

Etnische minderheden

In dit en in het volgende nummer van Medisch Contact schrijven R. Naudin, L. Stegmann en H. Bonarius over mediterrane patiënten in de Nederlandse gezondheidszorg (blz. 1017 van dit nummer). Dit is een onderwerp dat zeker de aandacht van de Nederlandse artsen, en van de gezondheidszorg in haar geheel, verdient. Gelukkig neemt die aandacht voor dit niet zelden verlegenheid wekkende probleem geleidelijk toe. Het aantal studies over allochtonen op deelterreinen groeit, en dat geldt niet alleen de gezondheidszorg: in het Sociaal en Cultureel Rapport 1986 wordt melding gemaakt van het feit dat in de jaren 1980-1984 hierover 125 artikelen en rapporten in de onderwijssector verschenen, in de volkshuisvestingssector 110 en in de somatische gezondheidszorg 125¹. Een dergelijke produktie roept de behoefte aan coördinatie op; deze wordt sinds 1978 geboden door de Adviescommissie Onderzoek Minderheden (ACOM); deze commissie zal tot tenminste 1990 blijven adviseren over onderzoek, de kwaliteit van onderzoek bewaken en de onderzoekresultaten naar het beleid overdragen.

De positie van de etnische minderheden is – en dat komt grotendeels overeen met het algemene beeld – relatief ongunstig. Bij de huisvesting valt op dat bijvoorbeeld Turken en Marokkanen vooral in oude stadswijken zijn geconcentreerd, al bestaat er een grote variatie tussen gemeenten. De achterstand op de bevolking als geheel wordt niet ingelopen. Op de arbeidsmarkt vormen de etnische minderheden een in een sterk nadelige positie verkerende groep. Eind 1984 was 38% van de Turken en 42% van de Marokkanen werkloos. De onderwijssituatie is eveneens ongunstig. Waar kinderen met een mediterrane nationaliteit 4,7% van alle kleuterschoolleerlingen uitmaken, is dit slechts 1,1% van alle MAVO-, HAVO- en VWO-leerlingen en nog minder voor het middelbaar beroeps onderwijs: 0,5%.

Aan de achterstand die op al deze terreinen kan worden geconstateerd wordt wel wat gedaan, zij het dat de mate waarin dat in werkelijkheid gebeurt onvoldoende is. Een van die maatregelen is de toekenning van extra formatieplaatsen aan onder andere scholen voor basisonderwijs en beroepsopleiding. Deze worden geïntegreerd in een stimuleringsregeling voor het onderwijs aan autochtone

J. C. van Es

Probleemoplossend
vermogen vergroten

achterblijvers, die ook extra formatieplaatsen kan opleveren.

Als we nu enkele lijnen naar de gezondheidszorg voor allochtone minderheden doortrekken, dan dient aan enkele aspecten in ieder geval aandacht te worden besteed. Om te beginnen: vorige maand werd in Medisch Contact aandacht besteed aan het feit dat er een relatie bestaat tussen gezondheid en sociale status². Hoe die relatie precies is, is (nog) niet bekend, al is men wel een aantal bepalende factoren op het spoor gekomen. Er is sprake van een complexe relatie. Duidelijk is in ieder geval dat een lagere sociale status vaak gepaard gaat met een slechtere gezondheid en met een hogere sterfte. Mede door het ontbreken van epidemiologische en statistische gegevens met behulp waarvan sociale, economische en medische gegevens met elkaar in verband zouden kunnen worden gebracht, kunnen genoemde verbanden moeilijk worden opgespoord. Als we nu weten dat etnische minderheden hoofdzakelijk een lagere, soms zelfs zeer lage sociale status bezitten, moeten we ons afvragen hoe het met hun reële gezondheidssituatie is gesteld. Daarnaast is in de afgelopen jaren ten aanzien van een aantal deelproblemen onderzoek verricht en er loopt op dit moment nog een aantal projecten. Het blijkt dat het aantal nieuwe projecten in deze sector beperkt zal blijven, mede omdat men eerst de resultaten van het thans lopende onderzoek wil afwachten³. Het onderzoek zal in de toekomst meer dan tot nu toe een evaluatief karakter krijgen en zijn gericht op het verbeteren van de toegankelijkheid van de bestaande curatieve zorg en op een beter bereik van risicogroepen in de preventieve zorg. Het zou het onderzoek naar de gezondheidssituatie echter zeer ten goede komen als in toekomstig onderzoek naar de relatie tussen sociaal-economische status en gezondheid c.q. gezondheidsgedrag het probleem van de etnische minderheden

mede in beschouwing zou worden genomen. Het is al lang bekend dat iemands leefwijze een belangrijke bepalende factor voor zijn gezondheid is; het opsporen van (sub-)culturele verschillen zou het inzicht in de samenhang tussen sociaal-economische factoren en gezondheid kunnen verdiepen, en dan niet alleen ten aanzien van de allochtonen.

Vervolgens: de hulpverlening aan patiënten die tot een etnische minderheid behoren wordt door een groot aantal factoren belemmerd. De taalbarrière is daar één van, maar beslist niet de enige. Als men te veel problemen aan deze barrière toeschrijft, loopt men het risico haar als alibi te gebruiken voor het niet (willen of kunnen) herkennen van andere problemen. Het is de verdienste van Naudin c.s. hierop weer eens aandacht te vestigen. Als we ervan uitgaan dat de allochtonen geleidelijk aan in de Nederlandse bevolking zullen worden geïntegreerd – waarbij het eigene van hun cultuur niet verloren hoeft te gaan – dan is het duidelijk dat hun kansen voor verdere ontwikkeling moeten worden vergroot. Binnen het achterstandsbeleid past ook extra aandacht voor de gezondheidsproblemen van de etnische minderheden, zoals ook de gezondheidsproblemen van andere risicogroepen extra aandacht verdienen. Het nastreven van integratie leidt ertoe dat allochtonen vooral gebruik moeten (kunnen) maken van de gebruikelijke voorzieningen. De gewone voorzieningen moeten dan, al of niet tijdelijk, aanpassingen ondergaan. Het probleemoplossend vermogen moet worden vergroot, hetgeen *alle* patiënten ten goede kan komen. Dit vergt een aanpassing van de opleiding. En, naar analogie van het onderwijs, toekenning van 'extra formatieplaatsen' zou ruimte kunnen scheppen voor een adequate hulpverlening. □

1. Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociaal en Cultureel Rapport 1986. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1986.

2. Wijnberg B, Joling W. Ongelijkheid in gezondheid: een politieke zorg? Medisch Contact 1987; 43: 871-5.

3. Onderzoekprogramma Directoraat-Generaal voor de Volksgezondheid. Ministerie van WVC, mei 1987.