

Patiënten zonder grenzen

In België heeft iedereen met een legaal verblijfsstatuut recht op een gelijke toegang tot de gezondheidszorg. Die gezondheidszorg voor iedereen is een basisprincipe in het gezondheidsbeleid van de overheid. Toch blijkt uit de praktijk dat niet iedereen op een gelijke manier gebruikmaakt of gebruik kan maken van de gezondheidsvoorzieningen.

Verschillende factoren bepalen mee de toegang tot het zorgaanbod: op de hoogte zijn van het aanbod van de voorzieningen, een zorgvraag kunnen formuleren en de nodige financiële middelen hebben. Door de jaren heen zijn er al verschillende studies over de gezondheid van de Belgen uitgevoerd. Maar over de toegang tot en het gebruik van gezondheidsvoorzieningen bij allochtonen is weinig geweten. Door migratiestromen en hogere vruchtbaarheidscijfers vormen allochtonen een steeds grotere groep van onze bevolking.

Bepaalde auteurs stellen dat de gezondheid van allochtonen er minder goed aan toe is dan die van de autochtone Belgen, anderen beweren dan weer precies het tegendeel. De allochtone bevolking in België is een heel gediversifieerde groep, met veel verschillen in gezondheidstoestand. Oorzaken hiervan zijn verschillen in levensstijl en voedingsgewoonten, de economische positie en culturele factoren. Ook de regio van herkomst en het profiel van de bevolkingsgroepen spelen een rol. Het rapport van *Ina Lodewyckx*, *Katia Levecque* en *Steven Van den Eede* voor het Steunpunt Gelijkekansenbeleid geeft een overzicht van de gezondheidssituatie van de autochtonen en allochtonen in Vlaanderen. Daarnaast brachten ze de toegankelijkheid van verschillende voorzieningen voor beide groepen wordt in kaart. Aan de hand van analyses van de nationale gezondheidsenquêtes van 1997, 2001 en 2004 geeft het rapport een overzicht van de gezondheidstoestand, de toegang tot de

voorzieningen en het gebruik van deze voorzieningen door verschillende bevolkingsgroepen in Vlaanderen. Het voordeel van de nationale gezondheidsenquêtes is dat ze de toestand weergeven vanuit het standpunt van de persoon zelf en dat ze informeren over de hele bevolking. Dit geeft een vollediger beeld dan patiëntenstudies, omdat ook mensen die zelden een beroep doen op gezondheidsdiensten in de enquête vertegenwoordigd zijn.

Marokkanen hebben volgens de eigen perceptie de slechtste gezondheid: zo'n 30% zegt geen goede gezondheid te hebben. Een minder goede perceptie van de eigen gezondheid gaat vaak gepaard met een werkelijk slechtere gezondheid of een ongezonde levensstijl. Op enkele gezondheidsvlakken scoren Turkse en Marokkaanse migranten dan wel weer beter dan andere migrantengemeenschappen. Turkse en Marokkaanse migranten maken

Gezondheid en gezondheidszorg bij allochtonen

Een nadeel van de nationale gezondheidsenquêtes is dat ze gebruikmaken van verschillende internationale schalen waarvan de validiteit en betrouwbaarheid voor (vooral niet-westerse) migranten niet is vastgesteld. Een andere beperking is dat mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst in één categorie worden ondergebracht, terwijl er duidelijke verschillen zijn die invloed kunnen hebben op de gezondheid.

Perceptie van de eigen gezondheid en gezondheidsstatus

De perceptie van de eigen gezondheid verschilt aanzienlijk naargelang de regio van herkomst. Mensen afkomstig uit Turkije en Marokko hebben de minst goede indruk van hun eigen gezondheid. Zowat één op drie ondervraagden uit die groep geeft aan dat zijn gezondheid niet als 'goed' kan omschreven worden. Turken en

ook minder gebruik van preventieve gezondheidszorg, zoals inentingen tegen griep en controles van bloedsuikerspiegel, cholesterol en bloeddruk. Diabetes komt bij Turken en Marokkanen twee maal meer voor dan bij Europeanen. Wat cholesterol en bloeddruk betreft, scoren deze groepen beter dan autochtonen. 37 à 39% van de Europeanen krijgt een negatieve diagnose bij cholesterolmetingen, tegenover 27% bij Turken en Marokkanen. Bij de Europese autochtone bevolking heeft zowat één op vier mensen een te hoge bloeddruk, bij Turken en Marokkanen is dit maar één op vijf. Ook bij het vroegtijdig laten opsporen van borstkanker en baarmoederhalskanker zijn ze ondervertegenwoordigd.

De mentale gezondheid van Turken en Marokkanen is iets minder goed dan die van Europeanen. Bij de Europeanen heeft één op vier last van psychologische *distress*, en één op acht zou een mentale

stoornis hebben. Bij Turken en Marokkanen heeft één op drie last van psychologische *distress* en een vierde een mentale stoornis. Ze rapporteren voornamelijk meer ernstige depressieve klachten (één op vier), somatische klachten (één op drie) en ernstige angstklachten (één op acht).

Naast de fysieke en mentale gezondheid wordt ook de sociale gezondheid onderscheiden. Op een directe manier kan die bijdragen tot een betere bescherming tegen ziekte. De integratie in een sociaal netwerk bevredigt immers de behoefte aan affectie en sociaal contact. Het maakt mensen beter bestand tegen stress en tegen de mogelijke gevolgen van stress op de gezondheid. Zowel Europeanen als Turken en Marokkanen zijn tevreden over hun sociale contacten. Turken en Marokkanen zijn wel minder vaak lid van een vereniging: meer dan de helft neemt geen deel aan het verenigingsleven. Eén op twintig Europeanen antwoordt ontkenkend op de vraag of ze iemand hebben die om hen geeft of op hen gesteld is. Bij

voorzieningen. In een aantal landen is er immers amper een netwerk van huisartsen en gaan mensen op consultatie in een ziekenhuis voor algemene gezondheidsproblemen. Alloctonen die niet van Turkije of Marokko afkomstig zijn, hebben minder dan de andere bevolkingsgroepen een vaste huisarts. Ook gaan niet-Europese migranten minder naar de huisarts dan andere bevolkingsgroepen.

Het percentage Turkse en Marokkaanse migranten met een vaste huisarts ligt ongeveer even hoog als bij de Belgische bevolking. Turken en Marokkanen doen wel minder een beroep op de huisarts. Dit hangt mogelijk samen met het feit dat ze meer gebruikmaken van spoeddiensten. Wanneer ze gezondheidsklachten hebben, wachten ze ook langer dan autoctonen om een beroep te doen op de huisarts. Ze gaan ook minder (snel) naar een specialist, een tandarts of een paramedische zorgverstrekker (logopedist, ergotherapeut, kinesitherapeut). Daarentegen hebben ze wel meer contact met diëtisten en psychologen. Dit is waarschijnlijk te ver-

Wat het gebruik van medicatie betreft, nemen alle bevolkingsgroepen behalve de Turkse en Marokkaanse populatie vooral voorgeschreven geneesmiddelen. Turken en Marokkanen gebruiken ongeveer evenveel voorgeschreven als niet-voorgeschre-



ven medicatie. Het budget is een belangrijke struikelblok: bijna 25% van de Turkse en Marokkaanse migranten verklaart ooit gezondheidszorg uitgesteld te hebben door geldtekort. Bij de autochtone Belgen was dit nog geen 5%.

Het verhaal achter de verschillen

Handicaps en chronische ziektes komen minder vaak voor bij migranten. Waarschijnlijk is dit te verklaren door het feit dat vooral gezonde mensen migreren.

Hoewel Turken en Marokkanen gemiddeld het hoogste aantal gezinsleden hebben, heeft bijna één op vijf het gevoel dat niemand van hen houdt.

Turken en Marokkanen zijn de resultaten op deze vraag erg verrassend: hoewel ze gemiddeld het hoogste aantal gezinsleden hebben, heeft bijna één op vijf het gevoel dat niemand van hen houdt.

Op het vlak van curatieve zorg en medische consumptie zijn er ook verschillen tussen de bevolkingsgroepen. De niet-Europese populatie doet meer beroep op spoeddiensten dan de autochtone bevolking. In de Health Interview Survey 2001-2004 verklaren 18 op 100 autoctonen dat ze het afgelopen jaar een beroep gedaan hebben op een spoeddienst. Bij de Turken en Marokkanen lag dit cijfer iets hoger: 22 op 100. Dit is mogelijk te verklaren door het feit dat Turken en Marokkanen een andere visie hebben op de gezondheids-

klaren door het vaker voorkomen van overgewicht, diabetes en mentale gezondheidsproblemen in deze bevolkingsgroep. Waarom Turken en Marokkanen minder gebruikmaken van de conventionele gezondheidszorg is niet op te maken uit de gezondheidsenquête. Uit ander onderzoek is wel gebleken dat ze frequent een beroep doen op een traditionele, vaak religieuze geneesheer voor psychische en somatische klachten, maar ook voor sociale en relationele problemen. Als ze zich dus wenden tot alternatieve geneeswijzen, dan kiezen ze andere alternatieve geneeswijzen dan autoctonen. Ongeveer één op tien autoctonen maakt gebruik van alternatieve geneeswijzen zoals homeopathie, osteopathie of acupunctuur.



Langs de andere kant ervaren migranten wel meer mentale gezondheidsproblemen. Hun sociaaleconomische situatie is minder gunstig. Ze hebben over het algemeen een lager opleidingsniveau en een lager inkomen. Meer dan de helft van hen leeft zelfs

De onderzoekers formuleren twee suggesties voor het beleid. Het aanbod aan gezondheidsvoorzieningen in België is erg complex. Niet enkel autochtonen ervaren deze complexiteit, vooral de etnisch-culturele minderheidsgroepen en zeker de



onder de armoedegrens. Deze factoren hebben niet enkel impact op de gezondheidsstatus, maar ook op de toegang tot de gezondheidszorg. Sociaal-culturele opvattingen van allochtonen verschillen ook van die van autochtonen. Deze bepalen mee hoe gezondheidsklachten worden ervaren en hoe ze worden geuit. Leef- en eetgewoonten spelen ook een belangrijke rol. Het is belangrijk ze te herkennen om het risico op misverstanden en communicatieproblemen bij de hulpverlening te verkleinen.

nieuwkomers in deze groepen kampen ermee. Informatie verstrekken moet een belangrijke eerste stap zijn in een beleid dat ongelijkheden in de gezondheidssector aanpakt. Voor een goed beleid is er ook meer kennis en inzicht nodig. De focus moet verscherpt worden, zodat de diversiteit in de groep allochtonen meer aan bod kan komen. En dan gaat het niet enkel om verschillen in de regio van herkomst, maar ook om de diversiteit op het vlak van *gender* en de sociaaleconomische positie.

Katia Levecque, Ina Lodewyckx, Steven Van den Eede en Chris Timmerman | *Gezondheid en gezondheidszorg bij allochtonen in Vlaanderen* | Antwerpen, Steunpunt Gelijkekansenbeleid, 2006, 129 p. ISBN 978-90-77271-34-6 www.steunpuntgelijkekansenbeleid.be