

# 13 Etnische diversiteit in ziekte en behandeling

Maria van den Muijsenbergh

In: Van den Muijsenbergh M & Oosterberg E: Persoonsgerichte zorg voor iedereen, met aandacht voor sociale omstandigheden en etnische diversiteit in de huisartsenpraktijk. NHG / Pharos 2022. Prelum uitgeverij

## Kernboodschappen

- Etnische diversiteit in ziekten en behandeling wordt bepaald door genetische factoren, het land van herkomst, huidskleur en soms culturele gewoonten. Denk bij mensen met een migratieachtergrond aan de mogelijkheid van een andere dan de meest voorkomende aandoeningen, of een andere behandeling dan u gewend bent.
- De ziekte van Behçet, hemoglobinopathieën en familiale mediterrane koorts zijn in de Nederlandse huisartsenpraktijk genetisch bepaalde aandoeningen die vrij vaak en vrijwel uitsluitend voorkomen bij mensen met een migratieachtergrond.
- Mensen van sub-Sahara, Afrikaanse of Zuid-Aziatische (India, Pakistan, Bangladesh, Sri Lanka, Hindostaans-Surinaams) oorsprong hebben een sterk verhoogde incidentie van hart- en vaatziekten. Overweeg bij hen al op jongere leeftijd een risicoprofiel op te stellen.
- Denk bij migranten uit Afrika, Oost-Europa of Azië aan de kans op chronische hepatitis B of C, tuberculose of hiv en bied proactief screening aan.
- Kanker van nasofarynx (China, Afrika), maag (Armenië, Turkije) en baarmoederhals (Antillen) komt vaker voor bij migranten.
- Denk aan voor u onbekende cultureel gekleurde opvattingen over ziekten, zelfzorg en (bijwerkingen van) behandeling, en informeer daarnaar.

## 13.1 Achtergrond

### 13.1.1 Oorzaken van etnische diversiteit in ziekten en behandeling

Sommige ziekten komen vaker of minder vaak voor bij mensen met een migratieachtergrond, presenteren zich anders of vereisen een andere dan de meest gebruikelijke aanpak. Deze etnische diversiteit wordt bepaald door genetische factoren, het land van herkomst, huidskleur en soms culturele gewoonten; zie tabel 13.1.

Tegenwoordig besteden de meeste NHG-Standaarden aandacht aan deze diversiteit, wanneer deze consequenties heeft voor het huisartsgeneeskundig handelen. Soms echter staan de bijzondere aandachtspunten alleen in het notenapparaat, of is er geen standaard voor de betreffende aandoening. In dit hoofdstuk beschrijven we kort enkele van de relevante aandoeningen. Uitgebreide informatie hierover is te vinden op de website van NHG en Pharos: [www.huisarts-migrant.nl](http://www.huisarts-migrant.nl), waar op trefwoord van aandoening gezocht kan worden.

**Tabel 13.1 Voorbeelden van relevante etnische verschillen in morbiditeit of behandeling.**

aard van het verschil	voorbeeld	relevantie voor beleid
genetisch verschil in ziektekans	thalassemie en sikkelcelziekte zijn zeldzaam onder mensen van Nederlandse afkomst, maar komen veel voor onder mensen afkomstig uit respectievelijk Noord-Afrika en sub-Sahara Afrika	bij anemie bij een zwangere vrouw uit een hoog-prevalentieland niet zonder meer ijzersuppletie overwegen, maar aard anemie onderzoeken
farmacogenetisch verschil in reactie op therapie	mensen met Aziatische achtergrond hebben een 15x grotere kans op een allel dat stevens-johnsonsyndroom kan veroorzaken bij gebruik van allopurinol <sup>1</sup>	bij deze groep vóór toediening van allopurinol genetisch profiel bepalen
huidskleur	erythema migrans is niet goed te zien bij mensen met een donkere huid, waardoor vertraging in vaststellen borreliose kan optreden; de ziekte van Lyme kan daardoor een ernstigere vorm aannemen <sup>2</sup>	bij donkere huid meer aandacht besteden aan anamnese en inspectie van de huid om tijdig borreliose vast te stellen

geboorteland	hogere kans op (asymptomatische) hepatitis C bij mensen die zijn geboren in Egypte <sup>3</sup>	mensen uit Egypte proactief screenen en zo nodig behandeling aanbieden
migratie	communicatieproblemen en verschillen in verwachtingen ten aanzien van medische zorg beperken de toegang tot o.a. de GGZ	tolk inschakelen bij nieuwkomers en het Nederlandse zorgsysteem uitleggen
reden van migratie	bij vluchtelingen grote kans dat zij – al dan niet seksuele – geweldservaringen hebben meegemaakt	sensitief zijn voor tekenen van seksueel geweld, soa's en PTSS bij vluchtelingen

PTSS = posttraumatisch stressyndroom.

Bron: Van den Muijsenbergh et al., Onderscheid naar etnische afkomst<sup>4</sup>

### 13.1.2 Genetisch bepaalde ziekten die vaker of anders voorkomen onder migranten

Relatief vaak in de huisartsenpraktijk voorkomende genetisch bepaalde aandoeningen die vooral gezien worden bij mensen met een migratieachtergrond zijn de hemoglobinopathieën bij mensen afkomstig uit het Middellandse Zeegebied of West-Afrika (anemie dus niet zonder meer behandelen met ijzer); de ziekte van Behçet bij mensen afkomstig uit Turkije, Armenië of andere plaatsen langs de vroegere zijderoute (denk daaraan wanneer u een patiënt met recidiverende aften ziet) en familiale mediterrane koorts bij (nazaten van) mensen afkomstig uit Turkije, Armenië, Israël of Syrië (denk hieraan bij recidiverende aanvallen van heftige buikpijn met een beetje koorts).

Hypertensie is bij mensen met een West- of Zuid-Afrikaanse afkomst (zoals Afro-Surinaamse mensen) een ander ziektebeeld, waarbij zich op veel jongere leeftijd heel hoge bloeddrukken met klachten van hoofdpijn voordoen, die anders reageren op behandeling dan de meeste autochtone patiënten (zie de NHG-Standaard CVRM). Deze hypertensie leidt tot uitgebreidere orgaanschade op jonge leeftijd, met name tot nierfalen, hartfalen en hersenbloedingen. Daarom heeft het zin om bij hen al op jongere leeftijd een risicoprofiel op te stellen, en te behandelen bij een bloeddruk van 135/85 mmHg of hoger. Mensen uit deze groep zijn minder gevoelig voor bètablokkers en renineafhankelijke middelen.

Daarbij hebben zij, evenals patiënten met een Aziatische achtergrond, drie keer zoveel risico op het ontwikkelen van angio-oedeem door ACE-remmers.

Migranten van verschillende achtergronden hebben een ongunstiger cardiovasculair risicoprofiel, en een hogere kans op diabetes, dan autochtone Nederlanders met dezelfde opleiding en sociaaleconomische status.<sup>5</sup> Patiënten van Afro-Surinaamse en Hindostaanse afkomst, zowel mannen als vrouwen, hebben het grootste risico om te overlijden aan hart- en vaatziekten, vooral aan een beroerte. Turkse mannen hebben het één na grootste risico, vooral om te overlijden aan hartfalen. Het is opvallend dat patiënten van Hindostaanse afkomst van 35 tot 60 jaar driemaal vaker hart- en vaatziekten hebben dan Nederlanders in dezelfde leeftijdsgroep. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de hoge prevalentie van diabetes en een ongunstig lipidenprofiel.

Myomen komen veel vaker voor bij vrouwen van Afrikaanse afkomst (ook bij Afro-Caribische vrouwen) en geven op jongere leeftijd – soms al vanaf 20 jaar – heftiger klachten.<sup>6</sup>

Bij patiënten met een West-Afrikaanse, Zuidoost-Aziatische of Oost-Afrikaanse afkomst komt relatief vaak een genetisch bepaald sneller of langzamer metabolisme van geneesmiddelen voor. Zie hoofdstuk 14 Etnische verschillen farmacotherapie.

### 13.1.3 Vaker bij migranten voorkomende infectieziekten en daaraan gerelateerde kanker

Vergeleken met mensen die in Nederland geboren zijn, komen ook bepaalde infectieziekten vaker voor bij eerstegeneratie migranten zoals chronische hepatitis B en C (Afrika, Azië, Oost-Europa), tuberculose (met name Oost-Europa, Somalië), hiv (Afrika, Zuidoost-Azië) en *H. pylori* (Oost-Europa en Turkije). Chronische diarree bij migranten uit Afrika wordt vaak door parasieten veroorzaakt. Migranten en hun eventuele partner en kinderen die hun land van herkomst bezoeken (binnen de reizigersgeneeskunde ook wel VFR (*visiting friends and relatives*) genoemd) reizen vaak zonder vaccinaties of malariaprofylaxe.

Denk met name bij migranten met koorts ook aan infectieziekten met een lange incubatietijd zoals malaria door *P. vivax* en *P. ovale* – deze vormen van malaria kunnen zich nog maanden tot ongeveer vier jaar na terugkeer openbaren; of zeldzame aandoeningen als viscerale leishmaniasis; chronische slaapziekte of amoebiasis.

Andersom komen nieuwkomende migranten in Nederland in aanraking met voor hen relatief onbekende infectieziekten, zoals waterpokken, die specifieke gezondheidsrisico's met zich meebrengen (bijv. voor zwangere vrouwen).

Bij migranten komt vaker kanker voor van de nasofarynx (gerelateerd aan epstein-barrvirusinfectie, veelvoorkomend in China en Noord-Afrika), lever (t.g.v. chronische hepatitis), maag (*H. pylori*) en baarmoeder (HPV-infectie, met name Antillen).

Rokers met een Afrikaanse achtergrond hebben vergeleken met anderen een grotere kans op longkanker bij hetzelfde aantal sigaretten.<sup>7</sup>

Voor veel eerstegeneratie migranten is openlijk spreken over kanker een taboe, en vaak is er een gebrek aan kennis over de mogelijkheid bepaalde soorten kanker in een vroeg stadium goed te behandelen. Er is veel behoefte aan informatie,<sup>8</sup> ook over screening en het bevolkingsonderzoek, waaraan de deelname lager is dan van andere Nederlanders.<sup>9,10</sup> Het helpt als de huisarts actief voorlichting geeft en hen uitnodigt voor screening. Hiervoor is divers materiaal beschikbaar in de vorm van filmpjes en eenvoudige brochures in eigen taal, zie hiervoor:

<https://www.pharos.nl/zoeken/kanker>

#### 13.1.4 Specifieke aandachtspunten bij mensen met een donkere huid

Een donkere huid in het zonarme Nederland vraagt om een andere verzorging en aandacht dan de witte huid. Allereerst verdient het aanbeveling voor alle mensen met een donkere huidskleur gedurende de wintermaanden vitamine D te gebruiken (<https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/vitamine-d.aspx>).

Daarnaast is het herkennen van bepaalde huidafwijkingen bij een donkere huid voor Nederlandse artsen lastiger. Erytheem is doorgaans niet zichtbaar op een donkere huid. Om toch tekenen van ontsteking te kunnen vaststellen is palpatie van de huid erg belangrijk: warmte, zwelling en drukpijn. Maar bij bijvoorbeeld erythema migrans (ziekte van Lyme) ontbreken deze ontstekings symptomen.<sup>2</sup> Hoewel het hogere melaninegehalte de donkere huid enigszins beschermt tegen de schadelijke invloed van UV-licht, komt toch ook bij mensen met een donkere huid frequent huidkanker voor, ook door zonschade. Huidkanker wordt bij hen vaak pas laat gediagnosticeerd, omdat het in een vroeg stadium moeilijk te zien is en patiënt en arts zich onvoldoende bewust zijn van het risico. Daardoor heeft huidkanker bij mensen met een donkere huid een relatief slechte prognose.<sup>11</sup> Melanomen komen bij hen vaker voor onder de nagels en voetzolen, en worden dikwijls te laat ontdekt. Ook plaveiselcelcarcinomen ontwikkelen zich bij mensen met een donkere huid meestal in minder of niet aan zonlicht blootgestelde delen, zoals de benen en rond de anus. Langdurig bestaande wonden, ontstekingen en littekens zijn ook voorkeursplaatsen voor het ontwikkelen van een plaveiselcelcarcinoom.

#### 13.1.5 Culturele invloed op (opvattingen over) ziekte, zelfzorg of behandeling

Sommige aandoeningen die vaker voorkomen bij mensen met een migratieachtergrond hebben een relatie met culturele of religieuze gewoonten. Zo hebben bezoekers van massa-evenementen in het buitenland, zoals de bedevaart (hadj) naar Mekka, extra risico op ziekte en ongevallen. Voor hadj-pelgrims gelden verplichte vaccinaties (zie [www.huisarts-migrant.nl](http://www.huisarts-migrant.nl) hadj). Vrouwelijke genitale verminking komt vooral voor in migrantengroepen uit bepaalde landen in Afrika en Azië, en is een cultureel gebruik (zie hoofdstuk 11).

Urine-incontinentie is nog meer dan bij andere vrouwen voor migrantenvrouwen moeilijk bespreekbaar vanwege schaamte, weinig vertrouwen dat de dokter er iets aan kan doen, en de gedachte dat het bij de leeftijd hoort. Voor moslima's komt daarbij dat incontinentie hen beperkt in het uitoefenen van hun godsdienst, omdat het gevolgen heeft voor de rituele reiniging.<sup>12</sup>

*'Ik kan niet naar de moskee en meteen gaan bidden. Ik kan er niet van uitgaan dat als ik in een staat van reinheid ben, dat ik ook rein blijf. Als ik dat dus vijf tot zever keer op een dag moet doen, is dat best belastend op een gegeven moment. Soms kan ik niet bidden omdat ik mij nergens kan wassen, dat vind ik soms ook wel frustrerend als ik niet naar het toilet ben gegaan.'* (Marokkaanse, 27 jaar)

Bron: De Koning, Urine-incontinentie bij Marokkaanse en Turkse vrouwen<sup>13</sup>

Bijna alle patiënten hebben cultureel bepaalde gewoonten en opvattingen met invloed op hun zelfzorg (denk aan drop bij keelpijn). Bij mensen met een migratieachtergrond is de huisarts vaker niet op de

hoogte van deze gewoonten en opvattingen, en is het dus extra belangrijk hiernaar te vragen. Kalebaskalk (of pimba) bijvoorbeeld is een grondsoort die door sommige zwangere vrouwen van West-Afrikaanse en Surinaamse afkomst wordt gebruikt ter bestrijding van ochtendmisselijkheid. Pimba bevat echter grote hoeveelheden lood, hetgeen kan leiden tot vroeggeboorte, een laag geboortegewicht en een achterstand in de mentale ontwikkeling.<sup>14</sup>

## 13.2 In de praktijk

### 13.2.1 Anamnese

- Denk bij migranten aan de specifieke, vaker bij hen voorkomende, aandoeningen.
- Vraag naar opvattingen over de ziekte en angst voor bepaalde bijwerkingen (zoals potentieverlies bij antihypertensiva), en over zelfzorgmiddelen. Erik Beune ontwikkelde daarvoor een handige lijst met vragen (zie kader).

### Handreiking gesprek over zelfmanagement bij chronische ziekten

Deze vragen kunnen nuttig zijn bij patiënten met een slecht ingestelde hypertensie (of DM, of een andere chronische ziekte).

<b>A</b>	<p><b>Vragen bij het gebruik van chronische medicatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke medicijnen gebruikt u? Op welke tijdstippen?</li> <li>• Hoeveel keer in de week neemt u ze niet in?</li> <li>• Waarom niet? (of als de patiënt het nooit vergeet: Hoe lukt u dat?)</li> <li>• Wat vindt u van deze medicijnen? (bijvoorbeeld: ‘Heel fijn, ik word er gezond van’ of ‘Het is allemaal vergif’)</li> <li>• Hebt u bijwerkingen?</li> <li>• Merkt u positief effect van de medicijnen?</li> <li>• Wat vindt u van medicijnen in het algemeen?</li> <li>• Hoe lang moet u deze medicijnen blijven gebruiken?</li> <li>• Gebruikt u nog andere medicijnen of kruiden voor de hoge bloeddruk?</li> <li>• Bezoekt u wel eens een andere genezer dan de huisarts of specialist in het ziekenhuis?</li> <li>• Weet de huisarts hiervan?</li> <li>• Bespreekt u uw vragen over medicijnen met de huisarts?</li> </ul>
<b>B</b>	<p><b>Vragen over het verklaringsmodel van de ziekte</b></p> <p><i>Begrip:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunt u mij vertellen wat u weet van hoge bloeddruk (of suikerziekte, of...)?</li> <li>• Wat is het en waarom is het belangrijk?</li> </ul> <p><i>Oorzaken:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat veroorzaakt uw ziekte?</li> <li>• Waarom hebt u het gekregen?</li> </ul> <p><i>Betekenis en symptomen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat betekent het voor u dat u deze ziekte hebt?</li> <li>• Merkt u er iets van?</li> </ul> <p><i>Duur en gevolgen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe zal het met uw ziekte verder gaan?</li> <li>• Hoe ernstig is het?</li> <li>• Welke gevolgen zal de ziekte voor u hebben in de toekomst?</li> </ul> <p><i>Behandeling en zelfzorg:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke behandeling is nuttig?</li> <li>• Wat betekent de behandeling voor u?</li> <li>• Gebruikt u zelf bepaalde kruiden of geneesmiddelen om gezond te blijven</li> </ul>

<b>C</b>	<b>Contextuele invloeden</b> <i>Sociaal:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spreekt u met familie/kennissen over uw ziekte?</li> <li>• Hoe reageren zij?</li> <li>• Helpen zij u of maken zij het u moeilijk? Hoezo?</li> </ul> <i>Cultuur/religie:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zijn er in uw gemeenschap/omgeving gewoonten die u helpen goed om te gaan met uw ziekte of die het moeilijk maken (bijv. gastvrijheid kan dieet belemmeren)</li> <li>• Heeft uw geloof invloed op uw ziekte of de behandeling daarvan?</li> </ul> <i>Financiën:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kost de behandeling u geld?</li> <li>• Is dat een probleem?</li> </ul>
----------	---

Bron: gemodificeerde versie van: Beune, Culturally appropriate hypertension care; From patients' perspectives towards practical tools<sup>15</sup>

### 13.2.2 Lichamelijk onderzoek

- Voer altijd een lichamelijk onderzoek uit! Dit is belangrijk bij alle patiënten, maar zeker bij migranten bij wie de kans groter is dat zij weinig vertrouwen in de huisarts en POH hebben en weinig kennis hebben van ziekten of somatische uitdrukkingen van stress.
- Realiseer u bij een donkere huid dat u extra goed moet zoeken naar tekenen van erytheem of maligne veranderingen.
- Realiseer u dat huidmaligniteiten bij mensen met een donkere huid zich nogal eens voordoen rond de anus of onder de voetzool.

### 13.2.3 Beleid

- Een praktische richtlijn voor evaluatie van koorts bij reizigers en migranten na een bezoek aan de tropen is te vinden op de websites [www.huisarts-migrant.nl/koorts-bij-reizigers](http://www.huisarts-migrant.nl/koorts-bij-reizigers). Als er geen duidelijke oorzaak wordt gevonden voor de koorts, is overleg met een internist-infectioloog aangewezen.

### Behandeling

- Wees voorzichtig met cryotherapie of excisie bij patiënten met een donkere huid: er ontstaat vaak hypopigmentatie of keloïd.
- Gebruik geen vaseline en paraffine op een droge donkere huid (dit sluit de huid nog meer af). Beter is het om te smeren met een middel met een emulgator erin, zoals ureum 5% in cetomacrogolcrème 2 dd.<sup>16</sup>
- Bij een donkere huid kan het lastig zijn om te differentiëren tussen een dermatomycose en eczeem. Kies in dat geval als eerste een antimycoticum. Indien gestart wordt met een corticosteroïd bij een dermatomycose kan deze toenemen in ernst, wat zelfs tot littekenvorming kan leiden.

### Voorlichting

- Er is over kanker en bevolkingsonderzoek divers materiaal beschikbaar in de vorm van filmpjes en eenvoudige brochures in verschillende talen, zie hiervoor: <https://www.pharos.nl/zoeken/kanker>
- Ook voor andere aandoeningen (bijv. over COVID-19 en de preventieve maatregelen) is er eenvoudig voorlichtingsmateriaal voorhanden, zie [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl) en type de zoekterm in
- voor sikkelcelziekte en thalassemie bestaat een patiëntenvereniging, die ondersteuning en voorlichting geeft in verschillende talen: [www.Oscarnederland.nl](http://www.Oscarnederland.nl)
- over erfelijke bloedziekten bestaan folders in heel veel verschillende talen via: <https://hbpinformo.com/nl/informatie-voor-dragers-en-patiënten/>

### 13.3 Achtergrondinformatie en tips voor verdieping

- Info over alle speciaal bij migranten voorkomende aandoeningen:  
[www.huisarts-migrant.nl](http://www.huisarts-migrant.nl)
- Eenvoudig voorlichtingsmateriaal:  
[www.pharos.nl](http://www.pharos.nl) zoeken op ziekte
- Site voor patiënten en dragers van sikkelcelziekte en thalassemie. Er is ook korte, schriftelijke informatie in veel verschillende talen beschikbaar:  
[www.oscarnederland.nl](http://www.oscarnederland.nl)
- Website over hemoglobinopathie met informatie in veel talen:  
[www.Hbpinfo.com](http://www.Hbpinfo.com)

#### Referenties

1. Gelder T van, Schaik R van. Farmacogenetica in de dagelijkse praktijk. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2020;164:D4191.
2. Nolens L. How Medical Education Is Missing the Bull's-eye. *NEJM* 2020 Jun 25;382(26):2487-9. DOI: 10.1056/NEJMp2002140.
3. Stanaway JD, Flaxman AD, Naghavi M, et al. The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2016;388:1081-8. Doi:10.1016/S0140-6736(16)30579-7.
4. Muijsenbergh METC van den, Quarsie J, Burgers JS, et al. Onderscheid naar etnische afkomst. Hoe doen we dat in de gezondheidszorg? *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2021;165:D5445.
5. Oeffelen AAM van. Ethnic inequalities in cardiovascular disease: incidence, prognosis, and health care use. Academisch proefschrift. Utrecht: Universiteit van Utrecht; 2014.
6. Sparic R, Mirkovic L, Malvasi A, et al. Epidemiology of uterine myomas: a review. *International journal of fertility & sterility* 2016;9(4):424.
7. Haiman C, Stram D, Wilkens L, et al. Ethnic and Racial Differences in the Smoking-Related Risk of Lung Cancer. *N Engl J Med*. 2006;354(4):333-42.
8. Sungur H, Yilmaz NG, Chan BMC, et al. Development and Evaluation of a Digital Intervention for Fulfilling the Needs of Older Migrant Patients With Cancer: User-Centered Design Approach. *J Med Internet Res*. 2020 Oct 26;22(10):e21238 [Recordnr. 370].
9. Hamdiui N, Stein ML, Veen YJJ van der, et al. Hepatitis B in Moroccan-Dutch: a qualitative study into determinants of screening participation. *European journal of public health* 2018 Oct 1;28(5):916-22.
10. Hamdiui N, Marchena E, Stein ML, et al. Decision-making, barriers, and facilitators regarding cervical cancer screening participation among Turkish and Moroccan women in the Netherlands: a focus group study. *Ethnicity & Health* 2021 Jan 7;1-19. DOI: 10.1080/13557858.2020.1863921.
11. Hamerlinck F. Huidkanker bij de gekleurde huid. (Huidkanker bij de gekleurde huid (drhamerlinck.info)).
12. Kocaöz S, Talas MS, Atabekoğlu CS. Urinary incontinence among Turkish women: an outpatient study of prevalence, risk factors, and quality of life. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2012 Jul-Aug;39(4):431-9.
13. Koning L de. Urine-incontinentie bij Marokkaanse en Turkse vrouwen. Beleving, psychosociale gevolgen en verwachtingen ten aanzien van de huisarts. Verslag wetenschappelijk stage. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, afdeling Vrouwenstudies geneeskunde; 2005.
14. Reeuwijk NM, Klerx WN, Kooijman M, et al. Levels of lead, arsenic, mercury and cadmium in clays for oral use on the Dutch market and estimation of associated risks. *Food Additives & Contaminants: Part A* 2013;30(9):1535-45.
15. Beune EJAJ, Haafkens JA, Agyemang C, et al. How Ghanaian, African-Surinamese and Dutch patients perceive and manage antihypertensive drug treatment: a qualitative study. *J Hypertens*. 2008;26:648-56.
16. Hamerlinck F, Steenkamer Th. Etnische dermatologie voor de eerste lijn. Haarlem: DCHG; 2010.