nederland had dus een positief effect op verbetering van PTSS.

## **Discussie**

Het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 7) begint met een discussie van de sterke en zwakke punten van de gebruikte data in relatie tot de interne en externe validiteit van het onderzoek. Ten eerste is de longitudinale opzet van de studies een sterk punt. Deze biedt de mogelijkheid om inzicht te krijgen in de achterliggende mechanismen die een rol spelen bij gezondheid en zorggebruik van etnische minderheidsgroepen over de tijd. In deze longitudinale opzet was het mogelijk om veranderingen over de tijd op individueel niveau te bestuderen (zoals bijvoorbeeld veranderingen in werkstatus, ervaren leefomstandigheden of zorggebruik) in relatie tot relevante uitkomsten, in plaats van slechts naar de simultane associaties tussen deze factoren en potentiële uitkomsten.

Desalniettemin vertonen onze studies ook tekortkomingen. Ten eerste hebben we twee cohorten gebruikt met elk twee meetmomenten (de enquête onder allochtonen van de Tweede Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (NS-2) en “Gevlucht-gezond?”). Voor beide studies was de retentie rond de ongeveer 40%. In beide studies hebben we de veranderingen tussen metingen en de determinanten van die veranderingen geanalyseerd. Hiervoor waren de uitgevoerde longitudinale analyses gebaseerd op statistische technieken voor gepaarde metingen. Deze aanpak beperkt de problemen als gevolg van de lage retentiegraad die de resultaten anders hadden kunnen beïnvloeden, omdat de gegevens worden vergeleken binnen individuen over de tijd.

Ten tweede zijn onze gegevens gebaseerd op zelfrapportage. Recall bias (voor zorggebruik) of gebrek aan gevalideerde vertalingen van meetinstrumenten (voor de gezondheidsuitkomsten) kunnen problemen geven. In de desbetreffende sectie van hoofdstuk 7 wordt uitgelegd hoe we met deze twee mogelijke vormen van bias omgegaan zijn, zowel in de studieopzet als in de analysefase. Ten slotte beperkte de kleine omvang van de steekproeven van beide cohorten de mogelijkheden om de analyses te stratificeren naar etnische groep. Daardoor zijn de conclusies over etnische verschillen beperkt. Deze waren ook niet het hoofddoel van dit proefschrift,



dat meer gericht was op het achterhalen van mogelijke mechanismen die een rol spelen bij veranderingen in gezondheid en zorggebruik van migrantengroepen in een nieuw vestigingsland.

In dit hoofdstuk gaan we vervolgens in op het conceptuele model, dat eerder was gepresenteerd in hoofdstuk 1. We plaatsen de bevindingen van de verschillende studies in het model en lichten een aantal specifieke uitkomsten eruit. We concluderen dat sommige verbanden niet worden bevestigd door de studies in dit proefschrift, maar de meeste die we hebben onderzocht wel. Gezondheid van etnische minderheidsgroepen is dus het product van een stapsgewijze causale keten. Verschillende economische en culturele factoren maken deel uit van deze keten, maar ook factoren die gerelateerd zijn aan de fysieke en sociale omgeving. Deze factoren beïnvloeden gezondheid direct, maar ook indirect via hun effect op zorggebruik. In deze causale keten wijzen wij met name op de specifieke rol van ervaren discriminatie in de samenleving als barrière voor zorggebruik. Daarnaast noemen we ook de meerwaarde van werk voor verbeteringen in mentale en algemene gezondheid. Tenslotte benadrukken wij de rol van de gezondheidszorg in het land van herkomst als referentiepunt voor de beoordeling van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Naar deze factoren is tot nu toe relatief weinig onderzoek gedaan. Onze resultaten dragen bij aan het de identificatie van aangrijpingspunten voor effectieve maatregelen ter verbetering van de gezondheid van etnische minderheidsgroepen.

Tot slot formuleren wij aanbevelingen voor toekomstig onderzoek en beleid op het terrein van gezondheid en zorggebruik van etnische minderheidsgroepen. Wij vinden dat er blijvende onderzoeks aandacht moet zijn voor gezondheid en zorggebruik van etnische minderheidsgroepen, in de eerste plaats omdat de etnische diversiteit in de bevolking verder zal toenemen in de komende decennia en de vraag blijft hoe goed ons gezondheidszorgsysteem in staat is om goede kwaliteit van zorg te realiseren voor een etnisch-diverse patiëntenpopulatie (oftewel diversiteit-responsieve zorg).

Verschillende beleidsmaatregelen zijn al mogelijk door:

a) aandacht te schenken aan de sociale en economische context waarin vluchtelingen en andere nieuwkomers terecht komen als zij zich vestigen in Nederland, met name door het bevorderen van sociale steun en

mogelijkheden voor werk. Wij doen deze aanbeveling op grond van onze bevindingen over de rol van respectievelijk werk en de sociale en fysieke omgeving voor het verbeteren van de gezondheid van vluchtelingen;

b) het verbeteren van de toegankelijkheid van de GGZ voor etnische minderheidsgroepen, een aanbeveling die volgt uit de bevinding dat vluchtelingen te weinig gebruik maken van de GGZ kort na aankomst;

c) het vergroten van het inzicht van zorgverleners in mogelijke barrières voor zorg bij etnische minderheidsgroepen. Huisartsen spelen een centrale rol in het doorsluizen van de zorgvraag naar andere echelons. Daarom is inzicht bij hen over mogelijke barrières voor zorggebruik (zoals discriminatie, taal, culturele opvattingen of organisatie van de gezondheidszorg in het herkomstland) essentieel. Implementatie van onderwijs over etnische en sociaal-economische determinanten van gezondheid en zorggebruik in de curricula van de opleidingen tot basisarts en de medische vervolgoopleidingen kan de diversiteit-responsiviteit van de gezondheidszorg bevorderen. Dit is een eerste stap om de aansluiting van het systeem bij de groeiende etnische diversiteit van de gebruikers te verbeteren. Deze aanbeveling vloeit voort uit de bevindingen in dit proefschrift in het algemeen, en uit het feit dat etnische diversiteit een groeiend en blijvend fenomeen in onze samenleving is.