Tijdschr. voor Geneeskunde, **54**, nr. 20, 1998

EVOLUTIE VAN HET ZORGGEBRUIK VAN ALLOCHTONE EN BELGISCHE PATIËNTEN BIJ DE HUISARTS

A. DE MUYNCK [1], M. BOELAERT [1], H. STRAETEMANS [1, 2]

Samenvatting

Teneinde mogelijke evoluties in het zorggebruik van Marokkaanse en Turkse migranten op te sporen, werd een vervolgonderzoek verricht in 1995. Aan het eerste onderzoek namen 4 152 patiënten en aan het vervolgonderzoek 4 486 Belgische, Marokkaanse en Turkse patiënten deel.

Over het algemeen bleef het zorggebruikprofiel vrij stabiel, alhoewel toch enkele opvallende verschuivingen optraden, zoals een toename van de vrouwelijke patiëntenpopulatie, een verwesterlijking van de allochtonen, een afname van de welzijnsproblematiek als reden voor contact, een afname van het consulteren van religieuze genezers, doch een toename van *huisartsshopping* en van het consulteren van de specialist zonder verwijzing.

Het zorggebruik van Marokkaanse en Turkse migranten is vergelijkbaar geworden met dit van de autochtonen.

Inleiding

Er zijn redenen om aan te nemen dat het preventieve en curatieve zorggebruik van allochtonen in België het laatste decennium veranderd is op het niveau van de huisartsgeneeskunde.

1. Een analyse van gegevens uit 1984 laat toe een evolutie te voorspellen, in functie van toenemende acculturatie (1). Deze voorspelling werd bevestigd in een beperkte, twee weken durende studie in Borgerhout in 1994 (2).
2. Migratie heeft langdurige effecten op het zorgvraaggedrag. Zo werd aangetoond dat zelfs bij de Italiaanse migranten (die schijnbaar zeer goed geïntegreerd zijn) nog elementen van een typisch „migrantenhulpzoekgedrag" te vinden zijn (3).
3. De samenstelling van de migrantenpopulatie is veranderd. In 1984 waren de meeste Marokkanen en Turken eerstegeneratiemigranten met een beperkte integratie en zware communicatiemoeilijkheden (zoals aangetoond voor Berbers) (4). In 1995 is het beeld anders: de eerstegeneratiemigranten maken slechts 1/3 uit van de groep allochtonen. Hun integratie is weinig geevolueerd. De tweede- en derdegeneratieallochtonen hebben een betere kennis van onze taal en onze instellingen.

Beleidsvoorbereidend onderzoek moet dan ook aandacht schenken aan deze evoluties in de migrantengemeenschap.

Het doel van dit onderzoek was de evolutie te meten van het zorggebruik van allochtonen in Vlaanderen en Brussel tussen 1984 en 1995.

Patiënten en methoden

Deze studie is een beschrijvend epidemiologisch onderzoek, meer specifiek een vervolgonderzoek op een studie uit 1984. De methodologie van toen wordt ook nu gehanteerd. Gedurende twee maanden (mei en juni 1995) hebben 25 huisartsen uit de Gentse, Antwerpse en Brusselse agglomeratie en uit Genk bepaalde epidemiologische gegevens over consulterende allochtone en autochtone patiënten geregistreerd.

[1] Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen.
[2] Nu: Onderzoeksteam Migratie en Gezondheid (CASUM), UFSIA, Antwerpen.

1. Deelnemers

De huisartsen worden gerekruteerd via het netwerk van de onderzoeksgroep van het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) en via een advertentie in een huisartsenblad. Het criterium voor deelname was huisarts zijn in een gemeente met ten minste 100 Marokkaanse en Turkse immigranten. Het onderzoek werd gecoördineerd door een team van de dienst Epidemiologie van het Instituut voor Tropische Geneeskunde te Antwerpen.

2. Registratieblad en opnemingscriteria

Het registratieblad werd opgesteld op basis van het oorspronkelijke registratieblad uit de studie van 1984. Na een testregistratie gedurende één week werd het definitieve registratieformulier opgemaakt (zie bijlage 1) en het codeboek op punt gesteld.

Elke deelnemende huisarts heeft van 1 mei tot en met 30 juni 1995 voor elke patiënt van Belgische, Marokkaanse of Turkse afkomst tussen 15 en 65 jaar, een registratieblad ingevuld dat gegevens bevatte over de patiënt, het type gezondheidsprobleem, het gezondheidsgedrag van de patiënt, de belangrijkste gezondheidsrisicofactoren, evenals het beleid van de huisarts. Slechts het eerste contact met de huisarts tijdens die periode werd geregistreerd.

De deelnemende huisartsen hebben vooraf een bundel gekregen waarin elk item werd uitgelegd. Er was een vorm van permanente controle. Elk dossier werd bij binnenkomen onmiddellijk nagezien door een epidemioloog. Meer uitleg en de desbetreffende bundel zijn verkrijgbaar op de dienst Epidemiologie van het ITG.

3. Ethische aspecten

De patiënten werden door de huisarts op de hoogte gebracht van het lopende onderzoek en gaven hun toestemming. De gegevens werden anoniem verzameld. De compilatie en analyse gebeurden op anonieme wijze op de dienst Epidemiologie van het ITG.

4. Gegevensanalyse

De gegevens werden ingebracht in een gegevensbank (dBase 4) en verder geanalyseerd met EPI-INFO 6.2. Bij de statistische toetsing werd gebruikgemaakt van de X^2-toets of van de Fisher-exacttest. Wegens het explorerend karakter van het onderzoek werd geopteerd voor bilaterale hypothesetoetsing. De α-fout werd steeds op het 0,05 niveau gehouden. Vanwege de verschillen in leeftijdsstructuur en geslachtsverdeling tussen de verschillende etnische groepen, werd een directe standaardisatie doorgevoerd. De referentiepopulatie hiervoor was de studiebevolking van 1995.

Resultaten

De totale studiepopulatie bedroeg 4 152 patiënten in 1984 en 4 486 patiënten tussen 15 en 65 jaar in 1995. De verdeling naar leeftijd, geslacht en etnische groep vertaalt enkele opvallende verschuivingen (tabel 1). Men stelt tussen 1984 en 1995 een significante verschui-

TABEL 1

Verdeling van studiepopulatie naar etnische groep, geslacht, leeftijd en tijdstip

Geslacht en leeftijd		*Belgen*		*Marokkanen*		*Turken*	
		1984	*1995*	*1984*	*1995*	*1984*	*1995*
		(n = 1 903)	(n = 1 653)	(n = 504)	(n = 632)	(n = 421)	(n = 778)
15-44 j.	M	40%	36%	53%	45%	41%	35%
	V	60%	64%	47%	55%	59%	65%
		(n = 1 066)	(n = 1 005)	(n = 171)	(n = 219)	(n = 96)	(n = 199)
45-65 j.	M	41%	37%	61%	60%	52%	40%
	V	59%	63%	39%	40%	48%	60%
p-waarde		0,014		0,007		0,039	

BIJLAGE 1

REGISTRATIEFORMULIER in te vullen door de huisarts bij elke nieuwe zorgvraagepisode van

Belgische, Marokkaanse of Turkse patiënten tussen 15 en 65 jaar

1. **Datum**: / /1995

2. **Dossier nr.** ...

3. **Etnische achtergrond**
- ☐ autochtoon Belg
- ☐ Marokkaan arabisch
- ☐ Marokkaan berber
- ☐ Marokkaan onbepaald
- ☐ Turk
- ☐ Italiaan

4. **Type consult?**
- ☐ huisbezoek
- ☐ raadpleging

5. **Geslacht?**
- ☐ man
- ☐ vrouw

6. **Leeftijd**: ... jaar
of geboortedatum: / /

7. **Geboorteland?**
- ☐ België
- ☐ Italië
- ☐ Marokko
- ☐ Turkije
- ☐ ...

8. **Geboortestreek?**
- ☐ stad
- ☐ platteland
- ☐ niet gekend

9. **Huidige hoofdbezigheid?**
- ☐ betaalde arbeid
- ☐ uitsluitend huishouden
- ☐ studerend
- ☐ werkzoekend
- ☐ pensioen, invaliditeit

(Indien autochtoon,
ga nu naar vraag 13.)

10. **Duur van migratie?**
- ☐ < 1 jaar
- ☐ 1-4 jaar
- ☐ 5-14 jaar
- ☐ > 15 jaar
- ☐ in België geboren

11. **Kennis Nederlands/Frans?**
- ☐ spreekt vlot
- ☐ spreekt moeilijk
- ☐ spreekt niet
- ☐ niet te bepalen

12. **Kledij?**
- ☐ eerder westers
- ☐ eerder traditioneel

13. **Soort probleem?**
- ☐ curatief *(ga nu naar 14.)*
- ☐ preventief *(ga nu naar 19.)*
- ☐ attest *(ga nu naar 22.)*
- ☐ ander: ...
  (ga nu naar 22.)

Indien curatief probleem,

14. **Type?**
- ☐ acuut
- ☐ chronisch

15. **Duur klacht?**
- ☐ ≤ 1 week
- ☐ > 1 week

16. **Aangetast systeem?**
- ☐ ademhaling
- ☐ bewegingsstelsel
- ☐ endocrien
- ☐ genito-urinair
- ☐ hart en bloedvaten
- ☐ huid, haar, nagels
- ☐ infectieziekten
- ☐ neurologisch
- ☐ neus, keel, oor
- ☐ ogen
- ☐ psychologisch
- ☐ sociaal
- ☐ spijsvertering
- ☐ niet te bepalen
- ☐ ...

17. **Reeds hulp gezocht?**
- ☐ neen
- ☐ religieuze genezer
- ☐ alternatieve genezer
- ☐ specialist, zonder verwijzing
- ☐ zelfmedicatie
- ☐ ander ...
- ☐ onbekend

18. **Diagnose huisarts?**
- ☐ allergie
- ☐ cardiovasculair
- ☐ congenitaal
- ☐ diabetes
- ☐ infectie
- ☐ kwaadaardige tumor
- ☐ orgaandisfunctie
- ☐ ongeval
- ☐ psychisch
- ☐ slijtage en ouderdom
- ☐ toxisch
- ☐ sociaal probleem hier
- ☐ sociaal probleem met thuisland
- ☐ welzijnsprobleem
- ☐ niet te bepalen
- ☐ ... *(ga nu naar 22.)*

Indien preventief probleem,
kruis type aan aub.

19. **Primaire preventie**
- ☐ inenting
- ☐ groeicontrole
- ☐ anticonceptie
- ☐ zwangerschapscontrole
- ☐ wil stoppen met roken
- ☐ ander ...

20. **Secundaire preventie**
- ☐ kanker vroegtijdige opsporing
- ☐ tbc
- ☐ ander

21. **Tertiaire preventie**
- ☐ diabetescontrole
- ☐ hypertensiecontrole
- ☐ CARA
- ☐ cardiovasculair
- ☐ ander ...

(ga nu naar 22.)

22. **Risicofactoren?**
- ☐ overgewicht
- ☐ hoge bloeddruk
- ☐ roken
- ☐ geen lichaamsbeweging
- ☐ sociale
- ☐ stress
- ☐ ongezonde voeding
- ☐ slechte tandhygiëne
- ☐ geen

23. **Leven bestuurd door religieuze principes?**
- ☐ ja
- ☐ neen
- ☐ onbekend

24. **Gevoerd beleid?**
- ☐ administratief attest
- ☐ G.V.O.
- ☐ geneesmiddelenvoorschrift
- ☐ technische act
- ☐ sociale stappen
- ☐ hospitalisatie
- ☐ psychotherapie door HA
- ☐ technisch onderzoek
- ☐ verwijzing naar specialist
- ☐ verwijzing psych. soc. ass.
- ☐ verwijzing verpleegk./kine
- ☐ niet van toepassing

25. STEMPEL HUISARTS

ving in het profiel van het zorggebruik vast, in die zin dat het aandeel vrouwen in de patiëntenpopulatie groeide, evenals binnen elke etnische groep. Deze verschuiving is het meest uitgesproken bij de jonge allochtonen.

Wat de tewerkstelling betreft, is er een uitgesproken verschuiving in 1995 t.a.v. 1984 (tabel 2). Het aantal economisch actieve patiënten was significant toegenomen bij de vrouwen van alle etnische groepen (met uitzondering van de oudere Marokkaanse vrouwen). Bij de mannelijke Turkse patiënten was het aantal tewerkgestelde patiënten in 1995 echter afgenomen, bij de mannelijke Belgische patiënten werd een hoogsignificante toename vastgesteld.

Wat de kledij betreft, stelt men vast dat het aantal westers gekleden sterk toegenomen was bij de jonge allochtonen, doch praktisch onveranderd bleef bij de oudere allochtone vrouwen (tabel 3).

In 1984 sprak de meerderheid van de Marokkaanse en Turkse vrouwen geen Nederlands noch Frans. In 1995 was de kennis van de Nederlandse of Franse taal sterk toegenomen bij de jonge Marokkanen en Turken, doch bleef op hetzelfde peil bij de oudere patiënten (tabel 4).

In het curatieve zorggebruik wordt nagegaan of er verschuivingen zijn in de aanmelding, in het profiel van de diagnosen, het ziektegedrag en het doorverwijzingsbeleid van de huisartsen. De aanmelding werd gemeten aan de hand van de indicator „% patiënten die meer dan 1 week wachten vooraleer zich aan te melden bij de huisarts". Beide allochtone groepen meldden zich in 1995 vlugger aan (globale *p*-waarde = 0,01).

TABEL 2

Ratio (1995/1984) van % economisch actieve patiënten volgens etnische groep, leeftijd en geslacht

Leeftijd en geslacht		*Belgen*	*Marokkanen*	*Turken*
Man	15-44 j.	1,10	0,92	0.96
	45-65 j.	1,26	0,60	0,34
p-waarde		< 0,001	0,327	0,02
Vrouw	15-44 j.	1,62	1,72	1,19
	45-65 j.	2,21	0,44	1,36
p-waarde		< 0,001	0,017	< 0,001

TABEL 3

Proportioneel aandeel van westers geklede Marokkaanse en Turkse patiënten, volgens geslacht, leeftijd en tijdstip

Leeftijd en geslacht		*Marokkanen*		*Turken*		*p-waarde*
		1984	*1995*	*1984*	*1995*	
15-44 j.	M	48%	88%	49%	90%	< 0,001
	V	22%	50%	17%	42%	
45-65 j.	M	25%	63%	39%	50%	0,25
	V	0%	3%	4%	8%	

TABEL 4

Taalvaardigheid (Nederlands of Frans) naar etnische groep, geslacht, leeftijd en tijdstip

Leeftijd en geslacht		*Marokkanen*		*p-waarde*	*Turken*		*p-waarde*
		1984	*1995*		*1984*	*1995*	
15-44 j.	M	91%	95%	0,06	85%	88%	0,42
	V	61%	82%	< 0,001	44%	76%	< 0,001
45-66 j.	M	85%	91%	0,14	78%	75%	0,69
	V	32%	42%	0,17	39%	30%	0,27

TABEL 5

Evolutie in aanmelding, volgens tijdstip en etnische groep

Aanmelding	*Belgen*		*Marokkanen*		*Turken*	
	1984	*1995*	*1984*	*1995*	*1984*	*1995*
> 1 w	46%	47%	47%	54%	44%	49%
≤ 1 w	54%	53%	53%	46%	56%	51%
p-waarde	0,489		0,01		0,068	

Tussen 1984 en 1995 was er geen belangrijke verschuiving in het ziektegedrag bij mannelijke patiënten. Het toegenomen consulteren van de specialist zonder verwijzing is opmerkelijk, evenals de toegenomen „huisartsshopping", en dit in de 3 bestudeerde groepen (tabel 6). In 1995 consulteerden de Marokkaanse mannelijke patiënten minder de fqué (dit is een religieuze genezer).

Het ziektegedrag van de vrouwelijke patiënten was globaal genomen weinig veranderd (tabel 7). Het consulteren van de specialist zonder verwijzing is sterk toegenomen bij de Belgen. De huisartsshopping vertoont een sterke toename bij de Turken en de Belgen. Bij Marokkaanse en Turkse vrouwelijke patiënten is een afname van de zelfmedicatie vast de stellen.

De diagnostische profielen vertonen weinig verschuivingen, noch bij mannelijke (tabel 8), noch bij vrouwelijke (tabel 9) patiënten. De globale diagnostische profielen vertonen sterke

TABEL 6

Ziektegedrag vooraleer zich aan te melden bij de huisarts voor deze ziekte-episode, van mannelijke allochtone en autochtone patiënten volgens etnische groep en tijdstip

Voorafgaand ziektegedrag van mannelijke patiënten	*Belgen*		*p-waarde*	*Marokkanen*		*p-waarde*	*Turken*		*p-waarde*
	1984*	1995*		1984*	1995*		1984*	1995*	
Geen	81%	77%	0,03	70%	71%	0,78	82%	78%	0,2
Religieuze genezer	0%	0,1%	0,19	11%	4%	0,0004	1%	0%	0,1
Alternatieve genezer	2%	0,4%	0,003	2%	3%	0,35	1%	0%	0,1
Specialist zonder verwijzing	2%	6%	< 0,001	1%	10%	< 0,001	2%	5%	0,03
Zelfmedicatie	14%	12%	0,19	15%	8%	0,004	11%	9%	0,43
Andere huisarts	0,2%	3%	< 0,001	1%	2%	0,28	1%	6%	0,0004

* het totaal kan iets afwijken van 100 t.g.v. afronding.

TABEL 7

Ziektegedrag vooraleer zich aan te melden bij de huisarts voor deze ziekte-episode, van vrouwelijke allochtone en autochtone patiënten volgens etnische groep en tijdstip

Voorafgaand ziektegedrag van vrouwelijke patiënten	*Belgen*		*p-waarde*	*Marokkanen*		*p-waarde*	*Turken*		*p-waarde*
	*1984**	*1995**		*1984**	*1995**		*1984**	*1995**	
Geen	83%	76%	< 0,001	70%	72%	0,59	73%	73%	0,985
Religieuze genezer	0%	0,2%	0,05	6%	4%	0,227	2%	0,2%	0,019
Alternatieve genezer	1%	1%	0,9	1%	3%	0,059	1%	0,2%	0,186
Specialist zonder verwijzing	2%	5%	< 0,001	6%	9%	0,14	7%	5%	0,294
Zelfmedicatie	14%	15%	0,47	16%	10%	0,027	14%	9%	0,028
Andere huisarts	0,2%	3%	< 0,0014	2%	1%	0,379	2%	13%	< 0,001

* het totaal kan iets afwijken van 100 t.g.v. afronding.

TABEL 8

Diagnostische profielen in 1984 en 1995, volgens etnische groep, bij mannelijke patiënten. Relatief aandeel (%) van patiënten per diagnose

Diagnose	*Belgen*		*p-waarde*	*Marokkanen*		*p-waarde*	*Turken*		*p-waarde*
	1984	*1995*		*1984*	*1995*		*1984*	*1995*	
Allergie	6%	6%	0,982	4%	5%	0,526	6%	4%	0,269
Infectie	33%	32%	0,654	37%	28%	0,012	31%	29%	0,567
Orgaandisfunctie	23%	19%	0,031	27%	19%	0,014	28%	21%	0,049
Ongeval	14%	7%	< 0,001	6%	5%	0,601	10%	8%	0,375
„Slijtage"	5%	5%	0,970	10%	4%	0,001	6%	4%	0,269
Verslaving	2%	1%	0,108	1%	1%	0,798	0%	1%	0,062
Psychisch	14%	11%	0,005	8%	10%	0,293	13%	8%	0,052
Welzijnsproblematiek	3%	1%	0,003	13%	3%	< 0,001	0%	1%	0,062

TABEL 9

Diagnostische profielen in 1984 en 1995, volgens etnische groep, bij vrouwelijke patiënten. Relatief aandeel (%) van patiënten per diagnose

Diagnose	*Belgen*		*p-waarde*	*Marokkanen*		*p-waarde*	*Turken*		*p-waarde*
	1984	*1995*		*1984*	*1995*		*1984*	*1995*	
Allergie	5%	5%	0,996	6%	5%	0,575	4%	4%	0,918
Infectie	34%	40%	< 0,001	37%	24%	< 0,001	26%	35%	0,008
Orgaandisfunctie	21%	23%	0,202	28%	27%	0,764	27%	25%	0,532
Ongeval	7%	5%	0,028	3%	2%	0,549	3%	2%	0,362
„Slijtage"	7%	7%	0,997	4%	4%	0,922	5%	6%	0,559
Verslaving	1%	1%	0,908	0%	0,4%	0,222	1%	1%	0,981
Tumor	0,3%	1%	0,015	0%	0,4%	0,351	1%	0,2%	0,186
Psychisch	23%	22%	0,517	14%	16%	0,508	15%	16%	0,739
Welzijnsproblematiek	5%	1%	< 0,001	5%	3%	0,158	5%	1%	< 0,001

overeenkomsten tussen 1995 en 1984; op het niveau van de afzonderlijke diagnosen zijn er echter enkele opvallende verschillen: in 1995 consulteerden Belgische mannelijke patiënten minder voor ongevallen dan in 1984, werden er beduidend minder „slijtage"-diagnosen (degeneratieve aandoeningen en ouderdomsverschijnselen) gesteld bij Marokkaanse mannen en was de welzijnsproblematiek als reden voor contact beduidend afgenomen bij Marokkaanse en Belgische mannen. Infecties waren afgenomen als reden voor afspraak bij Marokkanen, terwijl de psychische problematiek afgenomen was bij Belgen en Turken.

Ook de globale diagnostische profielen van de vrouwelijke patiënten vertonen sterke overeenkomsten, op 2 opvallende verschillen na. Er is een sterke afname tussen 1984 en 1995 van de welzijnsproblematiek als reden voor contact in alle groepen; daarenboven komt een toename voor van het aantal infecties bij Belgische en Turkse patiënten, doch een afname bij de Marokkaanse.

Er werd verder onderzocht of het gevoerde verwijsbeleid veranderingen vertoont (tabel 10). De verwijzing naar het hospitaal schijnt afgenomen te zijn bij vrouwelijke Marokkaanse patiënten. De verwijzing naar de specialist was status quo bij de vrouwelijke patiënten, doch sterk verminderd bij de mannelijke patiënten.

TABEL 10

Doorverwijzing van autochtone en allochtone patiënten, volgens etnische groep, geslacht en tijdstip.

Doorverwijzing	*Belgen*		*p-waarde*	*Marokkanen*		*p-waarde*	*Turken*		*p-waarde*
	1984	*1995*		*1984*	*1995*		*1984*	*1995*	
Vrouwelijke patiënten:									
naar specialist	8%	8%	0,97	6%	7%	0,67	6%	8%	0,26
naar hospitaal	1%	1%	0,73	4%	0,4%	0,002	2%	1%	0,26
Mannelijke patiënten:									
naar specialist	12%	7%	0,0003	12%	8%	0,087	19%	8%	< 0,001
naar hospitaal	2%	1%	0,1	3%	2%	0,45	2%	0,4%	0,086

Bespreking

1. Aandeel vrouwelijke patiënten

In Engeland (5), Denemarken (6) en Nederland (7, 8) consulteerden allochtonen meer dan autochtonen. In Amsterdam bv. werden bij de Marokkaanse en Turkse mannelijke bevolking van 0-54 jaar, respectievelijk 2,0 en 2,4 maal meer consulten per persoon en per jaar bij de huisarts vastgesteld dan bij de Nederlanders (7). Door de praktijkregistraties van Belleman (9), Slegt et al. (10) en Van Wieringen et al. (7) weten we echter dat deze globaal grotere contactfrequentie van allochtonen moet genuanceerd worden. De contactfrequentie van de Marokkaanse vrouw was lager dan deze van de Turkse vrouw en in sommige leeftijdsstrata ook lager dan deze van de Nederlandse vrouw. Halverwege de jaren tachtig maakten migrantenvrouwen in België beduidend minder gebruik van de eerstelijnsgeneeskunde dan mannelijke migranten (11). Deze bevindingen waren in overeenstemming met vaststellingen in Frankrijk (12).

In 1995 ziet men in deze studie een oververtegenwoordiging van Belgische en Turkse vrouwelijke patiënten (man-vrouwratio = 0,60), doch er is nog altijd een sterk mannelijk overwicht bij de oudere Marokkaanse patiënten.

De toename van de vertegenwoordiging van vrouwelijke patiënten in 1995 is niet te wijten aan het groeiend vrouwenoverwicht in een verouderende bevolking, aangezien de steekproefpopulatie beperkt werd tot 65 jaar.

2. Tewerkstelling

Het aandeel van de loontrekkende patiënten is toegenomen in 1995 tegenover 1984. Deze vaststelling geldt voor alle Belgische patiëntenstrata en voor de meeste vrouwelijke allochtonen. Bij de mannelijke allochtonen in het algemeen en de oudere allochtonen in het bijzonder is de tewerkstelling echter verminderd.

In 1995 is het aantal werkzoekenden hoger bij zowel de jongere als oudere mannelijke allochtone patiënten dan bij de Belgen. Dit weerspiegelt het treffen van vooral de allochtone bevolking door de tewerkstellingscrisis (13).

Marokkaanse en Turkse vrouwen beperken zich voornamelijk tot huishoudelijke taken, hoewel een evolutie vast te stellen is naar loonarbeid bij de Turken en jongere Marokkanen.

3. Kledij

Het meten van acculturatie en integratie is niet eenvoudig. In de studie werd geopteerd om de huisarts de kledij en talenkennis van de patiënt te laten beoordelen. In 1995 zien we dat het aantal westers gekleden bij de jongere mannen flink is toegenomen. Bij jongere vrouwen en oudere mannen is in 1995 ongeveer de helft westers gekleed, terwijl oudere vrouwen bijna nog allemaal in traditionele kledij naar de huisarts gaan.

4. **Talenkennis**

De beheersing van een westerse taal is in belangrijke mate toegenomen bij alle Marokkaanse en jongere Turkse groepen, doch is bij oudere Turkse patiënten echter iets afgenomen. Op het eerste gezicht verrast dit gegeven. Ervaringen met migranten in Duitsland tonen aan dat migranten tot 6 jaar na hun aankomst vooruitgaan in hun kennis van de lokale taal, doch nadien een verminderde bereidheid hebben om nog verder de taal te leren. Als gevolg hiervan neemt het bereikte niveau af (14).

Aangezien de taal een goede indicator is van de integratie van de migrant in de gastgemeenschap, scoren de jongeren vrij goed op deze indicator (15).

5. **Curatieve zorgvraag**

a. *Aanmelding*

De aanmelding, met name de duur tussen het symptoom en de aanmelding bij de huisarts, is onveranderd gebleven bij de Belgen, doch iets toegenomen bij Marokkanen en Turken.

Dat de duur vooraleer men zich aanmeldt toeneemt, wekt verbazing aangezien de allochtonen in 1995 meer exclusief afgestemd zijn op de huisarts. De eerstegeneratiemigranten (die dus onze taal niet goed kennen) wachten het langst vooraleer zich aan te melden.

b. *Diagnosen*

De diagnostische profielen zijn vrij stabiel gebleven over de tijd. Enkele opvallende verschillen zijn echter de afname van de ongevallen en van de welzijnsproblematiek als reden voor contact. Uit onze cijfers kan niet worden opgemaakt of er in 1995 minder ongevallen gebeurden, dan wel of men zich voor ongevallen rechtstreeks richtte tot het hospitaal in plaats van tot de huisarts.

In 1995 consulteerden zowel autochtone als allochtone patiënten minder voor welzijnsproblemen. Dit zou kunnen wijzen op een toegenomen welstand van onze bevolking, of anderzijds op een betere opvang van sociale problemen door bevoegde diensten.

Het aantal allergieproblemen is het laagst bij de Turkse patiënten. Dit is verwonderlijk. In Zweden werd inderdaad aangetoond dat de immunologische status van migranten beïnvloed wordt door hun nieuwe omgeving, en dat de huidtestpositiviteit voor katten en honden toeneemt naarmate ze langer in dat land verblijven (16).

c. *Ziektegedrag*

In 1995 vertoont het ziektegedrag van alle mannelijke patiënten enkele opvallende veranderingen t.o.v. 1984: nl. afgenomen zelfmedicatie, een afname van het consulteren van religieuze genezers, doch een toename van „huisartsshopping" en van consultaties van de specialist zonder verwijzing.

Het ziektegedrag van de vrouwelijke patiënten vertoont dezelfde wijzigingen als deze vastgesteld bij mannelijke patiënten. Het is wel opvallend dat Turkse vrouwelijke patiënten minder snel een specialist consulteren zonder verwijzing.

In 1995 wendden iets minder mannelijke allochtone en Belgische patiënten zich uitsluitend tot de huisarts dan in 1984.

d. *Beleid van de huisarts*

De doorverwijzing van vrouwelijke Belgische patiënten is onveranderd t.o.v. 1984. Marokkaanse en Turkse vrouwelijke patiënten worden in 1995 iets minder doorverwezen naar het hospitaal, doch iets meer naar de specialist.

De mannelijke patiënten worden in 1995 minder doorverwezen naar de specialist en naar het hospitaal dan in 1984.

Er moet wel op gewezen worden dat minder doorverwijzing niet noodzakelijkerwijze gepaard gaat met minder specialistische consumptie of minder ziekenhuisopnamen.

De rol die de veranderde sociale toestand van de allochtone populatie speelt in de dynamiek van haar gezondheidsgedrag, vergt bijkomende analyses.

Samenvattend kunnen we stellen dat deze studie aantoont dat het zorggebruik van allochtone patiënten zeer vergelijkbaar is geworden met dat van Belgische patiënten die bij deze huisartsen consulteren. Waar het tien jaar geleden om een overwegend mannelijke patiëntengroep ging, met een uitgesproken sociale problematiek, zijn deze verschillen nu afgezwakt. Een algemene tendens die in deze studie werd waargenomen voor zowel Belgen als allochtonen is die van toegenomen huisartsshopping, alsook het toegenomen consulteren van specialisten zonder verwijzing. Hieraan zou

binnen het kader van het onderzoek in de huisartsgeneeskunde de gepaste aandacht moeten besteed worden.

Specifiek voor migranten is het minder frequent inschakelen van kinesist of andere paramedici door de huisarts en het verhogen van de late aanmelding bij de huisarts. Verder onderzoek zal moeten uitmaken of dit te wijten is aan de nog steeds zeer belangrijke socioeconomische verschillen tussen Belgen en migranten dan wel aan specifiek cultureel bepaald zorggedrag door de huisarts.

Dankbetuiging

Met dank aan de huisartsen die hebben deelgenomen aan dit onderzoek: Ajnaou A., Berquin M., Borgonjon M., De Ridder H., Dusauchoit M., Elarbi Z., Ferrant L., Hendrickx K., Huba W., Jacobs T., Janssens C., Kegels E., Maes H., Özkan E., Peeters H., Schillemans L., Snoeckx F., Straetemans H., Thoolen M., Vandenbroeck N., Van Den Kieboom J., Van Puyenbroeck J., Van Puymbroeck H., Van Waes N.

LITERATUUR

1. Van der Stuyft P, De Muynck A, Schillemans L, Timmerman C. Migration, acculturation and utilization of primary health care. Soc Sci Med 1989; *29*: 53-60.
2. De Muynck A, Schillemans L, Hendrickx K, Peeters K, Van den Kieboom J, Snoeckx J. Het consultatieprofiel van Marokkaanse en autochtone patiënten: is er een evolutie tussen 1984 en 1994? HANU 1995; *24*: 117-122.
3. De Muynck A, Schillemans L. Medische zorgvraag van Italiaanse migranten en Belgen bij de huisarts. Tijdschr Geneesk 1995; *51*: 212-218.
4. De Muynck A, Verrept H, Schillemans L. De zorgvraag van Berberse en Arabische Marokkanen bij de Belgische huisarts. HANU 1995; *6*: 228-235.
5. Gillam SJ, Jarman B, White P, Law R. Ethnic differences in consultation rates in urban general practice. BMJ 1989; *299*: 953-957.
6. Mirdal G. Tolken bij crossculturele therapie. In: Bilgi Alis-Verisi. Hulpverlening en gezondheidspromotie met Turkse immigranten. Brussel: Koning Boudewijnstichting, 1988: 73-84.
7. Van Wieringen JC, Leentvaar Kuypers A, Brouwers HJ, Slegt AC, Van Kessel HA. Morbiditeitspatroon en huisartsengeneeskundig handelen bij etnische groeperingen. Een onderzoek in 12 Amsterdamse huisartsenpraktijken. Instituut voor Huisartsengeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1986.
8. Uniken Venema HP. De gezondheid en het ziektegedrag van Turkse en Nederlandse Rotterdammers. Rotterdam: GGD rapport nr. 33, 1987.
9. Bellemans SJ. De contactfrequentie van allochtone patiënten. Huisarts Wet 1986; *29*: 48-50.
10. Slegt AC, Van Kessle-Al A, Brouwer HJ. Ziektegedrag van allochtone patiënten. Huisarts Wet 1985; *28*: 288-293.
11. De Muynck A, Schillemans L. Curatieve vraag van allochtonen en autochtonen bij de huisarts: probleemstelling. HANU 1993; *22*: 203-209.
12. Sérange-Fonterme R. La consommation médicale des immigrés. Prévenir 1983; *7*: 23-32.
13. Martens A, Denolf L. Sociale ongelijkheid op de arbeidsmarkt: de etnische determinant. Tijdschr Sociol 1991; *12*: 443-463.
14. Hinnenkamp V. Zwangskommunikative Interaktion zwischen Gastarbeitern und deutsches Behörde. In: Rehbein J, ed. Interkulturelle Kommunikation. Tübingen: Guntes Narr Verlag, 1985: 276-298.
15. Lagarde C. Les limites de l'intégration réussie. Hommes Migration 1995; *1184*: 32-39.
16. Kalyoncu AF, Stalenheim G. Survey on the allergic status in a Turkish population in Sweden. Allergol Immunopathol Madr 1993; *21*: 11-14.