

Vergaderjaar 2003–2004

29 484

Interculturalisatie van de gezondheidszorg

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 maart 2004

1. Inleiding

De samenstelling van de bevolking in ons land verandert. Dat heeft nu en in de toekomst gevolgen voor de volksgezondheid en de zorg. Demografische en sociaal-culturele veranderingen spelen daarbij een rol. Daarom heeft de toenmalige Minister van VWS, dr. E. Borst-Eilers, de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) om advies gevraagd over nieuwe impulsen voor het beleid. De raad heeft dit advies, «Interculturalisatie van de gezondheidszorg», in juli 2000 uitgebracht. Hij doet een aantal aanbevelingen om de toegankelijkheid, kwaliteit en effectiviteit van het zorgaanbod aan allochtonen te verbeteren. Deze aanbevelingen gaan onder meer over de infrastructuur, diversiteitmanagement, kwaliteitsbeleid, opleidingen, allochtone zorgconsulenten, ondersteunings- en overlegstructuren op wijk- en buurtniveau, het volgen van ontwikkelingen en onderzoek en voorzieningen voor specifieke groepen.

Het toenmalige kabinet heeft in een reactie hierop (Tweede Kamer, vergaderjaar 2000 – 2001, 27 401, nr. 6, 13 november 2000) het beleid van de komende jaren uiteengezet. Het doel was om onder regie van VWS samen met het brede veld van de gezondheidszorg een nieuwe en krachtige impuls te geven aan de interculturalisatie en die te laten verankeren in de gezondheidszorg. Hierover is ook met de Kamer gesproken. Vervolgens is in augustus 2001 voor een periode van vier jaar de Projectorganisatie «Interculturalisatie van de Gezondheidszorg» ingesteld die aan de hand van een Plan van Aanpak in de afgelopen periode heeft gewerkt aan de aanbevelingen uit het RVZ-advies. De Projectorganisatie heeft in september 2003 een voortgangsrapportage uitgebracht (zie bijlage 1, 2 en 3) die ik ter informatie heb bijgevoegd.

Ik heb u al eerder (Vergaderjaar 2003 – 2004 Aanhangsel van de Handelingen, 16) aangekondigd mij te beraden op het toekomstige beleid op dit

terrein en op de positie van de Projectorganisatie. Met deze brief informeer ik u daarover.

Een concept van de brief is voorgelegd aan het Landelijk Overleg Minderheden (LOM). Het overleg daarover heeft op 12 maart jl. plaatsgevonden. Het LOM heeft opgemerkt de aandacht voor sociaal-economische verschillen te missen. Ik heb verwezen naar mijn beleid op het gebied van «Langer Gezond Leven» en een passage daarover in voorliggende brief opgenomen. Daarnaast heb ik afgesproken in het najaar van 2004 met het LOM te zullen overleggen over de invulling van de monitoring (zie paragraaf 5 en 6).

2. Resultaten uit onderzoek

De afgelopen jaren is er steeds meer onderzoek gedaan en daardoor meer bekend geworden over de gezondheidstoestand en het zorggebruik van allochtonen. De resultaten geven een afgewogen, maar ook gevarieerd beeld¹. Er is weliswaar meer informatie beschikbaar maar nog steeds is een allesomvattend beeld moeilijk te geven. De meeste onderzoeken beperken zich namelijk tot de vier grootste groepen, te weten Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Daarnaast richten zij zich meestal op één sector (bijvoorbeeld kraamzorg of huisartsenzorg) en / of één stad of regio.

Waar het gaat om de *gezondheidstoestand*, komt uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002 (RIVM 2002) naar voren dat de veel geuite veronderstelling dat de gezondheid van verschillende allochtone groepen slechter is dan van de autochtone bevolking, genuanceerd moet worden. Sommige allochtone groepen hebben juist een hogere levensverwachting dan autochtonen. Bij de risicofactoren die de gezondheid bedreigen, is de situatie gevarieerder. Bij voeding, roken en alcoholgebruik is het beeld bij allochtonen gunstiger, maar bij druggebruik en sportdeelname ongunstiger. Verhoogd totaal cholesterolgehalte komt bij allochtonen minder voor, maar verhoogde bloeddruk en overgewicht vaker. Dit alles ligt weer verschillend voor de diverse allochtone groepen, naar geslacht en leeftijd. Uit bovenstaande kan worden geconcludeerd dat het bij de gezondheidstoestand van allochtonen niet gaat om achterstanden in het algemeen ten opzichte van de autochtone bevolking, maar om verschillen en differentiatie. Dit geldt niet alleen tussen autochtonen en allochtonen, maar ook tussen en binnen groepen allochtonen. Andere factoren, zoals migratiegeschiedenis, leeftijd (generatie), sekse en sociaal-economische positie spelen daarbij een rol.

Ook de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen voor allochtonen geeft een genuanceerd beeld. De *factsheet Allochtonen en zorggebruik* (RIVM / PZO, 2003, bijlage 4) biedt een actueel overzicht van 36 onderzoeken op dit gebied. Samengevat kan worden gesteld dat de toegankelijkheid van de zorg voor allochtonen goed is, maar dat er wel verschillen in zorggebruik tussen allochtonen en autochtonen zijn. Allochtonen gaan bijvoorbeeld vaker naar de huisarts die fungeert als een laagdrempelige voorziening. Van fysiotherapie en andere medische zorg daarentegen maken Marokkanen, Antillianen en Turken minder vaak gebruik dan autochtonen en andere groepen allochtonen.

Niet alle verschillen zijn per definitie een probleem. Dat verschillende groepen allochtone ouderen minder dan autochtonen een beroep doen op de thuiszorg en haar voorzieningen, omdat zij rekenen op de mantelzorg van hun kinderen, is op zichzelf niet negatief. Dat deze groepen minder vaak gebruik maken van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) kan bijvoorbeeld worden veroorzaakt doordat zij in eigen

¹ Daarnaast lopen er uiteraard nog steeds onderzoeken, bijvoorbeeld het onderzoek naar de leefsituatie van allochtone ouderen dat in opdracht van VWS door het SCP wordt uitgevoerd en naar verwachting in juli 2004 zal verschijnen.

kring steun vinden. Wanneer psychische klachten die wél om professionele hulp vragen, niet worden onderkend, is er sprake van een andere situatie. Dan is het van belang dat deze klachten worden her- en erkend en dat daarop vanuit de GGz een passend antwoord komt.

Bij het *geneesmiddelengebruik* komt een zelfde beeld naar voren als bij het zorggebruik. Er zijn daarin verschillen naar etniciteit aan te geven die uiteenlopen voor de verschillende groepen geneesmiddelen. Zowel Marokkanen als Turken gebruiken bijvoorbeeld vaker pijnstillers en maagmiddelen. Het gebruik van middelen voor suikerziekte is onder Turken tweemaal en onder Marokkanen vier maal zo hoog als onder autochtonen. Autochtonen gebruiken daarentegen meer middelen tegen hart- en vaatziekten en meer slaap- en kalmeringsmiddelen (VTV 2002, RIVM).

Uit bovenstaande onderzoeken komt ten slotte naar voren dat vraag en aanbod nog niet altijd goed op elkaar aansluiten. Veel allochtonen weten (nog) niet bij *welke* zorgvoorziening ze moeten zijn als ze bepaalde gezondheidsproblemen hebben of hoe zij deze voorziening moeten benaderen. Migranten kennen de regels voor het verkrijgen van hulp vaak (nog) niet. Ook hebben allochtonen deels andere opvattingen over gezondheid en ziekte en over het zoeken van hulp.

Daarnaast bestaat meestal nog een afstand tussen allochtone zorgvragers en (autochtone) zorgverleners. Deze afstand komt doordat men elkaar onvoldoende kent. Allochtonen voelen zich in contacten met zorgverleners vaak onbegrepen of niet serieus genomen. Zorgverleners herkennen dit. Mede daardoor vinden zij de zorgverlening aan allochtonen vaak belastend, ook omdat er sprake kan zijn van complexe hulpvragen. Verwacht kan worden dat veel van deze problemen zich in de loop van de tijd zullen oplossen. Enerzijds omdat allochtonen verder zullen inburgeren. Anderzijds omdat er vele initiatieven zijn en worden ontwikkeld, waardoor de kennis over de zorg aan allochtonen zal toenemen en de kwaliteit van deze zorg zal verbeteren.

In generieke zin kan op grond van het bovenstaande worden geconcludeerd dat de zorg voor allochtonen goed toegankelijk is. Allochtonen weten meestal de weg in de zorg goed te vinden, daarbij soms geholpen door eigen netwerken van familie en vrienden. Verschillen tussen autochtonen en de diverse allochtone groepen in de hoeveelheid zorggebruik vallen niet per definitie ten nadele van allochtonen uit. Verder zullen in de loop van de tijd de verschillen afnemen. In de tussentijd is het belangrijk, waar nodig, de aansluiting tussen vraag en aanbod te verbeteren.

3. Breed scala van bestaande initiatieven

De stand van zaken van het Plan van Aanpak na anderhalf jaar van de Projectorganisatie (bijlage 3) laat concreet zien hoe de verschillende sectoren met allochtonen in de gezondheidszorg omgaan. Er is op instellings-, lokaal en landelijk niveau door verschillende sectoren in een aantal opzichten vooruitgang geboekt (bijvoorbeeld in gehandicaptenzorg, de ouderenzorg en de GGZ). Bij andere sectoren komt het beleid minder gemakkelijk van de grond (bijvoorbeeld bij patiënten- en consumentenorganisaties waar nog te weinig sprake is van betrokkenheid van allochtonen bij deze organisaties).

Ook uit andere bronnen komt een breed scala van al bestaande landelijke en lokale projecten, initiatieven en activiteiten naar voren die zich richten op het verbeteren van de zorg aan allochtonen. Ik noem ter illustratie enkele voorbeelden.

In de publicatie *Bewijs voor verschil* (ZonMw, oktober 2003) worden 163 allochtonen-projecten beschreven voor de categorieën gezondheidstoestand, gezondheidsgedrag, toegang tot en gebruik van de gezondheidszorg, inrichting van de gezondheidszorg en ondersteuning gezondheids(zorg)onderzoek. De projecten lopen uiteen van een onderzoek om de voorlichting aan allochtone vrouwen over foliumzuurgebruik rond de zwangerschap te verbeteren tot de ontwikkeling van een cursus voor Turkse en Marokkaanse ouders van een gehandicapt kind. ZonMw zal in de komende periode extra investeren in het implementeren van de resultaten van deze projecten.

In een inventarisatie over de thuiszorg voor allochtone ouderen (Verpleegkunde 2003 – 18, nr. 3, pagina 169 – 177) worden 23 initiatieven voor allochtone ouderen beschreven. Deze initiatieven van de thuiszorgorganisaties variëren van de inzet van speciale medewerkers tot het bieden van specifieke cursussen en voorzieningen voor allochtonen en het maken van voorlichtingsmaterialen.

Het kenniscentrum interculturalisatie van de geestelijke gezondheidszorg, Mikado, wordt van 1 juli 2002 tot en met 1 juli 2007 gefinancierd door VWS. Dit kenniscentrum ontwikkelt expertise, biedt nascholing, geeft voorlichting en consultatie en bevordert deskundigheid op het terrein van GGZ-zorg aan allochtonen. Verder voert GGZ Nederland, met subsidie van VWS, het Actieplan Interculturalisatie uit. Dit plan loopt van juni 2001 tot en met september 2004 en kent verschillende activiteiten gericht op intercultureel management, personeels-beleid, deskundigheidsbevordering, kwaliteitsbeleid, registratie en monitoring, kennisover-dracht en onderzoek, cliëntenbeleid en samenwerking eerste lijn.

Naast projecten en initiatieven specifiek gericht op allochtonen kunnen ook algemene beleidsmaatregelen op landelijk of lokaal niveau de positie van allochtonen in de gezondheidszorg verbeteren. Ik heb bijvoorbeeld in 2004 € 5 miljoen en vanaf 2005 structureel € 10 miljoen uitgetrokken voor de uitvoering van de nota «Langer Gezond Leven 2004 – 2007»¹. Een deel van dit budget zal specifiek worden aangewend om gezondheidsachterstanden te bestrijden. De aangekondigde maatregelen om gezond leefgedrag in achterstandswijken te bevorderen komen aan zowel autochtonen als allochtonen ten goede.

Uit bovenstaande kan de conclusie worden getrokken dat het aan initiatieven niet ontbreekt. Er gebeurt landelijk en lokaal al veel op het gebied van allochtonen in de gezondheidszorg. Vervolgens is de vraag aan de orde hoe en door wie dit proces verder moet worden gestimuleerd.

4. Decentrale verantwoordelijkheid

De Projectorganisatie komt in haar voortgangsrapportage (bijlage 1 en 2) tot de conclusie dat er weliswaar het nodige in het land gebeurt om de situatie in de gezondheidszorg voor de verschillende culturele groeperingen te verbeteren, maar dat de invloed van de Projectorganisatie en van het ministerie daarop gering is. Dit komt volgens haar doordat zij binnen een onduidelijke *structuur* met onduidelijke *verantwoordelijkheden* moest opereren. Volgens haar stagneert de uitvoering van het beleid.

De Projectorganisatie heeft dan ook twijfel over haar eigen effectiviteit uitgesproken. Wat er naar haar mening nodig is, is niet zozeer een uitvoerende organisatie, maar een landelijke organisatie die de partijen aanspreekt en stimuleert. Daarom beveelt zij aan de Projectorganisatie om te bouwen tot een zogenaamde *taskforce* die moet functioneren als aanjager van vernieuwingen in het veld.

¹ Tweede Kamer, Vergaderjaar 2003 – 2004, 22 894, nr. 20H.

Ik deel de analyse van de Projectorganisatie, dat het Plan van Aanpak onvoldoende aangeeft wie waarvoor verantwoordelijk is. Deze onduidelijke situatie leidt ertoe dat al te gemakkelijk wordt teruggegrepen op de rijksoverheid als primair verantwoordelijke voor het vraagstuk. De meeste aanbevelingen van de RVZ richten zich echter op het uitvoerend niveau en kunnen door instellingen of beroepsbeoefenaren op lokaal niveau zelf worden uitgevoerd¹. Daar is de directe verantwoordelijkheid van de rijksoverheid (zeer) beperkt en kan zij niet rechtstreeks invloed uitoefenen. De aanbevelingen van de RVZ zijn overigens terecht toegespitst op het niveau van de instellingen of het lokale niveau. Daar komen allochtone zorgvragers daadwerkelijk in aanraking met de gezondheidszorg. Bovendien kan op dat niveau het beste aan de diversiteit van de populatie allochtone zorgvragers – naar zorgvraag en zorggebruik – recht worden gedaan. Ook is de omvang en de aard van het vraagstuk niet zodanig dat een landelijke organisatie in de rede ligt.

Ik vind daarom een structuur met een landelijke projectorganisatie geen adequate manier om de positie van allochtone zorgvragers te versterken. Het instellen van een andere organisatievorm op landelijk niveau, zoals de aanbevolen taskforce, houdt het idee in stand dat de primaire verantwoordelijkheid bij de rijksoverheid ligt, terwijl het gaat om een decentrale verantwoordelijkheid. Burgers en instellingen moeten zélf hun verantwoordelijkheid nemen.

Daarnaast moet het beleid van VWS in samenhang worden gezien met het kabinetsbrede integratiebeleid Etnische Minderheden.

In de brief Integratiebeleid nieuwe stijl (d.d. 16 september 2003, Tweede Kamer, vergaderjaar 2003 – 2004, 29 203, nr. 1) geeft de Minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie aan dat het kabinet vastbesloten is de bakens te verzetten.

Integratiebeleid blijft nodig, maar dan wel op eigentijdse wijze en volgens de algemene uitgangspunten van het kabinetsbeleid. Dit betekent dat ook in het integratiebeleid de eigen verantwoordelijkheid van de (autochtone en allochtone) burger voorop staat. Doel is het gedeeld burgerschap. Dat houdt in dat er Nederlands wordt gesproken en men zich houdt aan basale Nederlandse normen.

In de genoemde brief constateert zij verder dat integratie niet volledig aan het vrije spel der maatschappelijke krachten kan worden overgelaten. Daarom blijft het kabinet stimuleren en eigen initiatieven van minderheden en autochtonen uitlokken.

De aard van de verantwoordelijkheden voor de versterking van de positie van allochtone cliënten binnen de gezondheidszorg is in beginsel niet anders dan voor andere thema's in de gezondheidszorg en gebaseerd op bestaande wet- en regelgeving. Wel ben ik van mening dat ieder zijn eigen verantwoordelijkheid beter moet nemen; dit is geen van bovenaf opgelegde zaak, maar een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle betrokkenen om ervoor te zorgen dat alle mensen in Nederland die zorg nodig hebben, het ook krijgen.

De belangrijkste opdracht ligt bij de afzonderlijke *partijen*, bij zorgvragers, -verleners en -verzekeraars. Gezien de veelheid van initiatieven en activiteiten gericht op de positie van allochtonen in de zorg (zie paragraaf 3) zijn er geen aanwijzingen dat deze partijen structureel onvoldoende oog hebben voor de problematiek.

Allochtone zorgvragers en zo nodig hun directe omgeving moeten zichzelf vertrouwd maken met het Nederlandse systeem van de gezondheidszorg. Daarvoor is nodig dat zij de Nederlandse taal leren en beheersen².

¹ Bijvoorbeeld de aanbevelingen «Versterking van intercultureel management» (aanbeveling 2), «In het kader van de kwaliteitswetgeving zullen instellingen en beroepsbeoefenaren in hun aanbod de zorg aan allochtonen moeten expliciteren» (aanbeveling 3) en het bevorderen van ondersteunings- en overlegstructuren op wijk- en buurniveau (aanbeveling 7).

² Het inburgeringsbeleid van het kabinet is gericht op toerusting van minderheden.

De wetgeving¹ verplicht zorgaanbieders en -verzekeraars om verzekerden, zonder aanzien des persoons (naar bijvoorbeeld etnische achtergrond, sekse of seksuele voorkeur) te helpen. Zij hebben daarbinnen hun eigen taak om ook in te gaan op de zorgvragen en -behoeften van allochtone cliënten.

Verder spelen de opleidingen in de gezondheidszorg een belangrijke rol om toekomstige zorgverleners goed voor te bereiden op hun carrière in de zorg. Zij zijn op alle niveaus zelf verantwoordelijk voor het inrichten van hun curricula. Van hen wordt verwacht dat zij aansluiten bij de maatschappelijke ontwikkelingen en voldoende aandacht besteden aan de kennis en kunde die nodig is om zorg in een pluriforme samenleving te kunnen bieden.

De rol van de rijksoverheid is het stellen van de randvoorwaarden waarbinnen de bovengenoemde partijen hun verantwoordelijkheden kunnen uitoefenen. De belangrijkste daarvan zijn: een toegankelijk, solidair, betaalbaar en doelmatig systeem van zorg, adequate financiering en voldoende toezicht op de kwaliteit van de zorg.

5. Nieuwe maatregelen

Bij het scheppen van de randvoorwaarden ligt voor VWS het accent op het stimuleren van partijen tot het daadwerkelijk waarmaken van de eigen verantwoordelijkheid en het nemen van eigen initiatief.

De aandacht gaat daarbij vooral uit naar twee onderwerpen, te weten de onbekendheid van allochtone zorgvragers met de (spel)regels voor het verkrijgen van hulp en de wederzijdse onbekendheid tussen allochtone zorgvragers en (autochtone) zorgverleners (zie onder paragraaf 2). Deze onbekendheid komt vaak door een gebrek aan kennis en kunde (bijvoorbeeld over culturele achtergronden en specifieke ziektebeelden). Deze kennis en kunde bestaan weliswaar op verschillende plaatsen, maar worden nog niet altijd toegepast.

In dit kader stel ik voor de periode 2004 tot en met 2007 extra geld beschikbaar (maximaal € 150 000,- per jaar). Deze stimuleringssubsidie zal in de vorm van een vierjarig programma worden ondergebracht bij een of meerdere bestaande organisaties met bewezen expertise op het terrein van allochtonen in de gezondheidszorg. Het programma zal zich met name richten op het uitwisselen en versterken van de praktische kennis in de gezondheidszorg over allochtonen en hun zorgvraag.

Waar het specifiek om *de zorgvragers* gaat, ondersteun ik het voornemen van de Stichting Fonds Patiënten-, Gehandicaptenorganisaties en Ouderenbonden (PGO) om prioriteit aan het onderwerp etniciteit te geven. Het fonds wil daarmee onder meer bereiken dat de door hem gesubsidieerde organisaties diensten aanbieden voor allochtonen, dat diens belangen herkenbaar worden behartigd, dat specifiek voorlichtingsmateriaal voor hun belangrijkste aandoeningen wordt ontwikkeld, dat geschikte prestatie-indicatoren worden ontwikkeld en dat allochtonen bestuurlijk betrokken raken bij patiënten- en gehandicaptenorganisaties en ouderenbonden. Ik heb het Fonds PGO gevraagd hiervoor in het werkprogramma 2004 concrete acties en resultaten te benoemen.

Om de ontwikkelingen op dit terrein *bij de verschillende sectoren* goed te kunnen volgen, zal ik mij geregeld laten informeren door onder meer het RIVM, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, ZonMw en het Fonds PGO over de stand van zaken op het gebied van zorggebruik door allochtonen. Op basis hiervan zal ik – waar relevant en nodig – het onderwerp in de

¹ Zoals de Ziekenfondswet, de AWBZ, de Wet Kwaliteit Zorginstellingen en de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst.

bestuurlijke overleggen met partijen uit de zorg en andere ministeries aan de orde stellen, om hen aan te spreken op hun eigen verantwoordelijkheid.

6. Samenvattend

Hoewel er in de gezondheidszorg verschillen tussen allochtonen en autochtonen bestaan, kan in het algemeen niet worden gesteld dat het bij de toegankelijkheid van de zorg voor allochtonen gaat om een omvangrijk probleem. Verder vallen niet alle verschillen in gezondheid tussen allochtonen en autochtonen per definitie ten nadele van allochtonen uit. Daar, waar verbeteringen in de zorg aan allochtonen nodig zijn, laten de praktijkvoorbeelden zien dat er het nodige gebeurt om deze tot stand te brengen.

Daarnaast is het ook een kwestie van tijd. Bepaalde problemen zullen door het proces van inburgering in de loop der tijd worden opgelost. De gezondheidszorg zal door de toenemende kennis over zorggebruik door allochtonen steeds beter op deze vraag kunnen inspelen.

De verantwoordelijkheid voor het oplossen van problemen in de zorg aan allochtonen moet zo decentraal mogelijk worden neergelegd. Op dat niveau kunnen op maat oplossingen worden gevonden. Veranderingen kunnen niet van bovenaf worden opgelegd, maar moeten door burgers, organisaties en beroepsbeoefenaren zélf worden doorgevoerd. Een centraal aangestuurde aanpak door VWS, of het nu om een projectorganisatie of taskforce gaat, is daarom niet het geschikte instrument. Wel is het belangrijk het veld tijdelijk te stimuleren om zélf het initiatief te (blijven) nemen. Daarvoor stel ik voor de periode 2004 tot en met 2007 middelen beschikbaar (maximaal € 150 000,- per jaar). Ook zal ik de ontwikkelingen in het veld nauwkeurig monitoren en partijen zo nodig op hun verantwoordelijkheid aanspreken.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst