

CREOOLSE SURINAMERS EN GHANEZEN ZIJN NIET OVER EEN KAM TE SCHEREN

Epidemioloog Charles Agyemang kwam min of meer toevallig terecht in het onderzoeksveld etnische verschillen in de gezondheidszorg. Maar toen zijn interesse eenmaal was gewekt, schreef hij er zijn proefschrift over en voegde daaraan een lange lijst publicaties toe.

CLAUDIA BIEGEL

Uw onderzoek naar kwaliteit van behandeling bij hoge bloeddruk toont aan dat migranten in Engeland beter af zijn dan in Nederland, kunt u dat uitleggen?

Ten eerste is het Engelse gezondheidssysteem helemaal gratis. Je hebt geen verzekering nodig. Dus de drempel is lager. Verder wijzen de medische richtlijnen voor bloeddruk expliciet op etnische verschillen. Dat werkt. Engelse artsen weten waarop ze moeten letten bij behandeling van verschillende groepen migranten. Zo weigeren Afrikaanse mannen vaak bloeddrukverlagers te nemen. Ze zijn bang dat deze het seksuele functioneren aantasten. Hierover wordt in de Uk uitgebreid voorlichting gegeven.

U vond ook dat diabetes meer voorkwam bij Nederlandse dan bij Engelse Hindostanen. Hoe valt dit te verklaren?

Precies weten we het niet. Wat in ieder geval opvalt, is dat de Engelse diabetes richtlijn specifiek aandacht besteedt aan etnische groepen. In Nederland gebeurt dit niet.

Dat de kansen op diabetes verhogen na migratie, is bekend. Dat geldt trouwens niet alleen voor diabetes. In het algemeen verslechtert de gezondheid na migratie. Je ziet bijvoorbeeld ook meer overgewicht en hoge bloeddruk. Maar dat de gezondheid zich na migratie per land verschillend ontwikkelt, is minder bekend. Dit betekent dat ook factoren ná de migratie van invloed zijn. Daarop kun je sturen en dat is alleen al economisch gezien pure winst.

Gezondheid is economische winst?

Natuurlijk. Wanneer mensen gezond zijn, kunnen ze bijdragen aan de samenleving. Ziek zijn is duur en bovendien slecht voor

de integratie. Groepen mensen raken in een isolement, er ontstaan sociale problemen. Je creëert als het ware een tijdbom. Daarom is het belangrijk op de hoogte te zijn van de gezondheid binnen verschillende groepen. Dat is nu niet zo. Neem als voorbeeld de Ghanezen hier in Amsterdam Zuidoost. Voor het Academisch Medisch Centrum (AMC) zijn ze een van de grootste patiëntengroepen. Toch was er bijna niets bekend over hun achtergronden. Men ging ervan uit dat Creoolse Surinamers en Ghanezen over een kam zijn te scheren. Maar dat klopt niet. Het zijn bevolkingsgroepen vanuit twee verschillende continenten. In 2010 heb ik samen met andere collega's onderzoek naar Ghanezen gedaan. Hoewel de meesten goed gezond waren, kwamen overgewicht, hoge bloeddruk en depressie veel voor. Verder bleken Ghanezen pas naar de dokter te gaan als ze echt heel ziek waren. Dat is duurder dan wanneer ze eerder zouden gaan. Het is dus economisch rationeel om ervoor te zorgen dat voorzieningen toegankelijker worden.

Waarom zoeken Ghanezen pas zo laat hulp?

Een van de oorzaken is een fundamenteel wantrouwen tegen de Nederlandse gezondheidszorg. Veel Ghanezen denken dat huisartsen hun geen dure medicijnen willen voorschrijven. Het is in zulke situaties altijd moeilijk vast te stellen waar die beeldvorming vandaan komt. Waarschijnlijk heeft het veel te maken met communicatie. Daarnaast met onbekendheid. Zowel met de Nederlandse taal als het gezondheidssysteem en de manier van zorg verlenen. Voorlichting zou de negatieve beeldvorming kunnen bijsturen. Dat moet wel gericht gebeuren. Dat wil zeggen via de eigen netwerken zoals bijvoorbeeld de ker-

Welk advies zou je de Nederlandse gezondheidszorg geven?

Nederland is een multi-etnische samenleving geworden. Dat betekent dat er oog moet zijn voor de gezondheid van alle groepen in de samenleving. Een gezonde bevolking is economische winst. Omdat veel migranten in een achterstandssituatie verkeren, zullen hun gezondheidsbehoeftes anders zijn dan die van de doorsnee autochtoon. Dit geldt trouwens ook voor autochtonen in een achterstandssituatie. Zorg afstemmen op die specifieke behoeftes is een groeiende noodzaak. Het kan niet zo zijn dat de gezondheidszorg alleen goed functioneert voor de autochtone middenklasse.



Zo gezond zijn Ghaneze Amsterdammers!

Paradebus: GHAIA-studie 2010

Heer gezond zijn Ghanezen in Amsterdam-Zuidoost? Om deze vraag te beantwoorden heeft het AMC in 2010 onderzoek gedaan. Wat blijkt? De meeste Ghanezen voelen zich gezond en slechts een klein deel voelt zich overgewicht en hoge bloeddruk kunnen vaak voor. In deze factheet lees je alle resultaten. De gemeente, het streekhuis, zorgaanbieder en migrantenorganisaties kunnen deze gezondheidsproblemen samen aanpakken. Help je ook mee?

In 2010 heeft het AMC in opdracht van de GGD Amsterdam onderzoek gedaan naar de gezondheid van Ghanezen in Amsterdam Zuidoost. 221 Ghanezen tussen de 18 en 60 jaar zijn geïnterviewd over hun gezondheid en lichamelijk onderzocht. Meer dan de helft van de Ghanezen bleek een te hoge bloeddruk te hebben. In heel Zuidoost bedroeg dit 27%. Ook overgewicht kwam meer dan gemiddeld voor, vooral bij vrouwen. Verschillende oorzaken kunnen bijdragen aan overgewicht. Met name voedingsgewoonten spelen een rol. In het algemeen bevat de Ghaneese keuken minder vet dan de Nederlandse, worden er veel groentes gegeten en gebruikt men minder suiker. Daar staat tegenover dat etenstijden fluctueren en er weinig fruit wordt gegeten. Roken vormt geen serieus binnen de Ghaneese gemeenschap. Het aantal rokende Ghanezen bedraagt 1%. Dit geldt zowel voor mannen als vrouwen.