

Turkse, Marokkaanse en Nederlandse jongeren in een Amsterdamse huisartspraktijk

M. DE HAAN*

In een retrospectief onderzoek in een Amsterdamse huisartspraktijk werden alle Turkse, Marokkaanse en Nederlandse patiënten van 10-21 jaar uit een bepaalde stadswijk met elkaar vergeleken ten aanzien van de hulp die ze van hun huisarts vragen en krijgen. Naast overeenkomsten waren er dermate grote verschillen, dat de drie groepen niet over een kam geschoren kunnen worden. Bij de diagnostiek trad de huisarts de drie groepen nogal uniform tegemoet; bij de therapie bleek een verschil te bestaan in de benadering van buitenlanders en Nederlanders. Voor dit verschil worden verklaringen gezocht.

Inleiding

In Nederland wonen momenteel ruim een half miljoen buitenlanders. Er bestaat een uitgebreide literatuur over culturele achtergronden, migratieproblemen en dergelijke, maar wanneer we op zoek gaan naar specifieke literatuur over problemen in de hulpverlening, dan blijkt de keuze beperkt. Met name zijn er weinig onderzoeksgegevens over de problemen waarmee buitenlanders naar het spreekuur van hulpverleners komen, of over de hulp die ze krijgen aangeboden. Een huisarts die de stoute schoenen aantrok en verslag deed van zijn ervaringen met buitenlandse patiënten¹, kreeg een vernietigende kritiek van twee deskundigen, uit de hoek van respectievelijk de godgeleerdheid en de culturele antropologie.² De vraag hoe we inzicht moeten krijgen in klagedrag van buitenlanders en de (mogelijke) reacties van hulpverleners daarop, werd daarbij vooralsnog openge-
laten.

Wat voor de hulpverlening aan buitenlanders in het algemeen geldt, geldt a fortiori voor de hulpverlening aan de zogenaamde tweede generatie, de jonge allochtonen. Aalders beschrijft haar ervaringen met de tweede generatie vanuit de jeugdgezondheidszorg.³ Over de situatie in de Nederlandse huisartspraktijk zijn mij geen publikaties bekend.

* Huisarts te Amsterdam, tevens wetenschappelijk medewerker aan het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit.

Wel verschijnen in de dagbladers regelmatig artikelen over problemen, waarmee deze jonge mensen te kampen zouden hebben: drugsverslaving, schoolverzuim, weglopen van huis, ongewenste zwangerschap, spanningen rond de partnerkeuze, enzovoort. Het leven in twee werelden met heel verschillende normen en verwachtingen moet welhaast spanning en onzekerheid met zich meebrengen. Maar komen deze jongeren nu vaker bij de huisarts? Of is er juist een drempel? In hoeverre lijken ze in hun klachtenpatroon op hun Nederlandse leeftijdgenoten? En hoe gaat de huisarts op hun klachten in? Wat is het medische antwoord op hun klachten? Hierover verschaft dit verslag enige informatie.

De vraagstelling van het onderzoek luidt: wat zijn de overeenkomsten en verschillen in medische consumptie (aantallen contacten en verloop van die contacten) tussen Turkse, Marokkaanse en Nederlandse jongeren uit een Amsterdamse huisartspraktijk?

Methode

In het *kader* op pagina 348 wordt informatie gegeven over de praktijk.

De vraagstelling is beantwoord door middel van een retrospectief onderzoek in het patiëntenarchief. Het onderzoek heeft betrekking op de periode begin 1983 tot begin 1984, in totaal veertien maanden. De onderzoekspopulatie bestond uit alle Turkse, Marokkaanse en

Nederlandse ingeschrevenen van de jaarklassen 1964 t/m 1974, wonend in de Indische buurt en ziekenfondsverzekerd gedurende de gehele onderzoeksperiode.

Alle in het archief geregistreerde gegevens over contacten met de huisarts tijdens de onderzoeksperiode zijn overgenomen en geanalyseerd. Daarbij is geen onderscheid gemaakt tussen contacten op het spreekuur en tijdens visites, omdat dit in enkele gevallen niet te achterhalen was. De klachten zijn gerubriceerd naar tractus, de medicijnen naar enkele farmacologische groepen, zoals antibiotica en pijnmedicatie. Deze rubricering is gemaakt door de auteur; er heeft daarop geen betrouwbaarheidsbepaling plaatsgevonden.

Resultaten

In totaal 163 adolescenten bleken in de onderzoeksgroep te vallen, en wel 78 Nederlanders (48 procent), 52 Turken (32 procent) en 33 Marokkanen (20 procent); geslachtsverdeling: 78 jongens (48 procent) en 85 meisjes (52 procent). Achttien personen waren gehuwd. De sekseverdeling over de drie groepen was ongeveer gelijk. Bij de buitenlanders waren de gezinnen groter dan bij de Nederlandse adolescenten gemiddeld jonger. In 77 gevallen was de betreffende adolescent het enige onderzochte gezinslid, acht keer waren er drie jongeren uit één gezin in de onderzoeksgroep terechtgekomen, de rest betrof twee per gezin.

Contacten met de huisarts. In totaal 49 adolescenten zijn in de onderzoeksperiode niet bij de huisarts geweest: 28 jongens, 21 meisjes, 2 gehuwd en 47 ongehuwd. Naar nationaliteit: 19 Nederlanders, 17 Turken en 13 Marokkanen. Het gemiddelde aantal contacten lag voor de buitenlanders lager dan voor Nederlanders (respectievelijk 2,4 en 3,0).

Uit de *figuur* blijkt, waar de verschillen liggen. In de groep van 0-8 contacten is de fractie buitenlanders steeds hoger dan de fractie Nederlanders: er zijn relatief meer buitenlandse jongeren die maar zelden een beroep op de huisarts doen.

Initiatief contact. Slechts in zes gevallen werd duidelijk dat een andere hulpverlener geadviseerd had naar de huisarts te gaan (vier keer een specialist, een keer een GGD-arts, een keer een tandarts). Hoe vaak de adolescenten kwamen op suggestie van hun familie viel,

door het retrospectieve karakter van de studie, niet na te gaan.

De buitenlanders uit dit onderzoek blijken even vaak voor een bepaalde klacht terug te komen als de Nederlanders. Degenen die terugkomen, doen dat echter iets sneller.

Klachten. In bijna alle contacten komen een of meer lichamelijke klachten ter sprake (tabel 1). Ten aanzien van de soorten klachten zijn er aanzienlijke verschillen per nationaliteit. Zo hebben de Turkse jongeren meer klachten van de tractus digestivus dan Nederlandse, en de Marokkaanse juist minder. Bij klachten van de tractus urogenitalis ligt dit precies andersom. Bij twee soorten klachten lijkt de breuklijn te lopen tussen Nederlanders en buitenlanders: de buitenlanders hebben in dit onderzoek meer klachten over de tractus respiratorius en minder over de tractus locomotorius (tabel 2).

Voor deze twee soorten klachten is nagegaan hoeveel jongens en hoeveel meisjes hiervoor de huisarts raadpleegden. Het resultaat komt globaal overeen met de totale geslachtsverdeling per nationaliteit en is niet typisch voor de genoemde soorten klachten. Klachten van de tractus urogenitalis komen in alle drie de nationaliteiten bijna uitsluitend bij meisjes voor. Hierbij moet worden opgemerkt dat ook pilcontroles als zodanig gecodeerd zijn. Bij Nederlandse jongens zijn klachten van de ademhalingswegen en de huid relatief oververtegenwoordigd en bij de meisjes neurologie en de zintuigen. Bij de Turkse jongens zijn er meer klachten van de zintuigen en het bewegingsapparaat dan bij de meisjes. Bij de Marokkaanse jongens zijn er wat meer respiratoire klachten en huidproblemen en bij de meisjes zijn er extra veel klachten op het gebied van de tractus locomotorius, de neurologie en de zintuigen.

Psychosociale klachten staan op de patiëntenkaarten van buitenlandse jongeren zelden vermeld, bij de buitenlandse jongens in dit onderzoek zelfs helemaal nooit.

Onderzoek. Bij ruim de helft van alle contacten vindt een lichamenlijk onderzoek plaats, dat verder gaat dan even in de keel kijken of jeugdpuistjes inspecteren (tabel 1). Bij de Turkse jongeren ligt dit het hoogst (70 procent). Bij ongeveer een op de zeven consulten wordt laboratoriumonderzoek verricht (tabel 3), en in 2 procent van de consulten wordt een Röntgenfoto aangevraagd. Het meeste laboratoriumonderzoek

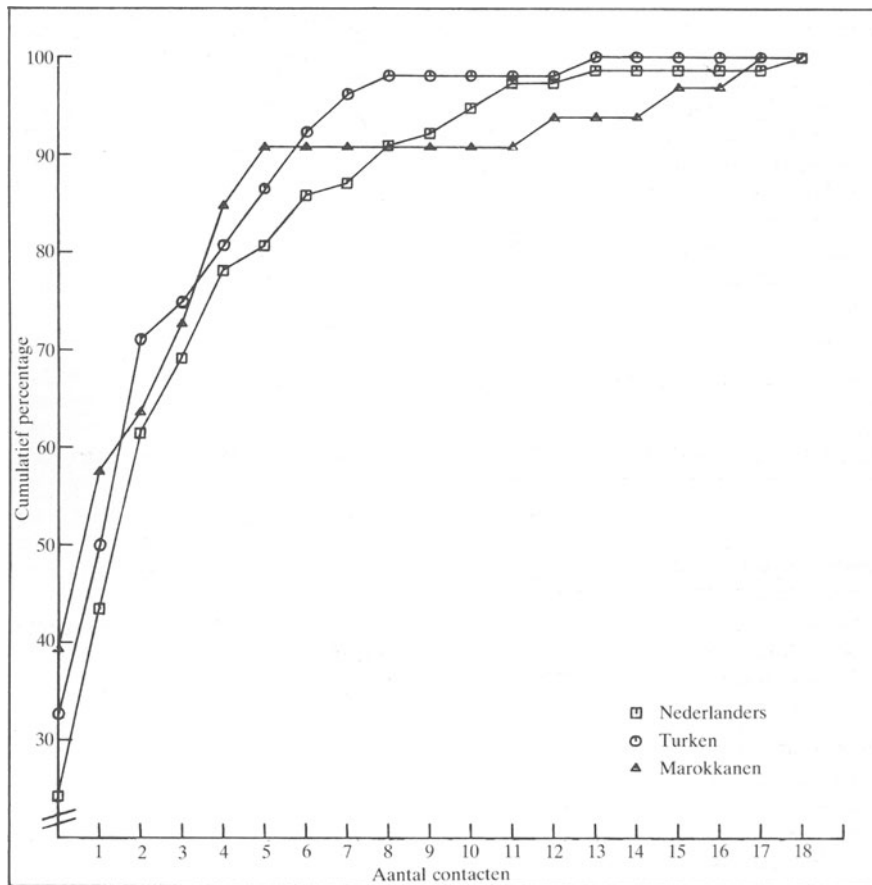
vindt plaats in de eigen praktijk. Er zijn geen grote verschillen tussen de drie groepen.

Therapie. De buitenlanders kregen in totaal meer voorgeschreven, vooral meer antibiotica, pijnmiddelen en middelen tegen hoest, benauwdheid en allergie (tabel 4). De combinatie luchtweglachten en frequent voorschrijven van antibiotica, hoestmiddelen en dergelijke leek voor de hand te liggen.

Voor de andere verschillen geldt dat niet: waarom kregen de buitenlanders vaker pijnmedicatie, terwijl ze minder vaak over hun bewegingsapparaat klaagden?

Over de sekseverdeling kan gezegd worden, dat Nederlandse jongens relatief wat vaker pijnmedicatie, hoestmiddelen en zalven krijgen voorgeschreven, Turkse jongens zalven en KNO/oogmedicijnen en Marokkaanse jongens antibiotica (telkens vergeleken met de meis-

Figuur. Aantal contacten per persoon per nationaliteit.



Tabel 1. Contactkenmerken per nationaliteit. Percentages.

Kenmerken	Nl (n=236)	Tu (n=117)	Ma (n=89)	Tu+Ma (n=206)	Totaal (n=442)
Klachten					
- lichamelijke klachten	91,5	94,8	89,9	92,7	92,1
- niet-lichamelijke klachten	5,9	2,6	2,2	2,4	4,2
Onderzoek					
- lichamenlijk onderzoek	56,3	70,0	49,4	61,1	58,6
- laboratoriumonderzoek	12,2	11,9	12,3	12,1	12,2
Therapie					
- medicatie	34,3	50,4	58,4	53,9	43,4
- advies	22,0	12,8	7,9	10,7	16,7
Continuering					
- terugbesteld	6,8	4,2	5,6	4,9	5,9
- verwijzing specialist	6,8	7,7	7,9	7,8	7,2

jes van dezelfde nationaliteit). De Nederlandse en Marokkaanse meisjes krijgen relatief wat vaker KNO- en oogmedicatie. Bij zowel Turken als Marokkanen krijgen de jongens relatief vaker adviezen dan de meisjes. Nederlanders krijgen in totaal duidelijk vaker adviezen dan de buitenlandse jongeren (tabel 1).

Tenslotte is nog nagegaan hoeveel van de vrouwelijke adolescenten in de on-

derzoekperiode hormonale anticonceptie gebruikt hebben. Dit betreft negen Nederlandse patiëntes (van wie drie gehuwd), een Turkse (gehuwd) en drie Marokkaanse patiëntes (allen gehuwd).

Controle en verwijzing. De Nederlandse jongeren worden het meest voor controle terugbesteld, maar de verschillen zijn niet groot (tabel 1). Bij ruim 7 procent van alle contacten vindt een verwijzing

plaats naar een medisch specialist; dit cijfer ligt voor de buitenlandse groepen wat hoger dan voor de Nederlandse. In totaal waren 52 jongeren op enig moment gedurende de onderzoeksperiode onder behandeling van een of meer specialisten (44 bij één specialist, acht bij meer dan één). In vier gevallen ging het uitsluitend om een oogarts.

De helft van deze jongeren (27) was niet verwezen tijdens de onderzoeksperiode; het gaat hier soms om een al langer bestaande specialistische behandeling (chronische aandoeningen) en soms om de behandeling van ongevallen of sportsletsels waarbij de patiënt buiten de huisarts om naar een eerstehulp post was gegaan.

Vier adolescenten werden in de onderzoeksperiode wel door een specialist gezien en niet door de huisarts (drie Nederlanders en een Marokkaan). Slechts 45 van alle 163 onderzochte jongeren kregen – voor zover bekend – geen medisch-curatieve zorg in de periode van veertien maanden.

Beschouwing

De opzet van dit onderzoek heeft duidelijke beperkingen: het retrospectieve karakter bracht met zich mee dat we afhankelijk waren van ons eigen (niet volmaakte) kaartstelsel. Onvolledigheid in het bijhouden van ons archief kan de uitkomsten van het onderzoek nadelig hebben beïnvloed. Een voordeel van het retrospectieve karakter is echter dat de gegevens niet gekleurd kunnen zijn door de wetenschap dat we ons eigen handelen onder de loep zouden nemen. De plannen voor dit onderzoek ontstonden pas achteraf.

De meeste gegevens uit dit onderzoek zijn kwantitatief (aantallen contacten, verwijzingen, enz.). Sommige gegevens werden deels geïnterpreteerd (bijvoorbeeld klachten ingedeeld naar tractus); hier kan twijfel bestaan over de betrouwbaarheid. Aan de resultaten van dit onderzoek mag slechts een indicatieve betekenis worden toegekend. Overigens moet worden opgemerkt, dat ook coderingen van consultgegevens in het kader van morbiditeitsregistraties meestal door één persoon (de huisarts zelf) verricht worden. Hoe moeten we de resultaten van dit onderzoek duiden?

Doktersbezoek. Turkse en Marokkaanse jongeren doen in dit onderzoek iets minder vaak een beroep op hun huisarts dan Nederlandse leeftijdgenoten. Vooral de groep die niet of slechts een enkele keer contact met de huisarts

Tabel 2. Percentage van de contacten waarin bepaalde lichamelijke klachten werden geuit (meer dan een klacht per contact mogelijk).

Kenmerken	Nl (n=236)	Tu (n=117)	Ma (n=89)	Tu+Ma (n=206)	Totaal (n=442)
<i>Klachten betreffende</i>					
– tractus digestivus	9,7	16,2	6,7	12,1	10,9
– tractus respiratorius	15,7	35,0	34,8	35,0	24,7
– tractus urogenitalis	12,7	6,8	22,5	13,6	13,1
– neurologie	3,8	2,6	1,1	1,9	2,9
– zintuigen	5,1	5,1	10,1	7,3	6,1
– tractus locomotorius	30,5	17,9	6,7	13,1	22,4
– tractus circulatorius	0,8	0	0	0	0,5
– huid	18,6	17,1	12,4	15,0	17,0
– andere	3,8	6,0	6,7	6,3	5,0
<i>Geen lichamelijke klachten</i>	8,5	5,2	10,1	7,3	7,9

Tabel 3. Laboratoriumonderzoek naar aanleiding van de contacten. Percentages.

	Nl (n=236)	Tu (n=117)	Ma (n=89)	Totaal (n=442)
<i>Door huisarts verricht</i>				
– bloedonderzoek	3,8	5,9	2,2	4
– urine	7,2	5,9	10,1	7,4
– ontlasting	0,4	0	0	0,2
– fluor vaginalis	0,8	0	0	0,5
– andere	0	0	0	0
<i>In laboratorium</i>				
– bloedonderzoek	2,1	0	0	1,1
– urine	0	0	0	0
– ontlasting	0,4	0	0	0,2
– fluor vaginalis	0	0	0	0
– andere	0	0	0	0

Tabel 4. Percentage van de contacten waarin bepaalde soorten medicijnen werden voorgeschreven (meer soorten per contact mogelijk).

Kenmerken	Nl (n=236)	Tu (n=117)	Ma (n=89)	Tu+Ma (n=206)	Totaal (n=442)
<i>Medicatie:</i>					
– antibiotica	5,9	7,7	10,1	8,7	7,2
– pijn	7,6	21,4	10,1	16,5	11,8
– hormonen	1,7	0	2,2	1,0	1,4
– KNO, oog	4,2	3,4	10,1	6,3	5,2
– zalf, crème	8,5	8,5	13,5	10,7	
– kalmerend	0,8	0	0	0	0,5
– hoest, benauwdheid,					
– allergie e.d.	5,9	12,8	11,2	12,1	
– andere	6,4	6,0	12,4	8,7	7,5
<i>Geen medicijnen</i>	65,7	49,6	41,6	46,1	56,6

De praktijk

De praktijk wordt gevoerd door twee huisartsen, een full-time en een half time. Er zijn ongeveer 2850 mensen ingeschreven; door migratie, wisseling van huisarts en het grote aantal ziekenfondsmutaties is een exacte opgave niet mogelijk.

De kern van de praktijk ligt in de Indische buurt, een deel van Amsterdam-Oost dat is omgeven door duidelijke grenzen. In deze buurt verkeren veel huizen in erbarmelijke toestand. Gelukkig wordt de stadsvernieuwing er met elan aangepakt. In de wijk zijn jaren geleden veel buitenlanders gehuisvest, in de veronderstelling dat ze niet zouden blijven en, in afwachting van de sloop, wel een paar jaar in afbraakpanden konden wonen. In een vergelijkend onderzoek in de stad Amsterdam bleek de Indische buurt tamelijk „ongezond” te zijn.⁴

Van dat gedeelte van onze praktijk dat in de Indische buurt ligt, is 32 procent buitenlander (ter vergelijking: Amsteram 9

procent, Nederland 4 procent) en 94 procent is ziekenfondsverzekerd (Amsterdam 73 procent, Nederland 67 procent).^{5,6} Onze gehele praktijk bestaat voor 29 procent uit buitenlanders: Marokkanen (11 procent), Turken (9 procent), Surinamers (4 procent), Iberiërs (Spanje en Portugal) (1 procent), Pakistanen (1 procent), Joegoslaven (0,5 procent), Chinezen, Duitsers, Fransen, Egyptenaren, Britten, Hongaren, Italianen, Grieken, Indonesiërs, Polen, Afghanen, Zuidafrikanen, Irakezen, Algerijnen, Israëliërs en Westafrikanen. De verwijscijfers en de hoeveelheid voorgeschreven medicijnen zijn in onze praktijk vrijwel gelijk aan het gemiddelde van de referentiegroep, namelijk de stad Amsterdam. Er wordt geregeld overlegd met andere disciplines in een *home-team*. Eenmaal per maand nemen een Marokkaanse en Turkse hulpverlener deel aan dit overleg.

heeft, is bij de buitenlanders wat groter. **Klachten.** In enkele gevallen zijn de verschillen tussen buitenlanders en Nederlanders groter dan tussen Turken en Marokkanen. In verschillende opzichten nemen echter de Nederlanders een tussenpositie in. Opvallend is onder andere dat buitenlanders (vooral de jongens) erg weinig niet-lichamelijke klachten presenteren. Verder klagen de buitenlanders meer over de luchtwegen en minder over het bewegingsapparaat. **Reactie van de huisarts.** Lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek verschillen niet tussen de drie groepen. Buitenlanders krijgen minder adviezen en meer medicijnen. Ten aanzien van verwijzing en terugbestellen zijn er kleine verschillen.

We kunnen het bovenstaande als volgt samenvatten: er is in het patiëntgedrag (aantal contacten en klaaggedrag) sprake van drie duidelijk onderscheiden groepen, hoewel de buitenlanders in enkele belangrijke opzichten meer op elkaar lijken dan op de Nederlanders. De reactie van de dokter is wat de diagnostiek betreft voor alle groepen vrij uniform. Bij de therapie lijken de buitenlanders over één kam geschoren te worden (meer medicijnen, minder advies).

Hiervoor zijn verklaringen aan te voeren. Zo wordt aangenomen dat in de Turkse en Marokkaanse samenleving een ander verwachtingspatroon ten aanzien van de gezondheidszorg heerst dan in Nederland. Met name zouden veel

medicijnen verwacht worden.⁷⁻⁹ Als huisarts merk je daar wel degelijk iets van. Ook zou er in de landen van herkomst minder neiging bestaan tot psychologisering van lichamelijke klachten en meer tot het somatiseren van psychische klachten dan in Nederland.¹⁰⁻¹³ Een huisarts zal daarom snel tot medicatie besluiten in plaats van adviezen te geven of „spanningen” te suggereren.

Tot zover de antropologische kant van de verklaring (zeer kort en dus generaliserend). Daarnaast rijst de vraag welke rol factoren als onderling onbegrip en taalproblemen spelen. In het onderzoek *pillen of praten*¹⁴ bleek, dat aan Nederlandse patiënten meer pillen werden voorgeschreven naarmate de communicatie slechter was. Dit doet zich naar onze mening nog sterker voor bij buitenlandse patiënten, hoewel juist bij de jongeren onder hen de taal geen barrière meer vormt. Vanuit eigen ervaring kunnen we de woorden van Schillemans onderschrijven: „De hulpverlener doet vanuit zijn onmacht aan „overtreatment” en versterkt hierdoor de reeds bestaande somatische fixatie.”¹⁶

Ten slotte de merkwaardige verschillen in klachtenpatroon tussen de groepen. Gesprekken met Nederlandse en buitenlandse hulpverleners leverden diverse veronderstellingen op om de verschillen te verklaren. Geen daarvan kon onderbouwd worden. Toeval kan een rol gespeeld hebben. Het zou wenselijk zijn hierover meer gegevens te krijgen.

Daarvoor zou het nodig zijn om in bepaalde registraties ook de nationaliteit van de patiënt te vermelden. Wafelbakker betoogde onlangs dat bezwaren hiertegen binnen de hulpverlening met goede argumenten weerlegd kunnen worden.¹⁷

¹ Dorrenboom G. Arts en buitenlandse werknemer. Utrecht: Bunge, 1972.

² Koningsveld PS van, Shadid WA. Arts en buitenlandse werknemer onder de loupe. *Tijd Soc Geneeskd* 1982; 60: 571-5.

³ Aalders-Kuiper FIB. Problemen van de tweede generatie migranten in ons land. *Metamedica* 1979; 58: 45-50.

⁴ Lau-IJzerman A, Habbema JDF, Bos T van den, Drewes JBJ e.a. Vergelijkend buurtonderzoek naar sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid in Amsterdam. Amsterdam: GGD, 1982.

⁵ Anoniem. Amsterdam in cijfers. Jaarboek 1983. Amsterdam, 1984.

⁶ Statistisch zakboek 1983. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984.

⁷ Mol M de. Marokkaanse ziekten tegenover Europese artsen. Een geval van (falende) acculturatie. *Streven* 1977; 30: 405-10.

⁸ Neerbos, T van. Patiëntenvoorlichting in ziekenhuizen IV. Buitenlanders en de gezondheidszorg in Nederland. *Med Contact* 1981; 36: 381-4.

⁹ Shadid WAR, Koningsveld PS van. Minderheden, hulpverlening en gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum, 1983.

¹⁰ Meer PhJ van der. Psychische ziekten bij Marokkaanse migranten. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1978; 122: 1555-8.

¹¹ Fernandez R, König E, Tielens V. Eerstelijns hulpverlening voor buitenlandse werknemers en hun gezinnen. *Med Contact* 1980; 35: 613-7.

¹² Six MJA, Örcü HZ, Botros A. Migratie en Geestelijke volksgezondheid: een literatuurstudie. *Maandbl Geest Volksgez* 1981; 7: 645-55.

¹³ Tounssi M. Mogelijkheden en moeilijkheden van maatschappelijk werk. In: *Gezondheidszorg en Turkse en Marokkaanse migranten*. Leiden: Boerhaave Commissie, 1981.

¹⁴ Kabela M, Meer PhJ van der. Ziek of niet ziek bij Marokkanen. Muiderberg: Coutinho, 1983.

¹⁵ Goosen D, Muller P, Nijhout F. Pillen of praten; een onderzoek naar het verwijzen van patiënten met psychische problemen door Amsterdamse huisartsen. Amsterdam: HIVU, 1982.

¹⁶ Schillemans L. Gezondheidszorg voor de buitenlander. *Uitdaging en toetssteen*. *Metamedica* 1979; 58: 3-9.

¹⁷ Wafelbakker F. Niet-Nederlanders en gezondheidsstatistiek. *Med Contact* 1984; 39: 398.