

# Uitval uit revalidatiebehandeling door patiënten met chronisch aspecifieke lage rugpijn met een niet-Nederlandse achtergrond

*Maurits Sloots, Jos Dekker, Edien Bartels, Jan Geertzen & Joost Dekker\**

## Samenvatting

De laatste decennia wordt een groeiend aantal patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond behandeld in de Nederlandse revalidatiesector. De doelstelling van het proefschrift, in dit artikel samengevat, was het exploreren van barrières in het revalidatieproces voor patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond en mogelijke oplossingen daarvoor. De focus lag op onderzoek naar de hoogte en redenen voor uitval uit de revalidatiebehandeling door patiënten met chronische aspecifieke lage rugpijn. Eveneens is onderzocht welke oplossingen en strategieën om het zorgproces voor deze patiëntengroep te verbeteren, zijn geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk van de revalidatiezorg. Uitval uit de revalidatiebehandeling onder patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond was twee maal hoger (28.1%) dan onder autochtone patiënten (13.7%). De belangrijkste reden voor vroegtijdige beëindiging onder patiënten van Turkse en Marokkaanse achtergrond is dat patiënten andere verwachtingen hadden over de inhoud van de revalidatiebehandeling dan hulpverleners. Bovendien kwam er vaak geen goede vertrouwensrelatie tot stand en werden communicatieproblemen onvoldoende opgelost, wat het behandelproces verstoort. Overige factoren die hebben geleid tot uitval waren: gebrek aan erkenning van de pijnklachten door arts en behandelteam en tegengestelde visies van artsen uit het land van herkomst van de patiënt aangaande de oorzaak en de behandeling van pijn. Minder dan de helft van de revalidatie-instellingen die pijnrevalidatieprogramma's verzorgen heeft één of meer programma-aanpassingen voor patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond gerealiseerd. Instellingen die een hoog percentage patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond behandelen, hadden vaker het pijnrevalidatieprogramma aangepast voor patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond dan instellingen met een laag percentage.

\* Dr. Maurits Sloots is ergotherapeut en cultureel antropoloog en verbonden aan Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie te Amsterdam. Drs. Jos Dekker is revalidatiearts in Heliomare, Wijk aan Zee en het Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk. Dr. Edien Bartels is cultureel antropoloog en universitair docent aan de afdeling Sociale en Culturele Antropologie, Faculteit voor Sociale Wetenschappen van de VU, Amsterdam. Prof. dr. Jan Geertzen is hoogleraar bij de afdeling revalidatiegeneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Groningen. Prof. dr. Joost Dekker is hoogleraar paramedische zorg bij de afdeling revalidatiegeneeskunde en psychiatrie VU Medisch Centrum (VUMC)/ EMGO instituut en Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie, Amsterdam.

## Inleiding

Het gezondheidszorgsysteem in Nederland wordt geconfronteerd met een toenevend aantal patiënten van diverse etnische en culturele achtergronden. In 2000 heeft de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gerapporteerd dat de zorg voor patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond nog niet voldoende is afgestemd op de behoefte van deze doelgroep (1).

In de praktijk blijkt dat patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond problemen ervaren bij deelname aan revalidatiezorg (2). De klinische ervaring, in Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie te Amsterdam, was dat onder patiënten met chronische aspecifieke lage rugpijn met een niet-Nederlandse achtergrond uitval uit de behandeling vaak voorkomt. Om kennis te verwerven over de hoogte van uitval en de redenen daarvan is het Ideal-project<sup>1</sup> uitgevoerd, dat gefinancierd is door ZonMw.

Het was tot op heden onbekend in hoeverre revalidatie-instellingen hun behandelprogramma's voor patiënten met chronische aspecifieke pijn hebben aangepast met interventies en strategieën voor patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond. Ook was het niet bekend welke factoren eraan bijdragen dat aanpassingen ten behoeve van patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond worden geïmplementeerd in de praktijk. Door de Ideal-projectgroep is een onderzoek gehouden onder instellingen die pijnrevalidatieprogramma's verzorgen in Nederland. Geïnterviewd is in hoeverre instellingen aanpassingen ten behoeve van patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond hebben gerealiseerd en welke factoren hebben bijgedragen aan het implementatieproces van deze aanpassingen.

In deze samenvatting worden de resultaten uit het proefschrift en de implicaties voor de praktijk toegelicht.

### *Wat was er al bekend over uitval?*

Er was tot op heden weinig kennis over redenen van uitval van patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond uit revalidatiebehandelingen. Een studie van Thomas et al. heeft laten zien dat er knelpunten zijn in de revalidatie van patiënten met niet-Nederlandse achtergrond (2). De knelpunten bestonden onder andere uit taal- en communicatieproblemen en beperkt tolkgebruik door hulpverleners, andere verwachtingen van patiënten over de inhoud van de behandeling dan hulpverleners en spanningen tussen patiënten en hulpverleners met betrekking tot vraaggericht werken. Bovendien waren revalidatieprogramma's niet aanpast aan een (cultureel) diverse patiëntenpopulatie.

Hoewel er weinig bekend is over uitval van patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond, zijn er veel factoren die de uitval van patiënten kunnen verklaren. Een systematische review van Scheppers et al. liet een grote verscheidenheid van potentiële barrières zien bij eerdere onderzoeken onder allochtone patiënten die deel hebben genomen aan gezondheidszorgprogramma's (3). De potentiële barrières kunnen op drie verschillende niveaus voorkomen: patiënt-, zorgverlener- en

organisatieniveau. Barrières op alle drie niveaus beïnvloeden de manier waarop de zorg wordt gegeven en door de patiënten in kwestie gebruikt wordt.

Een systematische review van wetenschappelijke studies naar tevredenheid en verwachtingen van patiënten met lage rugpijn ten aanzien van hun behandeling laat onder andere zien dat patiënten, ongeacht hun achtergrond, vaak andere verwachtingen ten aanzien van de inhoud van de behandeling hebben (4). Patiënten in deze studies waren onder andere ontevreden over de volgende onderwerpen: gebrek aan het stellen van een specifieke medische diagnose voor de klachten; dat pijnvermindering geen hoofddoel van de behandeling was; gebrek aan lichamelijk onderzoek en diagnostische tests; gebrek aan verwijzing naar andere vormen van behandeling of specialisten en gebrek aan erkenning van de klachten. Deze bronnen van ontevredenheid zijn potentiële redenen om behandeling te weigeren of voortijdig af te breken.

## Methoden

Om de frequentie van zorguitval van allochtone patiënten en het verschil tussen autochtone en allochtone patiënten te achterhalen is er een kwantitatieve cross-sectionele retrospectieve medische dossierstudie verricht onder autochtone (N=344) en allochtone patiënten (N=185) die behandeld zijn in revalidatie-instellingen in de regio Amsterdam voor hun chronische aspecifieke lage rugpijn (5). Zorguitval werd gedefinieerd als het onvoltooid beëindigen van het revalidatiezorgtraject om andere dan strikt medische redenen. Uitval kon plaatsvinden in de diagnostische of de behandelfase van het revalidatietraject. De medische status van de geïncludeerde patiënt werd gecheckt op demografische gegevens en op moment en reden van uitval. Het moment en de reden van uitval werden gescoord op een gestandaardiseerd formulier met antwoordcategorieën. Het verschil in uitvalpercentage tussen autochtone en allochtone patiënten werd statistisch getoetst door middel van een logistische regressie-analyse en gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, type revalidatie-instelling en fase van het revalidatieprogramma. De frequentieverschillen in redenen voor uitval tussen autochtone en allochtone patiënten zijn statistisch getoetst door middel van een chikwadraattoets.

Een deel van het kwalitatieve onderzoek in het proefschrift was gericht op het achterhalen van de redenen van uitval van 23 patiënten van Turkse en Marokkaanse achtergrond die hun behandeling voortijdig beëindigd hadden. Met deze patiënten zijn semigestructureerde interviews gehouden over het verloop van de behandeling, de ervaringen van patiënten en de reden van beëindiging van de behandeling. Tevens zijn revalidatieartsen en therapeuten, die een of meerdere van deze patiënten behandeld hebben, geïnterviewd. Interviews zijn gecodeerd en vervolgens geanalyseerd aan de hand van thema's. De analyse is gedaan door de methode van constante vergelijking (6) ter ontwikkeling van hypothesen die gedurende verdere dataverzameling zijn getest. Er is daarbij gebruikgemaakt van Atlas-Ti software ([www.atlasti.com](http://www.atlasti.com)) om stukken tekst te kunnen coderen en te

analyseren. Overeenkomstige codes binnen een interview zijn vergeleken en vervolgens is gekeken naar dezelfde codes uit andere interviews om te zoeken naar overkomsten, verschillen en structuren daarbinnen.

Ten slotte is door een vragenlijstonderzoek onder revalidatie-instellingen onderzocht welke aanpassingen aan pijnrevalidatieprogramma's ten behoeve van patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond al zijn gerealiseerd. Ook is onderzocht of instellingskarakteristieken gerelateerd waren aan het hebben gerealiseerd van aanpassingen ten behoeve van patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond. De data (vragenlijsten) voor het onderzoek zijn verzameld onder revalidatieartsen van instellingen die pijnrevalidatie in Nederland verzorgen (N=27). De vragenlijst bestond voor het merendeel uit gesloten vragen over welke aanpassingen aan revalidatieprogramma's voor patiënten met niet-Nederlandse achtergrond er waren gerealiseerd en instellingskarakteristieken. Het verband tussen het invoeren van aanpassingen aan revalidatieprogramma's, als afhankelijke variabele, en instellingskarakteristieken (het percentage allochtonen (in geheel en onderverdeeld in westerse en niet-westerse allochtonen) in de vestigingsplaats van de instelling, het aantal werknemers, verwijzen naar andere hulpverleners met meer geschikte programma's, percentage allochtone patiënten dat behandeld is) als onafhankelijke variabelen werden statistisch getoetst door middel van een chikwadraattoets of Fisher's exacttest (7).

## Resultaten

### *Uitval onder allochtone patiënten twee maal zo hoog*

De studie naar het verschil in uitvalpercentage tussen autochtone patiënten en patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond met chronische aspecifieke lage rugpijn laat zien dat uitval uit de revalidatiebehandeling onder patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond twee maal hoger was (28.1%) dan onder autochtone patiënten (13.7%). Het gemiddelde uitvalpercentage was 18.7%. Uitval bleek, naast het hebben van een niet-Nederlandse achtergrond, ook gerelateerd te zijn aan de behandelsetting, te weten een revalidatiecentrum en de fase van de behandeling, namelijk de diagnostische fase (5,8). De hogere uitval in de revalidatiecentra ten opzichte van ziekenhuizen zou verklaard kunnen worden door het feit dat er meer complexe problematiek aanwezig is bij patiënten die in revalidatiecentra revalideren, waardoor er vaker uitval optreedt. Een hogere uitval in diagnostische fase ten opzichte van de behandelfase kan worden verklaard doordat in deze fase van de behandeling de afstemming van verwachtingen tussen het behandelteam en de patiënt plaatsvindt, wat leidt tot spanning in de behandeling (2,4,9). Patiënten raken mogelijk teleurgesteld wanneer het duidelijk wordt dat coping met pijn het voornaamste behandeldoel is in plaats van pijnafname.

### *Andere verwachtingen belangrijkste reden voor uitval*

De uitgevoerde dossierstudie liet zien dat allochtone patiënten vaker dan autochtone patiënten hun behandeling beëindigden vanwege het hebben van andere

verwachtingen over de inhoud van de behandeling. Om een beter beeld en begrip te krijgen over de redenen van uitval is door middel van semigestructureerde interviews onderzoek verricht onder patiënten die voortijdig gestopt zijn met hun behandeling (10,11).. Factoren die hebben geleid tot uitval waren: verschillen in verwachtingen ten aanzien van het doel van de behandeling, communicatieproblemen, gebrek aan vertrouwen in de revalidatiearts en tegengestelde visies van artsen uit het land van herkomst van de patiënt aangaande de oorzaak en de behandeling van pijn, en gebrek aan erkenning van de pijnklachten door arts en behandelteam. Hieronder zijn de gevonden factoren kort toegelicht:

- *Verwachtingen*

Een groot deel van de patiënten verwachtte een medische behandeling die erop gericht was de oorzaak van pijn te diagnosticeren en de pijn te verminderen. De artsen bieden een behandeling aan die erop gericht is patiënten om te leren gaan met pijn. Dit verschil in visie leidt tot teleurstelling en een uiteindelijke uitval van de patiënt uit het revalidatieprogramma.

- *Communicatie*

Het gebruik van tolken is niet structureel geregeld en dit leidt nog te veel tot het voortduren van bestaande taalproblemen. In het onderzoek hebben sommige patiënten aangegeven dat de kwaliteit van de consulten onvoldoende was door de bestaande communicatieproblemen en dat daardoor de arts niet in staat was een goede diagnose te stellen.

- *Vertrouwen en gebruik van second opinion*

Het feit dat patiënten met chronische pijnklachten vaak al veel behandelingen zonder succes hebben doorlopen, heeft er bij sommige patiënten aan bijgedragen dat het vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg beperkt is. Tegenstrijdige meningen over de oorzaak en behandeling van de pijn, als gevolg van bezoek aan artsen in het land van herkomst, kunnen verder afbreuk doen aan het vertrouwen in artsen en heeft bij een aantal van de patiënten geleid tot uitval uit de behandeling.

- *Erkenning van de klachten door arts en behandelteam*

Een aantal van de uitgevallen patiënten voelde zich door de arts niet serieus genomen omdat ze een gebrek aan erkenning van hun klachten hebben ervaren. Sommige van deze patiënten hadden het idee dat de arts en/of therapeuten hen niet geloofden.

Deze beschreven redenen voor uitval kunnen ook voorkomen in interactie met patiënten met een Nederlandse achtergrond, maar het is goed mogelijk dat deze redenen bij patiënten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond vaker voorkomen. Dit resultaat wordt ondersteund door voorgaande studies naar zorg voor patiënten met een andere etnische achtergrond (2,9). Dat allochtone patiënten vaker andere verwachtingen over de inhoud van de revalidatiebehandeling hebben, zou een gevolg kunnen zijn van een anders verlopend proces van protopro-

fessionalisering (12). Dit proces houdt in dat een patiënt informatie verzamelt over oorzaak en behandeling van ziekten en daarmee een visie ontwikkelt over de oorzaak en behandeling van zijn of haar aandoening. Dit proces vindt plaats door onderwijs en toegang tot alledaagse medische informatie op televisie en internet. Het gevolg van het doorlopen van dit proces is dat de visie van de patiënt meer verandert in de richting van de visie van de hulpverleners in de gezondheidszorg. Dat dit proces anders verloopt bij allochtone patiënten is mogelijk de invloed van een beperkte beheersing van het Nederlands en het opgevoed zijn met een andere (culturele) achtergrond en een ander gezondheidszorgsysteem.

#### *Weinig aangepaste interventies voor allochtone patiënten in de revalidatiezorg*

Minder dan de helft van de instellingen die pijnrevalidatie verzorgen (44.4%) heeft één of meer aanpassingen (meer dan het gebruik van tolken) gerealiseerd aan het revalidatieprogramma. Meer en langere consulten (25.9% van de instellingen) werden het vaakst gerapporteerd als aanpassing. Drie instellingen (11.1%) hebben aandacht besteed aan scholing van medewerkers ten aanzien van cultureel competent behandelen. Eén instelling (3.7%) maakt gebruik van een allochtone zorgconsulent en één instelling (3.7%) heeft een gezamenlijk programma met de plaatselijke RIAGG ontwikkeld (13,7). De statistische analyse toont aan dat alleen een hoog percentage behandelde allochtone patiënten samenhangt met het hebben gerealiseerd van programma-aanpassingen. Deze studie toont aan dat zelfs onder instellingen die gevestigd zijn in plaatsen met een hoog aantal inwoners van niet-Nederlandse achtergrond geen aanpassingen aan het revalidatieprogramma zijn gerealiseerd. Eveneens blijkt dat strategieën waarvan bekend is dat ze de behandeling kunnen verbeteren, zoals het gebruik van een 'peer' onderwijzer (ervaringsdeskundige) (14) en een Voorlichter Eigen Taal en Cultuur (VETC) (15), niet vaak worden toegepast. Dit wordt mogelijk beïnvloed door het feit dat het gebruik van een VETC'er een extra financiële belasting voor instellingen met zich meebrengt. Dat een derde van de instellingen geen tolken gebruikt is opmerkelijk, omdat het gebruik van tolken door de overheid betaald wordt.

### **Implicaties voor de praktijk?**

De revalidatiesector is gebaat bij een verbeterde toegankelijkheid en aansluiting voor patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond. Door de hoge uitval en onvoldoende geschiktheid van pijnrevalidatieprogramma's blijft een deel van de patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond verstoken van adequate zorg. Op basis van de onderzoeken uitgevoerd in het Ideal-project kunnen de volgende adviezen voor de praktijk van de revalidatiezorg worden gegeven.

#### *Voorlichting en onderwijs over de inhoud van revalidatieprogramma's*

De verwachtingen van patiënten over de inhoud en de vorm van het revalidatieprogramma blijken onvoldoende aan te sluiten bij het bestaande behandelaanbod. Een deel van de patiënten lijkt de behandeling te beëindigen omdat zij, voornamelijk in de diagnostische fase van de behandeling, met een benadering van de

chronische pijn worden geconfronteerd die zij (nog) niet kunnen aanvaarden en opnemen in hun visie op de behandeling van de chronische pijn (11,16). Om deze patiënten beter te kunnen begeleiden in het begin van en tijdens de revalidatiebehandeling zou er aandacht besteed kunnen worden aan voorlichting en onderwijs alvorens patiënten deel te laten nemen aan de bestaande revalidatieprogramma's. Een mogelijkheid is dat revalidatie-instellingen zelf een instapmodule gaan ontwikkelen waarin patiënten laagdrempelig kunnen kennismaken met de biopsychosociale benadering van chronische pijn. Een biopsychosociale benadering is een benadering waarin een combinatie van lichamelijke, psychische en sociaal-maatschappelijke factoren die elkaar wederzijds beïnvloeden, geacht worden ten grondslag te liggen aan het hebben van chronische pijn. Bij de ontwikkeling van voorlichting en onderwijs zou onderzocht kunnen worden of er aangepast (audio)visueel materiaal gebruikt kan worden, wat kan bijdragen aan een beter begrip van de oorzaak en behandelmogelijkheden van de aandoening bij patiënten.

#### *Standaardiseren van het gebruik van professionele tolken*

Het gebruik van professionele tolken tijdens de behandeling wordt aanbevolen in situaties van onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal (17). In de literatuur wordt tevens aanbevolen dat hulpverleners moeten leren omgaan met het gebruik van tolken en worden er gebruikerstips voor gegeven (18). Revalidatie-instellingen die het gebruik van professionele tolken verder willen bevorderen, kunnen aandacht besteden aan scholing van medewerkers ten aanzien van het leren omgaan met tolkendiensten.

#### *Gebruik Voorlichter Eigen Taal en Cultuur (VETC)*

Het werken met Voorlichters Eigen Taal en Cultuur en/of een allochtone zorgconsulent kan dienen als brugfunctie tussen therapeuten en patiënt. In huisartsenpraktijken wordt al jaren succesvol gewerkt met deze medewerkers. Bovendien heeft een studie onder vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst laten zien dat door het gebruik van een VETC'er deze vrouwen beter in staat waren met hun pijnklachten om te gaan (15). Forum, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling ([www.forum.nl](http://www.forum.nl)), heeft een implementatiehandboek (19) ontwikkeld om het gebruik van VETC'ers te implementeren in een organisatie.

#### *Meer en langere consulten*

Uit een tweetal studies blijkt (14,20) dat na het gebruik van langere consulten of behandelingen ten behoeve van voorlichting en onderwijs over de aandoening en de gevolgen daarvan, patiënten beter in staat zijn om te begrijpen wat het effect van hun (gezondheids)gedrag kan hebben op het herstel van de aandoening en preventie van een recidief van hun aandoening. Meer en langere behandelingen in de intakefase van de behandeling stellen behandelaars in staat diepgaander de visie van patiënt ten aanzien van de oorzaak, betekenis en de behandeling van de aandoening te onderzoeken (20). Revalidatie-instellingen zouden ruimte kunnen creëren om meer consulten of behandelingen te realiseren voor patiënten die

meer moeite hebben om te begrijpen welke factoren meespelen bij het ontstaan en onderhouden van chronische aspecifieke pijn.

#### *Aandacht voor cultureel competent werken bij hulpverleners*

Er is bewijs dat scholing ten aanzien van cultureel competent werken de houding, kennis en vaardigheden om zorg te verlenen aan patiënten met een andere achtergrond dan die van de hulpverlener, verbeteren (21,22). Het is daarom aan te bevelen deze scholingen te organiseren binnen revalidatie-instellingen. Deze trainingen kunnen medewerkers bewust maken van hun eigen houding ten opzichte van patiënten met een andere achtergrond. Bovendien maken deze trainingen inzichtelijk welke aanvullende vaardigheden medewerkers nog beter kunnen ontwikkelen.

#### **Noot**

- 1 IDEAL: Interculturalisatie: Diagnostische Evaluatie bij Allochtone Patiënten met Lage rugklachten.

#### **Referenties**

- (1) Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Interculturalisatie van de Gezondheidszorg (Interculturalisation of healthcare). Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (Board for Public Health); 2000.
- (2) Thomas R, Mans L, Kijlstra MA, Logge KLR. In Dutch: Allochtonen en revalidatiezorg. Een inventarisatie van knelpunten (Migrants and rehabilitation, an exploration of problems). Utrecht: Centrum voor Migratie en Gezondheid van het Kind (Centre for Migration and Health of the Child); 1999.
- (3) Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract* 2006 Jun;23(3): 325-48.
- (4) Verbeek J, Sengers MJ, Riemens L, Haafkens J. Patient expectations of treatment for back pain: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Spine* 2004 Oct 15;29(20):2309-18.
- (5) Sloots M, Scheppers EF, van de Weg FB, Dekker JH, Bartels EA, Geertzen JH, et al. Higher dropout rate in non-native patients than in native patients in rehabilitation in The Netherlands. *Int J Rehabil Res* 2009 Sep;32:232-7.
- (6) Boeije H. A Purposeful Approach to the Constant Comparative Method in the Analysis of Qualitative Interviews. *Quality & Quantity* 2002;36(4):391-409.
- (7) Sloots M, Dekker JH, Bartels EA, Geertzen JH, Dekker J. Adaptations to pain rehabilitation programmes for non-native patients with chronic pain. *Disabil Rehabil* 2011;33(15-16):1324-9.
- (8) Sloots M, Dekker JHM, Bartels EAC, Geertzen JHB, Dekker J. Hoge uitval uit de revalidatiebehandeling onder revalidanten met chronische lage rugpijn met een niet-Nederlandse achtergrond (High drop-out from rehabilitation treatment in patients with chronic low back pain of non-native origin). *Revalidata* 2009 Aug;150:6-8.
- (9) Holloway I, Sofaer-Bennett B, Walker J. The stigmatisation of people with chronic back pain. *Disabil Rehabil* 2007 Sep 30;29(18):1456-64.



- (10) Sloots M, Dekker JHM, Bartels EAC, Geertzen JHB, Dekker J. Revalidatie en redenen voor uitval onder revalidanten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond met chronische aspecifieke lage rugpijn (Rehabilitation and reasons for drop-out in patients with chronic non-specific low back pain of Turkish or Moroccan origin). *Revalidata* 2010 Feb;153:8-11.
- (11) Sloots M, Dekker JH, Pont M, Bartels EA, Geertzen JH, Dekker J. Reasons of drop-out from rehabilitation in patients of Turkish and Moroccan origin with chronic low back pain in The Netherlands: a qualitative study. *J Rehabil Med* 2010 Jun;42(6):566-73.
- (12) Stüssgen RAJ. De nieuwe patiënt op weg naar autonomie (The new patient on it's way to autonomy). Amsterdam: Thesis Publishers; 1997.
- (13) Sloots M, Dekker JHM, Bartels EAC, Geertzen JHB, Dekker J. Aanpassingen aan pijnrevalidatie programma's voor patiënten met chronische aspecifieke pijn van niet-Nederlandse afkomst (Adaptations to pain rehabilitation programmes for non-native patients with non-specific chronic pain). *Revalidata* 2010 Dec;158:3-7.
- (14) Reijneveld SA, Westhoff MH, Hopman-Rock M. Promotion of health and physical activity improves the mental health of elderly immigrants: results of a group randomised controlled trial among Turkish immigrants in the Netherlands aged 45 and over. *J Epidemiol Community Health* 2003 Jun;57(6):405-11.
- (15) Kocken PL, Zwanenburg EJ, de Hoop T. Effects of health education for migrant females with psychosomatic complaints treated by general practitioners. A randomised controlled evaluation study. *Patient Educ Couns* 2008 Jan;70(1):25-30.
- (16) Sloots M, Dekker JH, Bartels EA, Geertzen JH, Dekker J. Reasons for drop-out in rehabilitation treatment of native patients and non-native patients with chronic low back pain in the Netherlands: a medical file study. *Eur J Phys Rehabil Med* 2010 Dec;46(4):505-10.
- (17) Schapira L, Vargas E, Hidalgo R, Brier M, Sanchez L, Hobrecker K, et al. Lost in translation: integrating medical interpreters into the multidisciplinary team. *Oncologist* 2008 May;13(5):586-92.
- (18) Schenker Y, Lo B, Ettinger KM, Fernandez A. Navigating language barriers under difficult circumstances. *Ann Intern Med* 2008 Aug 19;149(4):264-9.
- (19) Mechelen PV, Nieuwenhuizen P. De allochtone zorgconsulent: handboek voor invoering en professionalisering van de functie. [The non-native healthcare consultant: handbook for introduction and professionalization of the position]. Utrecht: Forum; 2003.
- (20) Sloots M, Bartels EAC, Angenot ELD, Dekker JHM, Geertzen JHB, Dekker J. Adapted cardiac rehabilitation programme to improve uptake in patients of Moroccan and Turkish origin in The Netherlands: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* e-published 21 July 2011.
- (21) Beach MC, Price EG, Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A, et al. Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care* 2005 Apr;43(4):356-73.
- (22) Bhui K, Warfa N, Edonya P, McKenzie K, Bhugra D. Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Serv Res* 2007;7:15.