

Invloed van kansen(on)gelijkheid op de ontwikkeling van het kind

Rondetafelgesprek “Het Jonge Kind”
Kamercommissie Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Dr. Charifa Zemouri

GEZONDHEIDSWETENSCHAPPER | ZEMOURI PUBLIC HEALTH RESEARCH & CONSULTANCY
5 SEPTEMBER 2022 - AMSTERDAM

Inleiding

De eerste 1000 levensdagen van een kind zijn bepalend voor de rest van het leven. Goede toegang tot de zorg en adequate zorgverlening zijn cruciaal voor de levensontwikkeling en de kansen van het kind. Ieder kind in Nederland heeft toegang tot het consultatiebureau en een huisarts of kinderarts. Niet iedere ouder echter vindt de weg naar het consultatiebureau of andere zorg, omdat het zorgsysteem soms onbekend of ingewikkeld is, voor nieuwkomers bijvoorbeeld [1, 2]. Daarnaast is het Nederlands zorgsysteem reactief en verwacht men dat personen eigen verantwoordelijkheid nemen. Wanneer de weg wel is gevonden, kunnen ouders van het kind barrières ervaren die eerlijke zorg en kansengelijkheid belemmeren. Onvoldoende of oneerlijke toegang tot jeugdgezondheidszorg (JGZ) geeft het jonge kind een valse start in het leven en werkt kansengelijkheid in de hand [3]. Daarom wil ik uw commissie informeren over een aantal barrières in de JGZ die aandacht behoeven om alle kinderen, ongeacht de condities waarin zij leven, kansen te geven op een eerlijke start.

Groepen met meer kansengelijkheid

De inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) identificeerde de volgende kinderen als aandachtsgroepen: kinderen van immigranten, ongedocumenteerden en personen die tijdelijk op een ander adres verblijven [4]. In aanvulling hierop vraag ik aandacht voor kinderen van ouders met een niet-westerse migratieachtergrond, asielzoekers, Roma en Sintigemeenschappen, inwoners van de Nederlandse Antillen¹, woonwagenkambewoners, leden van streng gereformeerde gemeenschappen en tienerouders of ouders met een fysieke handicap. Deze groepen ervaren vaker discriminatie op basis van hun voorkomen of achtergrond en hebben grotere kans op gezondheidsproblemen door belemmeringen in de JGZ [5-7]. Tevens behoeven deze groepen een proactieve benadering vanuit de JGZ waarbij rekening wordt gehouden met hun (culturele) context. Uw commissie kan zich sterk maken voor het bevorderen van toegang tot de JGZ voor de voorgestelde aandachtsgroepen.

Zorgdiscriminatie

Gezondheidsverschillen bij de start van het leven zijn het grootst onder kinderen van ouders met een niet-westerse migratieachtergrond [8, 9]. We zien ook dat in wijken zoals Amsterdam-Bijlmer met een rijk diverse demografie de perinatale sterftcijfers tot 2 keer hoger liggen dan het landelijk gemiddelde of minder diverse Amsterdamse wijken [10]. De verschillen worden vaak toegeschreven aan sociaaleconomische en culturele factoren. Discriminatie wordt voorzichtig als mogelijke factor naar voren gehaald, al blijft hier weinig over bekend. Als het al bekend is dat discriminatie op de arbeidsmarkt en onderwijs bijdraagt aan kansengelijkheid, dan verwacht ik hetzelfde in de zorg [11].

Onderzoek naar benadering van patiënten met een migratieachtergrond laat zien dat door blinde vlekken, (institutionele) racisme, vooroordelen en minder empathie of begrip zij anders (negatief) worden benaderd en behandeld [12-23]. Een voorbeeld laat een Nederlandse studie zien naar de patiënt-zorgverlenerinteractie op een kankeroncologie-afdeling, waar zorgverleners melden minder vaak patiënten met een migratieachtergrond te bezoeken omdat zij de interactie met de ouders als lastig ervaren [19]. Deze voorbeelden tonen aan dat zorgdiscriminatie plaatsvindt. Discriminatie in de zorg van zorgverlener naar patiënt kan zowel op individueel niveau als op beleidsniveau (institutioneel) voorkomen wat de valse levensstart van diverse kinderen (deels) kan verklaren. Zorgdiscriminatie werkt kansengelijkheid tijdens de ontwikkeling van het kind verder in de hand en de bestrijding ervan moet prioriteit krijgen in het zorgbeleid [12]. Ik raad uw commissie aan om zorgdiscriminatie te onderzoeken en hoe dit kansengelijkheid in de hand werkt.

¹ We missen regelmatig data uit Caraïbisch Nederland, voorbeeld is te zien uit CBS-zuigelingssterfte data wat geen cijfers uit Saba en Bonaire rapporteert. https://www.google.com/url?sa=t&rct=i&q=&escr=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj_woCZq_35AhVE-6QKHcUaA6cQFnoECCMQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.cbs.nl%2F-%2Fmedia%2F_excel%2F2021%2F49%2Findicatoren-jeugd-vng-2020.xlsx&usg=AOvVaw2TtTny7_BwL6YwT6w2fM

Taal en interculturele communicatie

Uit een survey van het Nivel blijkt dat bij 33% van de anderstalige patiënten in de JGZ taalbarrières optreden [24]. Dit aantal zal stijgen door de verandering in de Nederlandse demografie [25]. Ouders van jonge kinderen die de Nederlandse taal onvoldoende of niet beheersen, ontvangen onvoldoende zorg, wat zich vertaalt in kansenongelijkheid voor het kind [16, 26, 27]. Bij taalproblemen worden gezondheidsproblemen laat herkend, ontstaat een oneerlijke toegang tot zorg en vergroot het risico op ontwikkelingsproblemen [28]. Ook wanneer ouders de taal wel spreken, kunnen alsnog ineffectieve communicatie en misverstanden ontstaan [16, 29, 30]. Deze misverstanden zijn toe te schrijven aan gebrek aan interculturele communicatie, interculturele competenties (werken met diverse patiënten), inclusief beleid en optreden van vooroordelen en discriminatie of racisme. Ik raad uw commissie aan om te bezien hoe zorginstaties intercultureel werken kan stimuleren door bijvoorbeeld het inzetten van cultuurmediators, gebruik van professionele tolken en trainingen [31]. Deze activiteiten zouden vanuit de praktijk kunnen worden opgezet en gefinancierd door uw ministeries.

Inclusie in plaats van exclusie

Met de diversiteit van de Nederlandse samenleving wordt onvoldoende rekening gehouden in de ontwikkelingsruimte van het kind. Een kind moet zich kunnen ontwikkelen in de eigen context zonder het deze te ontnemen of te toetsen aan de *reference man*². Nederlandse richtlijnen en programma's zijn voornamelijk gebaseerd op het Nederlandse referentiekader en niet inclusief [3, 7]. Onvoldoende inclusie van de diversiteit van kinderen in zorgprogramma's kan leiden tot foute diagnoses en het missen van diagnoses. Kinderen worden getoetst aan de Nederlandse groeicurve waardoor kinderen van niet-Westerse afkomst sneller worden gecategoriseerd als achterblijvende groei. Er is weinig kennis over de gezondheidsrisico's van diverse kinderen en wordt sikkelcelanemie onder kinderen met een Caraïbische of Surinaamse afkomst sneller gemist [32]. En bij het programma Kansrijke Start wordt nauwelijks aandacht besteedt aan pasgeboren kinderen met een vlucht- of migratieachtergrond. Door onvoldoende kennis over de context van diverse Nederlanders kan lage wederzijds begrip tussen patiënt en zorgverlener sneller ontstaan en ongelijkheid in stand houden [14, 16, 33-35]. Ik raad uw commissie aan om in te zetten op inclusieve behandelrichtlijnen, diagnostiek en onderwijs zodat kinderen niet constant worden getoetst aan de Nederlandse *reference man* wat mogelijk tot onterechte diagnoses leidt.

Praktijksignalen

Ter voorbereiding op dit schrijven heb ik op straat en online gevraagd naar de ervaringen van ouders van jonge kinderen met kansenongelijkheid³. Er is namelijk een tekort aan informatie over dit onderwerp en het was daarom nodig alternatieve data te vergaren. Van zorgverleners kreeg ik signalen dat collega's niet willen werken in multiculturele wijken of ouders met een migratieachtergrond als lastig ervaren. Ouders met een migratieachtergrond vermelden dat in hun geval snel wordt uitgeweken naar de jeugdzorg of de kinderbescherming en zij onterecht worden verdacht van misdrijven jegens hun kinderen. Volgens hen kwam dit door negatieve en schadelijke stereotype beelden over verschillende groepen Nederlanders. Signalen van Nederlanders zonder migratieachtergrond zijn verdenking van incompetentie bij ouders met een laag sociaaleconomische status of zeer jonge (alleenstaande) moeders. Ouders met partners met een migratieachtergrond kregen te maken met vooroordelen en vragen over huiselijk geweld. Een aantal ouders voelden gebrek aan respect van de huisarts of verpleegkundige op het consultatiebureau en dat er weinig rekening wordt gehouden met de socioculturele achtergrond van het kind. Zij krijgen het idee dat het kind moet voldoen aan de waarden van de Nederlander. Een aantal ouders vermelden dat zij liever niet meer het consultatiebureau bezoeken vanwege de negatieve ervaringen. Om uitsluiting en onterechte verdachtmaking van ouders in de JGZ beter in kaart te brengen, raad ik de commissie aan om een zorgdiscriminatiemeldpunt te

² Het idee van een standaard witte man die als referentiekader wordt gebruikt voor wetenschap en onderzoek.

³ Via mijn Twitter en Instagram kanaal opende ik een discussie over ervaringen van moeders met kansenongelijkheid in de JGZ (huisarts, ziekenhuis, consultatiebureau). Op straat sprak ik bekenden uit mijn wijk in Amsterdam-West en netwerk.

starten. Tevens raad ik aan om te onderzoeken hoe het werk in multiculturele wijken aantrekkelijker kan worden gemaakt.

Conclusie

Het wegwerken van kansenongelijkheid vraagt om een integrale en holistische aanpak met respect voor de culturele achtergrond en een proactieve houding naar aandachtsgroepen. Dankzij de aanstelling van de Nationaal Coördinator tegen Discriminatie en Racisme en het doel van de regering om de verschillen in de samenleving te verkleinen, is er veel ruimte voor uw collega's om gepast beleid op te stellen. Immers, als de generatie die nu wordt geboren een valse start heeft, dan zal het moeilijker zijn om de achterstand in de toekomst in te halen.

Met dank aan: dr. Simone Goosen, dr. Iman Tohami, ir. Erik Tilanus, ir. Ilyaz Nasrullah

Referenties

1. Chote, A.A., et al., *Explaining ethnic differences in late antenatal care entry by predisposing, enabling and need factors in The Netherlands. The Generation R Study*. *Matern Child Health J*, 2011. **15**(6): p. 689-99.
2. Brouwers, L., *Ook geboortezorg voor asielzoekersschiet vaak tekort*. NRC, 2022.
3. NJI, N.J., *Heb oog voor racisme in jeugdzorg*. 2020.
4. (IGZ), I.v.d.G., *"De jeugdgezondheidszorg beter in positie"*. 2014.
5. Frijters, S., *Discriminatie in Nederland: veel bewustzijn, stijgend aantal strafzaken*, in *De Volkskrant*. 2021.
6. Baauw, A., et al., *Health needs of refugee children identified on arrival in reception countries: a systematic review and meta-analysis*. *BMJ Paediatr Open*, 2019. **3**(1): p. e000516.
7. (KIS), K.i.s., *Waarom maken kinderen en jongeren van Marokkaanse en Turkse herkomst relatief weinig gebruik van jeugdzorg?* 2015.
8. de Wilde, J.A., R.C. Meeuwssen, and B.J. Middelkoop, *Growing ethnic disparities in prevalence of overweight and obesity in children 2-15 years in the Netherlands*. *Eur J Public Health*, 2018. **28**(6): p. 1023-1028.
9. RIVM, *Beter Weten: Een Beter Begin. Samen sneller naar een betere zorg rond de zwangerschap*. 2020.
10. Ravelli, A.C., et al., *[Differences in perinatal mortality between districts of Amsterdam]*. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2011. **155**: p. A3130.
11. Engbers, W.v.M., M., *G4 voorstel tegen kansenongelijkheid*. 2020.
12. Agyemang, C., et al., *Racism in health and health care in Europe: where does the Netherlands stand?* *Eur J Public Health*, 2007. **17**(3): p. 240-1.
13. Bhopal, R.S., *Racism in health and health care in Europe: reality or mirage?* *Eur J Public Health*, 2007. **17**(3): p. 238-41.
14. Schinkel, S., et al., *Perceptions of Barriers to Patient Participation: Are They Due to Language, Culture, or Discrimination?* *Health Commun*, 2019. **34**(12): p. 1469-1481.
15. Paternotte, E., et al., *How do medical specialists value their own intercultural communication behaviour? A reflective practice study*. *BMC Med Educ*, 2016. **16**(1): p. 222.
16. Harmsen, H., et al., *When cultures meet in general practice: intercultural differences between GPs and parents of child patients*. *Patient Educ Couns*, 2003. **51**(2): p. 99-106.
17. Liu, C.H., et al., *Why do ethnic Chinese in the Netherlands underutilize mental health care services? Evidence from a qualitative study*. *Transcult Psychiatry*, 2015. **52**(3): p. 331-52.
18. Williams, D.R., et al., *Understanding how discrimination can affect health*. *Health Serv Res*, 2019. **54 Suppl 2**: p. 1374-1388.
19. Suurmond, J., et al., *Towards culturally competent paediatric oncology care. A qualitative study from the perspective of care providers*. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 2017. **26**(6).

20. Suurmond, J. and C. Seeleman, *Shared decision-making in an intercultural context. Barriers in the interaction between physicians and immigrant patients*. Patient Educ Couns, 2006. **60**(2): p. 253-9.
21. Suurmond, J., et al., *Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study*. BMC Health Serv Res, 2011. **11**: p. 10.
22. Belak, A., et al., *Why don't health care frontline professionals do more for segregated Roma? Exploring mechanisms supporting unequal care practices*. Soc Sci Med, 2020. **246**: p. 112739.
23. Pharos, S., *Discriminatie en gezondheid. Over de invloed van discriminatie (in de zorg) op gezondheidsverschillen en wat we hieraan kunnen doen*. 2022.
24. NIVEL, *Noodzaak en omvang van de inzet van professionele tolken in de zorg; Een inventarisatie onder zorgverleners*. 2016.
25. Jansen, D. and K. Illy, *Paediatric Care in The Netherlands: State of Affairs, Challenges and Prospects*. Int J Environ Res Public Health, 2022. **19**(3).
26. Ali, P.A. and R. Watson, *Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives*. J Clin Nurs, 2018. **27**(5-6): p. e1152-e1160.
27. Adriaanse, M., et al., *Factors associated with psychiatric symptoms and psychiatric disorders in ethnic minority youth*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2016. **25**(10): p. 1067-79.
28. (KIS), K.i.s., *Wat is de invloed van gebrekkige taalbeheersing van ouders op toegang tot jeugdgezondheidszorg?* 2016.
29. Meeuwesen, L., et al., *Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients?* Soc Sci Med, 2006. **63**(9): p. 2407-17.
30. Schouten, B.C. and L. Meeuwesen, *Cultural differences in medical communication: a review of the literature*. Patient Educ Couns, 2006. **64**(1-3): p. 21-34.
31. Schouten, B.C., L. Meeuwesen, and H.A. Harmsen, *The impact of an intervention in intercultural communication on doctor-patient interaction in The Netherlands*. Patient Educ Couns, 2005. **58**(3): p. 288-95.
32. Peters, M., et al., *One-third of the new paediatric patients with sickle cell disease in The Netherlands are immigrants and do not benefit from neonatal screening*. Arch Dis Child, 2010. **95**(10): p. 822-5.
33. Harmsen, J.A., et al., *Patients' evaluation of quality of care in general practice: what are the cultural and linguistic barriers?* Patient Educ Couns, 2008. **72**(1): p. 155-62.
34. Schouten, B.C., L. Meeuwesen, and H.A. Harmsen, *GPs' interactional styles in consultations with Dutch and ethnic minority patients*. J Immigr Minor Health, 2009. **11**(6): p. 468-75.
35. Paternotte, E., et al., *Intercultural doctor-patient communication in daily outpatient care: relevant communication skills*. Perspect Med Educ, 2016. **5**(5): p. 268-75.