

De zin van het verschil: Culturele diversiteit in grootstedelijke praktijken

Dr. Louis Ferrant
Huisarts in Brussel
Centrum voor Huisartsgeneeskunde – Universiteit Antwerpen

1 Inleiding

Onze samenleving wordt meer en meer gekenmerkt door diversiteit: van een éénduidige cultuur is men geëvolueerd naar een cultuur waarin een pluraliteit aan waarden en normen op de voorgrond treden. Bovendien deze intraculturele variaties wordt men in het dagelijkse leven eveneens geconfronteerd met de aanwezigheid van een groeiende groep 'vreemden', die verschillende culturele wortels hebben. Dit veroorzaakt spanningen in een samenleving die gewend was om binnen één culturele context (weliswaar met respect voor variaties) te evolueren. De gezondheidszorg komt onvermijdelijk met deze culturele verscheidenheid in contact. Hier is eveneens een wrijving onvermijdelijk.

Houdt onze gezondheidszorg voldoende rekening met deze confrontatie en in welke mate is zij in staat en bereid om met culturele verscheidenheid te leren werken?

Welke kennis en vaardigheden worden tegenwoordig vereist van elke hulpverlener die in een land woont waar de meerdere culturen het straatbeeld kleuren?

Om op deze vraag te antwoorden moeten we allereerst kijken naar de feitelijke organisatie van deze gezondheidszorg.

Deze zorg is in België uitgedacht vanuit een universalistisch principe; de overheid organiseert en/of financiert de gezondheidszorg voor de gehele bevolking en doet dit voor alle inwoners via een uniform systeem. In principe heeft dus iedereen toegang, ongeacht etnische afkomst. Daarnaast zijn er wel initiatieven opgestart voor bepaalde doelgroepen die drempelverlagend moeten werken of een speciaal aanbod hebben.

Toch zijn er bepaalde aanwijzingen dat de gezondheid van de 'vreemde' bevolking, over het algemeen, minder goed is dan deze van de 'autochtone' bevolking. Wie bedoelt men echter met de 'vreemde bevolking' wanneer we het over gezondheid hebben? Meestal denken we aan personen van buitenlandse origine, hoofdzakelijk Turken en Marokkanen. Het is echter niet altijd duidelijk of het gaat over mensen met een andere dan de Belgische nationaliteit, allochtonen, asielzoekers, andere EU-burgers of mensen zonder papieren.

Bovendien stelt men vast dat deze groep uit diverse categorieën bestaat die, met betrekking tot de gezondheidszorg, een eigen benadering vragen. Zo heeft men bijvoorbeeld de al dan niet genaturaliseerde allochtonen van Turkse en Marokkaanse afkomst, waarbinnen verschillen tussen de generaties bestaan, asielzoekers, mensen zonder papieren, EU burgers, etc.

Het is dus duidelijk dat al deze groepen op een verschillende manier geconfronteerd worden met de hulpverlening zoals die in België georganiseerd is.

Op de eerste plaats heeft zijn statuut een grote invloed op het aanbod van de zorgen, of beter op de manier waarop hij op die zorgen kan beroep doen. Een Marokkaanse man die hier al jaren woont en die genaturaliseerd is, zal geen problemen ondervinden in het gekende systeem van de ziekteverzekering.

Een illegaal van Braziliaanse origine, wiens asielaanvraag is afgewezen zal het veel moeilijker hebben om de nodige zorgen te krijgen.

Op de tweede plaats dient rekening gehouden te worden met de lengte van zijn verblijf in ons land en of hij gedurende die tijd de kans heeft gekregen om ons gezondheidszorgsysteem te leren kennen.

Tenslotte is het van belang te weten of hij/zij één van de talen die de hulpverlener spreekt enigszins machtig is. Dit bepaalt grotendeels of er een normale communicatie met deze hulpverlener mogelijk zal zijn.

In onze gezondheidszorg gebeurt de hulpverlening meestal door professionelen. Zij zijn opgeleid om elk op hun niveau hulp te kunnen bieden aan mensen die bepaalde noden hebben.

De kwaliteit van deze hulpverlening wordt als zeer hoog beschreven en ervaren door de gebruikers. Hoe komt het dan dat deze kwaliteit niet of minder teruggevonden wordt in de zorg voor mensen afkomstig uit andere culturen?

Ligt de oorzaak bij de hulpverleners wegens een gebrek aan kennis en vaardigheden? Is het een kwestie van attitudes? Ligt de oorzaak in het systeem zelf? Of is er ook een probleem bij de vreemde hulpvrager?

In deze bijdrage gaan we dieper in op deze problematiek, in het bijzonder zullen we aandacht schenken aan het belang van een goede communicatie en van een kennis van de belangrijkste ziektebeelden bij allochtonen. Een groot deel dat betrekking heeft op de gezondheidstoestand van allochtonen zal in het kort worden weergegeven.

2 Hoe communiceren in een multiculturele setting?

2.1 Communicatie

Een patiënt ondervragen en onderzoeken die geen Nederlands, Frans of Engels kent is geen sinecure.

Veel artsen onderschatten nochtans nog altijd het belang van een goede communicatie met de allochtone patiënt.

Een goede communicatie met de patiënt wordt bepaald door drie factoren:

- onze kennis van de taal van de patiënt en omgekeerd de kennis van de taal van het gastland door de patiënt
- onze attitude als arts : bvb. een positieve of negatieve vooringenomenheid tegenover migranten
- de vaardigheden die we ons als arts hebben eigen gemaakt.

Hoewel de eerste twee punten erg belangrijk zijn zullen we omwille van de uitgebreidheid van het onderwerp alleen de vaardigheden bespreken die een betere communicatie met de migrant mogelijk maken.

2.2 Erkennen van het probleem

Een basisvoorwaarde om de communicatie te verbeteren lijkt evident : erkennen dat er een communicatieprobleem is. Het is echter opvallend hoeveel hulpverleners dit probleem op een of andere manier ontkennen. Het gevolg van zulk een houding is niet alleen een massa nutteloze onderzoeken, maar vooral een gefrustreerde arts en een ontgoochelde patiënt. Meestal hoort deze immers de gekende zin: ' U mankeert niets.'

Hoe zulke valkuilen vermijden ?

1) Door bewust te zijn van de vooronderstellingen die dikwijls ons gedrag bepalen.

Dikwijls overschatten wij het taalprobleem en spreken we de patiënt aan met een vereenvoudigd taalgebruik, dat echter sterk ruikt naar een kindertaal die gemakkelijk als kleinerend wordt opgevat.

Andere hulpverleners onderschatten dan weer het taalprobleem. Omdat er op een paar vragen een correct antwoord gekomen is, worden daarna de antwoorden niet meer op hun juistheid getoetst.

De patiënt wil de arts niet ontgoochelen en antwoordt 'ja', zonder de vraag begrepen te hebben.

2) Door culturele aanpassingen te introduceren.

Het kennen van enkele woorden Turks, Marokkaans of een andere vreemde taal wordt als zeer positief ervaren door de patiënt. Het schept een sfeer van vertrouwen: de arts staat dichterbij de patiënt als hij deze in zijn taal begroet.

Het kennen van de cultuur kan tot uiting komen in de anamnese. Het is altijd prettig voor de patiënt te merken dat de arts zijn land kent, bijvoorbeeld wanneer hij naar zijn geboorteplaats vraagt en hij die stad kan situeren. Het kan ook, tot uiting komen door over te gaan op schema's van hun traditionele geneeskunde: bvb 'ben je al naar een genezer, een fqé, geweest?' Vele Marokkanen, maar ook sommige Turken consulteren immers parallel. Ze gaan naar Westers opgeleide artsen én raadplegen traditionele genezers.

De culturele kennis komt ook tot uiting wanneer men hun de vraag stelt of zij een oorzaak zien voor een chronische ziekte waarvoor wij geen verklaring vinden: 'denk je soms dat je ziekte veroorzaakt wordt door een djnun, een geest?' Daarmee maakt de arts duidelijk dat hij op de hoogte is van de leef- en denkwereld van de patiënt en opent hij de deur voor een communicatie op een dieper niveau.

3) Door taboe-onderwerpen bespreekbaar te maken. Er zijn immers wegens culturele of religieuze redenen onderwerpen die op een andere manier aan de orde moeten worden gesteld dan wij gewend zijn voor Westeuropese patiënten. Het vraagt een zekere vaardigheid vragen te stellen over bvb gynaecologische of seksuele problemen zonder dat de patiënt zich ongemakkelijk voelt en ontwijkend antwoordt.

Casus 1 Fatima is 20 jaar, pas gehuwd en komt raadplegen wegens moeheid. Zij vertelt dat haar man gevraagd heeft om bij mij te komen. Omdat ik aanvoel dat zij zeer terughoudend antwoordt, vraag ik haar of zij niet liever bij mijn vrouwelijke collega was gekomen. Dat ik deze mogelijkheid opper geeft haar vertrouwen en zij vertelt mij dat het onmogelijk is om seksuele betrekkingen te hebben met haar man. Hij heeft de indruk 'dat er iets in de weg zit'. Hierop wordt een afspraak geregeld met de collega en gaat zij opgelucht buiten.

4) Werken met een tolk

De meesten van ons zijn wegens financiële of praktische redenen verplicht te werken zonder tolk. Soms doen we echter beroep op een derde persoon: dit kan een kennis zijn of een familielid zijn, een kind of een tolk. Een familielid of een kennis die de patiënt vergezelt kan een hulp betekenen in de communicatie, maar deze persoon is meestal niet 'neutraal' genoeg om alle problemen aan bod te laten komen. Zeer dikwijls vreest de patiënt dat zijn probleem bij de hele familie of in heel de buurt bekend zal zijn.

Het gebruik van een kind als tolk is af te raden om meer redenen : men is immers niet zeker van de betrouwbaarheid van de vertaling (het kind is vrij snel 'vertaal-moe' en wil er zich van afmaken), de taboeonderwerpen kunnen niet ter sprake komen, men maakt de ouders nog meer afhankelijk van de kinderen enz.

De ideale (maar financieel belastende) oplossing is een vaste tolk opgeleid als intercultureel bemiddelaar verbonden aan een of meer praktijken.

Deze tolk is meestal een vrouw door het feit dat vooral vrouwen communicatieproblemen hebben. Zij heeft in feite drie rollen :

- zij is de vertaalster : dat lijkt nogal logisch, zij zet onze taal om in een andere. Toch schuilen hier heel wat problemen, vooral bij dialecten, waarmee de tolk niet vertrouwd is of als zij de taal in het geheel niet verstaat (bvb het Berbers).
- Zij vertelt : zij betreft de culturele achtergrond van de patiënt in het gesprek.
- Zij vertolkt de belangen van de patiënt, zij is diens gezondheidsadvocate, zij behartigt zijn belangen.

Deze laatste rol, met name de 'belangenbehartiging', wordt enkel door de 'interculturele bemiddelaars' opgenomen. De initiatiefnemers van het project ' Interculturele bemiddeling' hebben door deze derde opdracht willen benadrukken dat de allochtone patiënt willens nillens in een minderheidspositie verkeert en dat het de plicht van de bemiddelaarster is hem dezelfde kansen te geven als de autochtone patiënt. De meeste tolken zijn daarentegen opgeleid om neutraal te blijven in het hulpverleningsproces. Op dit ogenblik beperkt de Interculturele bemiddeling zijn activiteiten tot de ziekenhuizen die er beroep op doen via de Coördinatiecel Interculturele bemiddeling bij het Ministerie van Volksgezondheid. Er zijn ook nog Interculturele bemiddelaars actief bij Kind en Gezin en in het Medisch Schooltoezicht. In de eerste lijn is er enkel in Brussel nog een initiatief waarbij interculturele bemiddelaars kunnen ingeschakeld worden.

De tolk heb ik hier als vrouw voorgesteld omdat dit in de praktijk het beste resultaat blijkt te geven en ook de minste weerstand wekt. Het is echter duidelijk dat mannelijke tolken dezelfde rollen adequaat kunnen vervullen, vooral bij mannelijke patiënten.

Het is de kunst van een goede tolk deze drie rollen in evenwicht te houden. De ideale tolk is tegelijk bescheiden aanwezig en neemt tegelijk op cruciale momenten ook het initiatief : een paradoxale opdracht. Zij zorgt ervoor dat het contact tussen de arts en de patiënt het zwaartepunt blijft.

In Nederland is het werken met de tolktelefoon meer ingeburgerd dan in België.

Het nadeel van dit systeem is dat men geen direct oogcontact heeft met de tolk en dat er technische aanpassingen in de praktijk nodig zijn om het gesprek ongestoord te laten verlopen.

Hoe men ook werkt, indien de aandacht voor een goede communicatie met de migrant aanwezig blijft mag men er zeker van zijn dat de arts-patiëntrelatie minder problematisch zal zijn dan de relatie die tot op heden door de meeste migranten als zeer frustrerend wordt ervaren.

3 De Gezondheidstoestand van allochtonen in België

3.1 Algemene beschouwingen

In België consulteren mannelijke migranten vaker een arts dan vrouwelijke; zij hebben meer arbeidsongevallen en beroepsziekten en zijn vaker maar niet langer afwezig op het werk wegens ziekte.

Zowel Turken als Marokkanen hebben een hogere zuigelingensterfte dan de Belgen. De perinatale sterftecijfers van migranten afkomstig uit Noord-Afrika (14,4 pro mille) en Turkije (17,7 pro mille) zijn significant hoger dan deze van de Belgen (10,7 pro mille), en dit is niet toe te schrijven aan een laag geboortegewicht noch aan een hogere prematuriteit van allochtone baby's.

Duidelijke cijfers in verband met de nieuwe migraties vanuit Oost-Europa en Centraal-Afrika zijn in dit verband nog niet beschikbaar, maar de precaire psychosociale toestand (geen sociale zekerheid, geen werk, illegaliteit) van een groot aantal onder hen laat vermoeden dat hier eenzelfde fenomeen aan de orde is.

Ook in het gezondheidsgedrag zijn er verschillen tussen migranten en Belgen, en zelfs tussen Marokkanen en Turken. Migranten maken minder gebruik van preventieve zorg in het algemeen, maar vooral van de primaire en tertiaire preventieve zorg. Zowel Turkse als Marokkaanse zwanger en van de eerste generatie melden zich later aan en hebben een lagere prenatale consultatiefrequentie dan de Belgische vrouwen; ze wenden zich voornamelijk tot goedkope vormen van prenatale zorg en volgen minder frequent prenatale activiteiten.

Het ziektegedrag vertoont eveneens verschillen naargelang de etnische groep. Uit bevolkingssurveys blijkt dat migrantenvrouwen meer gezondheidsklachten uiten, maar deze minder laten bevestigen door een arts dan allochtone mannen. Ziektegedrag werd echter voornamelijk bestudeerd via het gebruik van curatieve diensten van de huisarts en via geneesmiddelengebruik. Migranten wachten langer om een arts te consulteren dan Belgen en doen meer aan 'medical shopping'. Wat betreft consultatie van specialisten speelt nationaliteit een kleinere rol dan de leeftijd en het geslacht van de patiënt. Belgen worden vaker naar het ziekenhuis verwezen, misschien wegens een geringere 'mantelzorg' (social support). Migranten bieden hun gezondheidsklachten vaak « verpakt » aan , gemaskeerd op een cultuur-specifieke wijze. Een eerste casus verduidelijkt dit.

Casus 2 Ahmed is een 43jarige Marokkaan die sinds enkele weken raadpleegt wegens een pijn die vertrekt vanuit de linker lies en eindigt op zijn kruin. Hij vertelt dat hij zeker weet dat zijn nieren dor zijn geworden. Wanneer men deze laatste zin hoort wordt het duidelijk dat hij ervaart dat zijn levenskracht aan het afnemen is en mogelijk is hij depressief.

Bij toenemende integratie in de westerse cultuur wordt het profiel van de aangeboden morbiditeit en van de zorgvraag meer gelijk aan dat van de Belgen.

Tenslotte zijn migranten ook minder trouw aan de huisarts dan de doorsnee Belg.

De graad van artsentrouw wordt onder meer bepaald door de ernst van het curatief probleem.

Bij het verstrekken van aangepaste voorzieningen (bijvoorbeeld de beschikbaarheid van een tolk, de aanpassing van de wachtkamer, het geven van brochures in hun eigen taal, het

beschikbaar zijn van personeel dat de taal van de migranten machtig is en vertrouwd is met hun cultuur) neemt de artsentrouw van migranten doorgaans toe..

Kennis en opvattingen omtrent ziekte en gezondheid hebben hun invloed op het gebruik en de evaluatie van het zorgaanbod. Zo zien Turken en Belgen het klimaat en natuurlijke oorzaken als een bron van ziekte, terwijl Marokkanen ziekte ook wijten aan bovennatuurlijke oorzaken, zodat alleen Allah genezing kan brengen.

Over het algemeen beoordelen migranten de westerse arts positief.

Kennis en opvattingen van Turkse migrantenvrouwen omtrent prenatale zorg alsook hun geboorteregeling gedrag maken dat driekwart van de Turkse migranten een voorkeur hebben voor een gezin met twee kinderen.

Turkse vrouwen gebruiken frequent anticonceptiva, dit in tegenstelling tot de Turkse man die zelf weinig of niet aan anticonceptie doet.

Zwangerschapsonderbreking bij Turkse vrouwen, als strategie van geboorteregeling, wordt nog in belangrijke mate toegepast.

Praktijkobservaties, bevolkingsonderzoeken en gevallenstudies tonen aan dat de preventieve en curatieve zorgvraag van Marokkanen en Turken relatief laag is en dat de communicatie tussen hulpverlener en migrant nog altijd problematisch verloopt. Zowel hulpvrager als hulpverlener wijzen erop dat een goede communicatie zeer moeilijk is.

Meestal wordt deze communicatiekloof toegeschreven aan een taalprobleem. Maar gebrekkige talenkennis is slechts een onderdeel van een grotere problematiek, die nauw samenhangt met sociale klasse, cultuur en sekseverschillen.

Dit communicatieprobleem wordt door de hulpverleners dikwijls ontkend. Velen zijn van mening dat zij hun boodschap afdoend kunnen overbrengen, en dat er bijgevolg voor migranten geen andere voorzieningen hoeven te worden getroffen dan voor Belgische patiënten.

Voor het taalprobleem doet de hulpverlener vaak een beroep op familieleden of kennissen van de patiënt; dikwijls vervult een kind de rol van tolk.

Veel gegevens uit hoger vermeld onderzoek zouden kunnen aangewend worden door de huisarts om tot een betere diagnose en beleid te komen.

We zullen een aantal frequente specifieke aandoeningen bespreken, die de hulpverlener kan tegenkomen bij migranten.

Sommige auteurs maken een onderscheid tussen importziekten, verworven ziekten en aanpassingsziekten.

Aanvankelijk was er inderdaad bij migranten een belangrijke prevalentie van importziekten. In de jaren tachtig hebben de somatische importziekten echter sterk aan belang ingeboet. Nadien zijn deze importziekten via asielzoekers en illegalen opnieuw in frequentie gestegen.

3.2 Importziekten

3.2.1 Infectieziekten

De belangrijkste importziekten vastgesteld niet alleen bij Marokkanen of Turken, maar ook bij andere allochtonen afkomstig uit landen buiten de EU, zijn infectieziekten.

1) Infectieziekten tijdens de eerste maanden van een verblijf in België.

Het betreft hier voornamelijk malaria, buiktyfus en paratyfus, bacillaire dysenterie en hepatitis A.

Hiertoe behoren ook huidafwijkingen zoals schurft, luizen en schimmelinfecties. Deze vormen worden vnl. vastgesteld in de eerste weken na de jaarlijkse vakanties. Op het gebied van reisziekten bij migranten is de preventieve taak van de huisarts bij de heenreis (Quo vadis?) zeer belangrijk doch in de praktijk nogal dikwijls problematisch qua – malariapreventie – vaccinatie hep A en B – tbc. Zijn curatieve taak bij de terugkeer (Unde venis?) wordt er een stuk gemakkelijker door. Somatische importziekten verdienen echter toch nog altijd speciale aandacht bij de nieuwe immigranten die in het kader van gezinshereniging, of als politiek vluchteling ons land binnenkomen.

2) Persisterende infecties

De meeste parasitaire infecties van het maag-darmkanaal zijn gemakkelijk aan te tonen en te behandelen. Andere infecties kunnen jarenlang symptomen veroorzaken vooraleer ze onderkend worden.

Bij malaria tertiana zijn recidieven mogelijk tot meer dan drie jaar na aankomst in onze landen, hoewel deze meestal het eerste jaar optreden.

De prevalentie van hepatitis B dragerschap varieert in ontwikkelingslanden van 10 tot meer dan 20% en bedraagt in landen rond de Middellandse Zee 3-5%, tegenover 0,2-2% in onze bevolking.

De tuberculose-prevalentie is in de landen van waaruit mensen naar Europa immigreren vele malen hoger dan bij ons. De tuberculose-incidentie neemt in België sinds het eind van de jaren tachtig weer toe.

Dit komt door de hoge incidentie onder allochtonen en het risico voor de verspreiding binnen de migrantengemeenschap.

Bij asielzoekers uit de hele wereld en vooral bij illegalen is een systematische opsporing geen eenvoudige karwei. Vanuit het oogpunt van de volksgezondheid is het voortbestaan van de centra voor tuberculosebestrijding een evidentie op voorwaarde dat de bereikbaarheid, de kosteloosheid en de anonimiteit gewaarborgd blijven.

De kans dat een jong asielzoeker uit tropisch Afrika besmet is met het HIV virus is aanzienlijk indien we rekening houden met de hoge prevalentiecijfers in dit deel van Afrika.

Bij sommige risicogroepen onder de migranten (vnl jonge mannen) moet de huisarts bedacht zijn op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa)..

3) Late gevolgen van infecties

Meest opvallend hierbij is het hepatocellulair carcinoom tgv. chronische infectie met het hepatitis-B-of-C-virus en Aids tgv. HIV-infectie.

Infecties met resistente micro-organismen bij migranten kunnen op autochtonen overgedragen worden zoals de resistente M. tuberculosis infecties en gonorree met stammen die bèta-lactamase produceren en daardoor resistent zijn aan penicilline.

3.2.2 Genetisch bepaalde ziekten.

1) Bloedziekten

In het middellandse Zeegebied komt thallassemie voor. De homozygote vorm uit zich o.m. door bloedarmoede en vergroting van de milt. De meer frequente heterozygote vorm geeft minder problemen, maar wordt dikwijls toevallig aan het licht gebracht door een afwijkend bloedbeeld.

De sikkelcelanemie is frequent bij mensen van het zwarte ras (bij 10-30% van de mensen komt het abnormale hemoglobine S voor). De homozygoten lijden aan sikkelcelziekte met

hemolytische anemie en vaso-occlusieve crises. Dit wordt niet alleen gezien bij Surinamers en Antillianen met Afrikaanse voorouders en bij vluchtelingen uit Afrika, maar ook bij mensen van Turkse afkomst. De hetrozygote vorm geeft weinig afwijkingen.

2) Familiaire Middellandse-Zee koorts uit zich in aanvallen van koorts met pijn in de buik, op de borst of in de gewrichten door (poly)serositis. De ziekte komt vooral voor bij Turken en Noord-Afrikanen. De klachten zijn na enkele dagen verdwenen.

Tijdens de aanval worden bloedafwijkingen gevonden (verhoogde sedimentatie en CRP) en lichte leucocytose. Vele artsen kennen dit beeld waarvan de oorzaak onbekend is, niet en menen ten onrechte dat de patiënt simuleert of gaan ten onrechte over tot een abdominale ingreep, terwijl de behandeling bestaat uit het toedienen van colchicine.

3.3 Verworven aandoeningen

Gezien de omgeving waarin migranten vertoeven, en de maatschappelijke achterstelling, zijn ze blootgesteld aan een aantal risicofactoren, die aan de basis kunnen liggen van ziekte toestanden.

Diabetes mellitus type II (suikerziekte) komt frequenter voor bij Marokkanen, waarschijnlijk door de specifieke voedingsgewoonten (veel suiker) en door de gewijzigde levensstijl (overnemen van slechte westerse voedingsgewoonten en sedentair leven).

De behandeling ervan wordt bemoeilijkt door de culturele en antropologische factoren die een belangrijke rol spelen in het voedingspatroon van elke patiënt, hij weze Noord-Afrikaan of Europeaan.

Een extra moeilijkheid is gelegen in de jaarlijks terugkerende vasten (Ramadan), waar de gelovige moslim zich gedurende een maand moet houden aan welbepaalde voorschriften o.a. het nuchter blijven van zonsopgang tot zonsondergang. Omdat ook elke vorm van inname van medicatie verboden is vergt dit van de huisarts heel wat inventiviteit om zijn diabetespatiënten goed op te volgen.

Ook op andere ziekte toestanden heeft deze vasten een invloed: we denken hierbij aan zwangere vrouwen bij wie geen gynaecologisch onderzoek mag gebeuren, aan patiënten met hypertensie die driemaal per dag hun medicatie moeten innemen enz.

Over het algemeen verdraagt de gezonde Moslim deze vasten vrij goed en ervaart hij deze als een periode van zuivering en solidariteit met de groep.

Vitamine D tekort komt bijna niet meer voor bij de autochtone bevolking, terwijl dit wel zo is bij migrantenkindren, adolescenten en ook bij moslimvrouwen wiens huid weinig met zonlicht aan zonlicht blootgesteld wordt..

Het *peptisch ulcus* (maagzweer) kwam frequenter voor bij Marokkanen en Turken en werd vroeger beschouwd als een bewijs van hun grotere blootstelling aan stress.

Sinds we echter beter op de hoogte zijn van de rol die het micro-organisme *Helicobacter pylori* speelt bij het ontstaan en recidiveren van zulke ziekte, is het duidelijk dat vnl. de hogere prevalentie van deze microbe in de maag bij Marokkanen en Turken, verantwoordelijk is voor dit verschil.

Koolmonoxyde (CO) intoxicatie is een medisch probleem waarvan de oorzaak ligt in de soms zeer precare huisvesting van migranten. Behalve de acute Cointoxicatie, waarvan de diagnose vrij duidelijk is, moet de huisarts bedacht zijn op chronische intoxicaties. Hierbij zijn

de klachten soms zeer vaag: hoofdpijn, moeheid, nausea die sporadisch opkomt en weer verdwijnt.

Zeker wanneer er meerdere personen binnen eenzelfde huishouden hiervan klagen, is een bepaling van het carboxyhemoglobine tijdens een symptoomfase belangrijk om ongevallen met een soms dodelijke afloop te vermijden.

Respiratoire aandoeningen betreffen niet alleen de hogere incidentie van tuberculose, waarvan sprake is in de importpathologie, maar vnl. het optreden van astmacrisissen bij kinderen tgv. een grotere blootstelling aan huisstof en vooral huisstofmijt (misschien door de combinatie van vochtige behuizing en vele tapijten als wand- en vloerbekleding). Wanneer deze kinderen in hun thuisland verblijven, treedt er meestal een verbetering van de klachten op. Recent onderzoek in Brusselse concentratiescholen dwz scholen met een meerderheid migrantenkinderen, toonde aan dat 7% van die kinderen aan een tot hertoe miskende vorm van astma leden. Dit wil zeggen dat de helft van de kinderen met astma in die wijken tot hertoe geen deskundige hulp heeft gekregen, zij het preventief of curatief. Men weet immers dat de prevalentie van astma op die leeftijd 14% is.

Een dermatologische aandoening die verband houdt met de huisvesting is schurft. Deze aandoening uit zich soms enkel door krabletsels en vergt van de huisarts een aanpak van de ganse familie indien hij enig resultaat wenst te bereiken.

Huishoudelijke ongevallen zijn ook een frequente reden tot consult. Het betreft dan voornamelijk brandwonden en vallen van kinderen in de gemeenschappelijke traphall.

3.4 Aanpassingspathologie

Een aparte vermelding verdient de post-traumatische stress-stoornis (PTSS) die voorkomt bij 6-11% van de vluchtelingen, hoewel bijna alle onderzochte vluchtelingen meerdere vormen van repressief geweld hebben ondergaan en meerdere lichamelijke, psychische en sociale klachten hebben.

Het is echter wel belangrijk dat de huisarts deze stoornis herkent en doorverwijst wanneer een vijftal symptoomclusters aanwezig zijn.

De genitale mutilatie bij de vrouwen afkomstig uit Somalië, Mali en Soedan is minder frequent, maar verdient toch onze aandacht. De ingrijpendste vorm van vrouwenbesnijdenis is de infibulatie of faraonische besnijdenis. Hierbij worden de clitoris, de labia minora en een deel van de labia majora weggesneden, waarna de wondvlakken aan elkaar groeien en een kleine opening wordt gelaten voor urine en menstruatiebloed. Van de Somalische vrouwen heeft 90% deze vorm van besnijdenis ondergaan.

Het vergt enige kennis van de culturele achtergronden van deze voor ons onbegrijpelijke mutilaties om deze toestanden althans in het Westen te voorkomen en bij de slachtoffers ervan een medisch verantwoord herstel te voorzien.

Frequenter zijn de aanpassingspathologie of acculturatieziekten die een uiting zijn van de moeilijkheid waarmee migranten te kampen hebben om in onze samenleving te kunnen functioneren. Het betreft hier vnl. verstoringen van het psychologisch en sociaal evenwicht, waarbij angstaanvallen, hyperventilatie, somatische fixatie en depressie het meest opvallend zijn.

Casus 3

Zeynep is een 33jarige Turkse vrouw. Zij heeft 2 kinderen en emigreerde met haar ouders toen zij 13 jaar oud was. Zij raadpleegt wegens een toesnoerend gevoel thv haar maag. Soms moet zij naar het venster lopen omdat zij de indruk heeft van te stikken. Deze aanvallen traden op enkele maanden nadat zij werkloos was geworden. Haar man Durak is rond diezelfde tijd ook werkloos geworden en gaat sindsdien winkelen voor het huishouden. Zij verstaat niet wat er in haar leven gebeurt en denkt dat zij een maagzweer heeft. Pas door het inschakelen van een interculturele bemiddelaarster krijgt zij een inzicht in de uitlokkende factoren van hyperventilatiecrisis en kan zij (na een contact van de arts met haar man) aansluiten bij een Turkse vrouwengroep, zodat haar bedreigd evenwicht hersteld wordt.

Bij de somatische fixatie is de uitlokkende factor dikwijls een ongeval (klein of groot), waarbij het slachtoffer zich als persoon aangetast voelt. Omdat het lichaam de enige manier is om hier in het Westen aan zijn brood te komen en dat dit lichaam hem nu in de steek laat bevestigt de patiënt door zijn klacht dat hij niet meer kan functioneren als persoon.

In dezelfde zin wordt een depressie vaak miskend door artsen omdat ze verpakt zit in een somatisch discours (cfr de casus van Ahmed). Het is inderdaad belangrijk te beseffen dat in de Marokkaanse en Turkse cultuur het welzijn eerder geuit wordt in termen van fysieke gezondheid dan van een psychologisch evenwicht.

Casus 4

Najib is een 56jarige Marokkaan die sinds enkele maanden klaagt van pijnlijke knieën. Er wordt in de anamnese geen enkel organisch aanknopingspunt gevonden en er wordt niet ingegaan op zijn vraag naar een radiografie en een bloedonderzoek. Hij komt toch terug op raadpleging omdat de huisarts zijn opgroeiende kinderen vroeger goed verzorgd heeft. Nadat zijn oudste zoon ter sprake komt vertelt hij dat hij continu met Redouan in ruzie ligt. Er wordt over zijn rol als vader gesproken en de klachten verdwijnen tijdens de daaropvolgende gesprekken.

De persoon wordt er eerder gekarakteriseerd door zijn fysieke aanwezigheid en functioneren in de groep dan door zijn 'persoonlijkheid'. Spanningen zouden in deze groepen niet de kans krijgen zich psychologisch te uiten omdat het 'ik' zich niet als zodanig mag legitimeren.

Een van de gevolgen van zulke culturele opvatting is dat een ziekte als de depressie op een andere manier ervaren wordt maar ook geuit. De Marokkaanse patiënt zou kunnen klagen van droge mond of een rotte tong terwijl een Turkse vrouw haar hart voelt branden.

4 Toekomstperspectieven

Het werken met migranten binnen de gezondheidszorg in België schijnt nog altijd problematisch te zijn.

Ondanks serieuze inspanningen op wetenschappelijk gebied en in de praktijk van hulpverleners zijn er nog veel lacunes die kunnen verklaren waarom migranten hun contact met onze gezondheidszorg ervaren als een "zoektocht-zonder-kaart".

Toch komen twee duidelijke hoopgevende perspectieven de laatste jaren sterk naar voor:

- a) de kwaliteit van de zorg : cultuurverschillen mogen geen reden zijn om een gezondheidszorg met 2 snelheden te beoefenen. In feite zouden deze verschillen juist de gelegenheid kunnen bieden om ons systeem kritisch te bekijken en te verbeteren.

Zoals het belangrijk gebleken is dat tolken of interculturele bemiddelaars ter beschikking werden gesteld om een correcte behandeling te verzekeren van allochtone patiënten, zo zal ook blijken dat het integreren van cultuurverschillen in onze zorg leidt tot een betere integratie van alle patiënten in zorgprocessen.

De nood aan interculturele bemiddeling blijft groot. In ziekenhuizen zijn de bemiddelaars nog aanwezig, maar er werd reeds meermaals benadrukt dat het verdwijnen ervan in de eerste lijn in Vlaanderen een verlies betekent. Indien de culturele verscheidenheid te groot wordt (in sommige huisartspraktijken wordt men geconfronteerd met patiënten uit 50 verschillende landen), is ook interculturele bemiddeling niet het wondermiddel. Vele onderzoekers wijzen op de nood om een module "culturele competentie" in elke opleiding tot hulpverlener in te bouwen.

Met culturele competentie bedoelen we dat de hulpverlener beschikt over een combinatie van kennis, culturele gevoeligheid, besef van zichzelf als cultureel wezen én technieken om open te kunnen communiceren. Dit veronderstelt: een minimum inzicht in de grote culturen die in ons land aanwezig zijn, Het kunnen omgaan met enerzijds het spanningsveld tussen visies van de hulpverlener en culturele visies in verschillende generaties en anderzijds het spanningsveld bij jongeren, namelijk de ambivalentie tussen eigen cultuur en maatschappij. Culturele competentie veronderstelt tenslotte naast een culturele gevoeligheid ook communicatievaardigheden.

Veel van de besproken problematiek is eerder te wijten aan de socio-economische situatie waarin veel migranten zich bevinden dan aan culturele of religieuze oorzaken. De werkloosheid binnen bepaalde groepen allochtonen aanpakken zou wel eens de meest 'gezonde' strategie kunnen zijn om de huidige tegenstellingen die nu religieus geduid worden uit onze samenleving te doen verdwijnen.

- b) de kwestie van de identiteit: wanneer het gaat om tegenstellingen tussen biomedische eisen en culturele en religieuze opvattingen kan het gebeuren dat men stoot op het weigeren van behandelingen of ingrepen.

Hoe ver kun je gaan in het begrip voor zulke weigeringen?

Fundamenteel is hierbij dat men respect heeft voor de identiteit van de andere, maar dat men ook als hulpverlener duidelijk respect vraagt voor zijn eigen opvattingen en deontologische principes.

Uiteindelijk zal de transculturele hulpverlener bij het bevorderen van ' de betere gezondheid ' en van ' het echte wel-zijn ' waar respect voor de eigenheid van de andere centraal staat, zich nog meer bewust zijn dat het voorkomen van "vreemde" patiënten met "vreemde" klachten nauwelijks aan afkomst gebonden is.