

TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG VOOR ROMA IN BELGIË:

UITDAGINGEN VOOR BELEID

Conceptnota voor het ROMA platform gezondheidszorg 29/09/2016

Prof. dr. Sara Willems, drs. Lise Hanssens

Onderzoeksgroep "Equity in Health Care"

Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universiteit Gent



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union

EUROPEES ONDRZOEK SCHETST EEN ZORGWEEKEND BEELD VAN DE GEZONDHEID VAN DE ROMAGEMEENSCHAP¹

Er zijn weinig accurate en betrouwbare cijfers beschikbaar over de gezondheid van Roma. De weinige cijfers zijn afkomstig van (1) beperkte onderzoeken (vb. een studie bij een groep Roma in 1 stad of regio), of (2) gebaseerd op schattingen gemaakt door experts of academici.

¹ 'De Roma' is een containerbegrip voor een groep van mensen met gelijkaardige culturele karakteristieken en een gedeelde geschiedenis van discriminatie. 'De Roma' als groep bestaat dus eigenlijk niet, maar bestaat eerder uit subpopulaties met een specifieke eigenheid. Deze nota handelt vooral over diegenen die zich als Roma identificeren en sedentair binnen Europa leven.

DISCLAIMER

"This document has been produced with the financial support of the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union. The contents of this document are the sole responsibility of the author and can in no way be taken to reflect the views of the European Commission."

Recent verscheen een rapport van de Europese Commissie dat de beschikbare cijfers samenbrengt. Dit rapport toont, in al zijn beperkingen, dat in Europa de Roma systematisch een slechtere fysieke gezondheid hebben dan de autochtone bevolking. Dit komt tot uiting voor verschillende domeinen van gezondheid:

- **Sterftecijfer en levensverwachting** – Over het algemeen wordt geschat dat de levensverwachting van Europese Roma's 10 tot 15 jaar korter is dan deze van de autochtone bevolking.
- **Hogere kindersterfte**
- **Chronische aandoeningen** – Studies uit verschillende landen tonen aan dat Roma vaker aan chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, kanker, diabetes en artritis lijden dan de autochtone bevolking.
- **Infectieziekten** – Hepatitis (A, B en C), aids, de mazelen, meningitis en tuberculose komen vaker voor binnen de Roma-populatie dan de autochtone bevolking.

Deze verschillen in levensverwachting en ziektelast kunnen in belangrijke mate verklaard worden door de zgn. *sociale determinanten van gezondheid*. Deze bepalen nl. de sociale en fysieke omgeving waarin mensen worden geboren, opgroeien, leven, werken en sterven. Die sociale en fysieke omgeving is voor de Roma vaak veel minder gunstig dan voor de autochtone bevolking: Roma hebben vaker ongezonde huisvesting en wonen in ongezonde buurten, oefenen jobs uit die meer belastend zijn voor hun gezondheid of zijn werkloos, en hebben minder toegang tot essentiële diensten en voorzieningen. Zo hebben Roma, ondanks het feit dat zij eigenlijk vaker ziek zijn, minder toegang tot gezondheidszorg.

ONDANKS DE GROTERE ZIEKTELAST ERVAREN ROMA MEER DREMPELS IN DE TOEGANG TOT ZORG

Acuut geldgebrek, beperkte mobiliteit en het niet of onvoldoende kennen van de taal zijn drempels tot gezondheidszorg die net zoals bij andere kwetsbare bevolkingsgroepen, ook een rol spelen bij Roma. Daarnaast zijn er echter een aantal belangrijke bijkomende drempels die de toegang tot zorg specifiek voor Roma extra moeilijk maken.

DISCLAIMER

"This document has been produced with the financial support of the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union. The contents of this document are the sole responsibility of the author and can in no way be taken to reflect the views of the European Commission."

1. Angst en onwetendheid

De kennis bij Roma over hun eigen gezondheid en het menselijk lichaam in het algemeen, kan een bron zijn van misverstanden tussen arts en patiënt. Door een combinatie van culturele opvattingen over gezondheid en (in sommige gevallen) een gebrek aan scholing schatten Roma de ernst en de oorzaak van een aandoening vaker anders in dan artsen. Bovendien wordt hun kijk op gezondheid en gezondheidszorg in grote mate beïnvloed door hun ervaringen in het land van herkomst. Een combinatie van deze factoren kan er enerzijds toe leiden dat Roma behandelingen vragen die in de ogen van de zorgverlener overbodig lijken en geweigerd worden. Indien de patiënt niet begrijpt waarom deze geweigerd worden kan dit leiden tot frustratie en de gedachte 'niet serieus genomen te worden'.

Bv.: Patiënten die bij een verkoudheid vragen om antibiotica.

Anderzijds kan het er ook voor zorgen dat bepaalde behandelingen door de Roma patiënt geweigerd worden, vaak uit angst. Dat patiënten deze behandelingen weigeren kan op onbegrip stuiten van de behandelende arts, indien de onderliggende reden voor weigering niet begrepen wordt.

Bv.: Patiënten die een operatie weigeren uit angst voor narcose.

2. Dubbele taalbarrière

De taalbarrière speelt voor veel minderheidsgroepen een rol in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Voor Roma is deze drempel doorgaans nog groter. Niet alleen spreken ze vaak geen of onvoldoende Nederlands om de arts te begrijpen, daarnaast is taalondersteuning vaak enkel beschikbaar in hun tweede taal (nl.: Bulgaars, Slovaaks, Tsjechisch,...). Voor hun eerste taal, het Romanesk, is dikwijls geen tolk beschikbaar. Bovendien is het Romanesk enkel een gesproken taal waarin bovendien de woordenschat m.b.t. gezondheid en ziekte beperkt is.

DISCLAIMER

"This document has been produced with the financial support of the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union. The contents of this document are the sole responsibility of the author and can in no way be taken to reflect the views of the European Commission."

3. Wantrouwen in zorgpersoneel

De meest fundamentele barrière in toegang tot zorg blijkt echter het wantrouwen van Roma ten opzichte van zorgpersoneel. Dit wantrouwen is vaak ontstaan door levenslange discriminatie in het land van herkomst en blijft een indruk maken zelfs in het nieuwe thuisland en via de overdracht van verhalen zelfs op de generaties die in België zijn geboren. Bovendien kunnen de taalbarrières en onwetendheid over gezondheid ervoor zorgen dat dit wantrouwen versterkt wordt indien hier niet op een correcte manier mee wordt omgegaan.

Bv: Bij de miljoenen slachtoffers van het naziregime waren ook honderdduizenden Roma. Jozef Mengele gebruikte in de concentratiekampen Roma-kinderen voor medische experimenten.

SUCCESSVOLLE PRAKTIJKEN

1. Principe van proportioneel universalisme

‘Proportioneel universalisme’ houdt in dat gezondheidszorgbeleid de hele bevolking ten goede moet komen, maar wel aangepast is aan de noden en mate van deprivatie van specifieke bevolkingsgroepen. In het geval van aangepaste zorg voor Roma is al meerdere malen gewezen op de meerwaarde van ‘health mediators’. Deze personen worden aangeworven uit de Romagemeenschap en krijgen een aangepaste opleiding binnen de gezondheidszorg. Zij fungeren als brugfiguur binnen de gezondheidszorg en medieerden de toegang voor Roma tot de reguliere gezondheidszorg. Deze aanpak speelt in op de verschillende drempels die hierboven beschreven werden. Niet alleen kunnen de patiënten terugvallen op een professional die hun moedertaal machtig is, hij/zij fungeert ook als een vertrouwenspersoon aangezien hij/zij uit de Romagemeenschap zelf afkomstig is. Ten slotte kunnen health mediators verschillen in perspectief op gezondheid duiden, wat zowel de arts als de patiënt kan ondersteunen.

DISCLAIMER

"This document has been produced with the financial support of the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union. The contents of this document are the sole responsibility of the author and can in no way be taken to reflect the views of the European Commission."

2. Investeren in opleiding toekomstige zorgverleners

In de opleiding voor zorgverleners moet de nodige aandacht besteed worden aan het ontwikkelen van de kennis, vaardigheden en attitude om op een professionele manier om te gaan met diversiteit. Dit dient niet te gebeuren vanuit een etnospecifiek perspectief waarbij patiënten worden verengd tot hun etnische achtergrond ("dé Roma-patiënt") maar vanuit een breed en open kruispunt denken waarbij wordt uitgegaan dat identiteit geen vaststaand gegeven is maar opgebouwd is uit allerlei deelidentiteiten die altijd met elkaar in wisselwerking staan (de patiënt heeft een Roma achtergrond, is een jonge vrouw, hoog opgeleid en moeder). Etnospecifiek werken heeft –al is het vaak erg goed bedoeld– onder meer het risico op stigmatisering en kan aanleiding geven tot onbewuste discriminatie. Opleidingen voor zorgberoepen dienen ondersteund te worden in het ontwikkelen en uitwisselen van expertise en methodieken om diversiteit als aandachtspunt mee op te nemen in het curriculum.

3. Multidisciplinaire zorg, onder 1 dak of in nauwe samenwerking

Interdisciplinaire samenwerking kan in belangrijke mate bijdragen om de drempels in de gezondheidszorg voor Roma weg te werken omdat ze de mogelijkheid bieden om de sociale determinanten van gezondheid in bredere zin mee te nemen in de aanpak van ziekte of in preventie. Multidisciplinaire groepspraktijken (arts, verpleegkundige, psycholoog, maatschappelijk werker, ...) hebben veel troeven in huis om deze gecentraliseerde zorg te bieden. Ze kunnen integrale zorgverlening bieden met oog voor de sociale situatie van de patiënt. Daarnaast kunnen ze drempelverlagend werken door o.m. de kennis over de barrières tot zorg voor Roma te delen en financiële barrières weg te werken (forfaitaire betaling, derdebetalersregeling). Ook netwerken van kleinere monodisciplinaire praktijken kunnen deze zorg bieden wanneer ze deel uitmaken van een hecht samenwerkingsverband met andere disciplines. Deze aanpak is voordelig voor alle patiënten, maar komt zeker de kwetsbare groepen ten goede aangezien zij vaker geconfronteerd worden met één of meerdere drempels. Het verder uitbouwen van gecentraliseerde zorg speelt dus een cruciale rol in het toegankelijk zorg voor alle groepen binnen de samenleving.

DISCLAIMER

"This document has been produced with the financial support of the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union. The contents of this document are the sole responsibility of the author and can in no way be taken to reflect the views of the European Commission."

Deze nota is gebaseerd op volgende bronnen:

- De Graaf, P., Rotar Pavlič, D., Zelko, E., Vintges, M., Willems, S., & Hanssens, L. (2016). Primary care for the Roma in Europe: position paper of the European forum for primary care. *SLOVENIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*. In press.
- European commission (2014). Roma Health Report: Health status of the Roma population.
- Hanssens, L., Devisch, I., Lobbestael, J., Cottenie, B., & Willems, S. (2016). Accessible health care for Roma: a gypsy's tale a qualitative in-depth study of access to health care for Roma in Ghent. *INTERNATIONAL JOURNAL FOR EQUITY IN HEALTH*, 18.
- Stad Gent & Universiteit Gent (2015). Toegankelijke zorg voor Roma: Tips & Trucs.

DISCLAIMER

"This document has been produced with the financial support of the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union. The contents of this document are the sole responsibility of the author and can in no way be taken to reflect the views of the European Commission."