

Advies van het Europees Economisch en Sociaal Comité over Gezondheid en migratie

(2007/C 256/22)

In een brief d.d. 14 februari 2007 heeft het komende Portugese EU-voorzitterschap het Europees Economisch en Sociaal Comité verzocht om een verkennend advies op te stellen over *Gezondheid en migratie*.

De afdeling Werkgelegenheid, sociale zaken, burgerschap, die met de voorbereidende werkzaamheden was belast, heeft haar advies op 18 juni 2007 goedgekeurd; rapporteur was de heer Sharma, corapporteur mevrouw Cser.

Het Europees Economisch en Sociaal Comité heeft tijdens zijn op 11 en 12 juli 2007 gehouden 437e zitting (vergadering van 11 juli) onderstaand advies uitgebracht, dat met 109 stemmen voor en drie stemmen tegen is goedgekeurd.

1. Conclusies

In dit advies wordt ingegaan op het verband tussen gezondheid en migratie en dus niet op het thema van immigratie op zich. Migratie is belangrijk voor de Europese economie en is een voortgaand proces waar een belangrijk en alsmaar groter deel van de EU- en de wereldbevolking mee te maken krijgt.

De EU en haar lidstaten moeten ernaar streven migranten en hun gezinnen een optimale gezondheidszorg te bieden. Dit vraagt om maatregelen op een groot aantal beleidsterreinen, gaande van werkgelegenheid en gezondheid, veiligheid op de werkplek, onderwijs en sociale bescherming tot bevordering van de volksgezondheid en de gezondheidszorg.

Er zijn in dit advies enkele thema's rond de gezondheidszorg voor migranten op een rijtje gezet, evenals de consequenties ervan voor het volksgezondheidsbeleid van de lidstaten en de EU.

1.1 Aanbevelingen

Globalisering met een menselijk gezicht⁽¹⁾ waarbij gerechtigheid⁽²⁾ vooropstaat, moet noodzakelijkerwijs gebaseerd zijn op wereldwijd gedeelde waarden, naleving van de mensenrechten, een hoge mate van gezondheid en voedselveiligheid voor alle geleidingen van de bevolking, maar vooral voor de meest kwetsbare groepen, culturele en taaldiversiteit, en verspreiding van kennis onder alle bevolkingsgroepen.

T.a.v. de mensenrechten doet het Comité de volgende aanbevelingen:

1.1.1 Er moeten ontmoetingspunten voor migranten komen en hun voorlichting over gezondheidszorg en sociale voorzieningen moet worden verbeterd. Die informatie zou moeten worden gegeven door een werknemer van het informatiecentrum uit dezelfde migrantenminderheid. Die centra zouden ook een bakermat moeten worden voor samenwerking tussen overheden, ngo's van migranten en ngo's van de gastlanden.

1.1.2 De lidstaten en de EU moeten op het gebied van de gezondheidszorg voor migranten meer gaan samenwerken met

internationale organisaties en zou zich meer moeten gaan toelagen op de monitoring en evaluatie van zwakke en sterke punten op lokaal, regionaal, nationaal en Europees niveau.

1.1.3 In het onderwijs moeten landelijke programma's voor de gezondheidszorg worden geïntroduceerd, met aandacht voor minderheidsculturen.

1.1.4 Er moet een speciaal compensatiefonds komen, naast programma's op het gebied van opleidingen, regelingen voor hervestiging en samenwerking tussen gastland en land van herkomst.

1.1.5 Alle ingezetenen van de EU moeten hun recht op toegang tot medische en preventieve zorg kunnen uitoefenen, ongeacht zijn of haar status, zoals is vastgelegd in het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie.

1.1.6 Waar deze nog ontbreken, dienen er vertrouwensclausules tussen patiënten en medische instellingen te worden ingevoerd, zodat gegevens over de status van een immigrant niet kunnen worden doorgegeven aan derde partijen. Dat risico mag niet bestaan, omdat dit — vooral illegale — migranten er anders van zou kunnen weerhouden om medische hulp en behandeling te zoeken.

1.1.7 Lidstaten en de EU zouden moeten samenwerken teneinde het verzamelen van gegevens over en het onderzoek naar migratie en gezondheidszorg in heel de EU te verbeteren.

1.1.8 Gezondheidszorg zou een wezenlijk onderdeel moeten zijn van het migratiebeleid.

1.1.9 In volksgezondheid-impactanalyses dient te worden nagegaan wat de invloed is van zowel het specifieke gezondheidsbeleid als van andere beleidsmaatregelen op de gezondheid van migranten.

1.1.10 De lidstaten die van oudsher diensten hebben die gespecialiseerd zijn in tropische geneeskunde moeten deze kennis ten goede laten komen aan alle EU-ingezetenen en dienen hoogwaardig onderzoek naar behandelwijzen van tropische ziekten, met name malaria, te blijven financieren.

(1) Cf. verkennend EESC-advies van 31 mei 2007 over „Globalisering: uitdagingen en kansen voor de EU”; rapporteur: de heer Malosse, co-rapporteur de heer Nilsson; PB C 175 van 27.7.2007.

(2) IAO — Een eerlijke globalisering, 2004.

1.1.11 Er zijn betere mechanismen nodig teneinde de zorgbehoefte van migranten uit alle mogelijke categorieën vanaf het moment van hun binnenkomst in de EU te kunnen vaststellen en hierop adequaat te kunnen reageren. Bovendien dienen de EU en de lidstaten beter samen te werken bij de zorg voor migranten die bij aankomst dringend medische hulp nodig hebben. Hierbij dient met name te worden gedacht aan het ter beschikking stellen van tolken.

1.1.12 De gezondheidszorg voor migranten op de werkplek verdient prioriteit. Dit houdt samenwerking tussen de sociale partners en de bevoegde overheden in, zodat de normen inzake gezondheidszorg en veiligheid op de werkplek in de sectoren waar migranten doorgaans werkzaam zijn, worden nageleefd. Om tegemoet te kunnen komen aan de behoeften van migrantenwerknemers en hun gezinnen, dienen in overleg met lokale maatschappelijke instanties programma's voor gezondheidsbevordering op de werkplek te worden uitgewerkt.

1.1.13 Ook de gezondheidsprogramma's die op scholen worden aangeboden, moeten worden aangegrepen om aan de gezondheidsbehoeften van migrantenkinderen te voldoen. De gezondheidszorg voor migrantenkinderen verdient speciale aandacht. De (voorschoolse) gezondheidszorg moet tegemoet komen aan de behoeften van alle kinderen en dus ook van migrantenkinderen, met specifieke aandacht voor nieuwelingen.

1.1.14 Er is behoefte aan een meer cultuurgevoelige benadering van de (preventieve) gezondheidszorg, waarbij het verbod op vrouwenbesnijdenis evenwel onverlet moet blijven.

1.1.15 Mensen die in de gezondheidszorg werken, moeten zich voortdurend kunnen bijscholen en beroepsmatig verder kunnen ontwikkelen om op de veranderende zorgvraag onder migrantengemeenschappen te kunnen inspelen.

1.1.16 De aanwerving van gezondheidswerkers die zijn opgeleid in ontwikkelingslanden, moet geschieden vanuit een optiek van ontwikkelingssamenwerking, in die zin dat hun terugkeer na een tijdelijk contract moet worden vergemakkelijkt of dat het land van herkomst dat de opleiding heeft betaald, daarvoor een vergoeding krijgt. De Commissie dient zich te buigen over goede praktijken inzake een ethisch correcte aanwerving van medisch personeel uit derde landen, teneinde toe te werken naar een EU-code voor goede praktijken.

1.1.17 De rol van de inspectie voor de gezondheidszorg moet worden versterkt en de uitwisseling van goede praktijken bevordert, waarbij EU-overheden als coördinator moeten optreden.

1.1.18 Er is behoefte aan meer interculturele dialoog rond welzijn en gezondheidszorg ⁽³⁾.

⁽³⁾ Zie het EESC-advies van 20 april 2006 over het „Voorstel voor een beschikking van het Europees Parlement en de Raad betreffende het Europees Jaar van de interculturele dialoog (2008)” — COM(2005) 467 final — 2005/0203 (COD), rapporteur: mevr. Cser (PB C 185 van 8 augustus 2006).

1.1.19 Het Comité wil de lidstaten er wederom toe oproepen de IAO-conventies inzake migranten ten uitvoer te leggen ⁽⁴⁾.

2. Achtergrond

2.1 Het Comité is bijzonder ingenomen met het verzoek van het Portugese EU-voorzitterschap om het — in zijn ogen blijvend belangwekkende — thema van gezondheidszorg en migratie onder de loep te nemen. Het Duitse, Portugese en Sloveense EU-voorzitterschap zijn het erover eens dat beleid inzake gezondheidszorg van groot belang is, aangezien preventie en grensoverschrijdende gezondheidszorg de Europese burgers rechtstreeks ten goede komen ⁽⁵⁾.

De drie voorzitterschappen hebben afgesproken dat ze actief werk zullen maken van de verbetering van de toegang tot gezondheidszorg voor migranten, die lang niet overal in gelijke mate gegarandeerd is. Ook willen ze alledrie een brede waaier van gemeenschapsactiviteiten ondersteunen teneinde een bijdrage te leveren tot een optimale gezondheidszorg voor alle burgers, met speciale aandacht voor gezondheidsbevordering, ziektepreventie, innovatie en toegang tot de gezondheidszorg.

2.2 Het Comité heeft al een hele reeks adviezen inzake het thema van legale en illegale immigratie ⁽⁶⁾ goedgekeurd, en zal in dit advies derhalve vnl. stilstaan bij gezondheidsvraagstukken. Graag verwijst het Comité het Portugese EU-voorzitterschap en andere belanghebbenden naar zijn vroegere advieswerkzaamheden op het vlak van migratie.

⁽⁴⁾ De Internationale Conventie inzake de bescherming van de rechten van arbeidsmigranten en hun gezinsleden die in 1990 werd goedgekeurd, trad in juli 2003 in werking. Deze is een aanvulling op de IAO-conventie inzake arbeidsmigranten, 1949 (nr. 97), en de IAO-conventie inzake arbeidsmigranten (aanvullende bepalingen), 1975 (nr. 143). Samen vormen deze drie internationale conventies een juridisch kader voor de rechten van arbeidsmigranten en voor kwesties inzake illegale migratie. Deze conventies zijn van toepassing binnen een breder beleidskader, waaronder ook de onlangs goedgekeurde VN-Verdragen tegen mensenhandel, smokkel en uitbuiting, zoals het VN-Verdrag tegen internationale georganiseerde misdaad (2000) en het bijbehorende Protocol tegen migrantensmokkel over land, over zee en door de lucht (2000), het Protocol ter preventie, bestrijding en bestraffing van mensenhandel, met name vrouwen en kinderen (2000) het Facultatief protocol bij het Verdrag inzake de rechten van het kind betreffende de verkoop van kinderen, kinderprostitutie en kinderpornografie (2000), evenals het vroegere verdrag uit 1951 en het protocol inzake de vluchtelingenstatus uit 1967. Hoewel deze verdragen tot op heden door relatief weinig landen en — waar terzake — regionale economische organisaties zijn ondertekend (met uitzondering van de vluchtelingenverdragen), blijven deze instrumenten toch belangrijke elementen leveren voor een meer alomvattende agenda.

⁽⁵⁾ **Raad van de Europese Unie**, 18 maanden durend programma van het Duitse, Portugese en Sloveense EU-voorzitterschap, **Brussel, 21 december 2006**.

⁽⁶⁾ Zie de volgende EESC-adviezen:

— Advies van 13 september 2006 inzake „Immigratie binnen de EU en het integratiebeleid: samenwerking tussen regionale en lokale overheden en het maatschappelijk middenveld” (initiatiefadvies), rapporteur: dhr. Pariza Castaños (PB C 318 van 23 december 2006).

— Advies van 15 december 2005 inzake de „Mededeling van de Commissie aan de Raad en het Europees Parlement: het Haags Programma: tien prioriteiten voor de komende vijf jaar — Het partnerschap voor Europese vernieuwing op het gebied van vrijheid, veiligheid en recht” — COM(2005) 184 final, rapporteur: dhr. Pariza Castaños (PB C 65 van 17 maart 2006).

— Advies van 20 april 2006 inzake het „Voorstel voor een verordening van het Europees Parlement en de Raad betreffende communautaire statistieken over migratie en internationale bescherming” — COM(2005) 375 final — 2005/0156 (COD), rapporteur: mw. Sciberras (PB C 185 van 8 augustus 2006).

3. Inleiding

3.1 Er is al het nodige geschreven over migratie en gezondheidszorg. In dit advies wordt voortgeborduurd op het onlangs gepubliceerde rapport van het Programma inzake beleidsanalyse en onderzoek van de Algemene Commissie voor Internationale Migratie (Carballo & Mboup, september 2005). Daarnaast zullen ook nog andere bronnen worden aangehaald.

3.2 De Wereldgezondheidsorganisatie definieert gezondheid als „een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte of kwalen”. De stelling van dit advies is dat de in deze termen gedefinieerde „gezondheid” een mensenrecht is.

3.3 De gezondheid van migranten en vluchtelingen is belangrijk om vele redenen, waaronder:

- de universele mensenrechten en de menselijke waardigheid moeten worden gerespecteerd;
- het risico dat met name illegale migranten te maken krijgen met overlijden, ziekte en gezondheidsklachten, is zeer reëel;
- veel migranten die nieuwkomer zijn in een land riskeren gezondheidsproblemen;
- de toegang tot gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening is niet overal gegarandeerd;
- een en ander levert ook risico's op voor de algemene volksgezondheid;
- het risico bestaat dat geschoold medisch personeel aan de landen van herkomst wordt onttrokken.

	2006	2005	2004	2003	2002
EU- asielaanvragen	266 270	350 103	421 236	532 300	640 347
Aantal aanvaarde aanvragen	38 857	46 742	35 872	41 823	59 705
% aanvaarde aanvragen	22,71	20,55	13,36	12,4	14,73

De laatste jaren is zowel de legale als illegale migratie naar een aantal landen in Zuid-Europa, zoals Portugal, Spanje en Italië, toegenomen. Veel van deze migranten komen uit Noord-Afrika of Afrikaanse landen ten zuiden van de Sahara, uit Latijns Amerika, Azië of de GOS-landen.

4.4 Hoewel migranten vaak in betere gezondheid verkeren dan de thuisblijvers, hebben ze over het algemeen wel meer gezondheidsklachten dan het gemiddelde in de ontvangende gemeenschap. Dit heeft een aantal oorzaken, waaronder:

- psychologische en maatschappelijke stress (als gevolg van het leven in een onbekende cultuur, leven in de illegaliteit, verandering van omgeving, gebrek aan talenkennis, wantrouwen en gebrek aan informatie, geestesziekten);
- gezondheidsrisico's die ze al in hun land van herkomst hebben opgelopen;
- armoede en het werken onder riskante omstandigheden;
- gebrekkige toegang tot de gezondheidszorg en tot voorlichting over (preventieve) gezondheidszorg en gezondheidsbevordering;

4. Omvang en reikwijdte van het vraagstuk

4.1 Naar schatting gaan er jaarlijks wereldwijd meer dan 200 miljoen mensen elders op zoek naar werk en een beter leven; minstens 30 à 40 miljoen onder hen (?) doen dat langs niet-officiële wegen. Als al die migranten samen in één land zouden gaan wonen, zou dat land het op vijf na meest dichtbevolkte land ter wereld worden (°). In 2005 was 49,6 % van alle migranten vrouwelijk. Er zijn in Europa 7 à 8 miljoen migranten zonder papieren (°).

4.2 In het kader van dit verkennend advies zal het Comité de met migratie samenhangende gezondheidskwesties voornamelijk bekijken ten aanzien van migranten die uit derde landen naar de EU komen. Momenteel leven er zo'n 18 miljoen burgers uit derde landen in de EU. Ook is er een behoorlijk aantal in het buitenland geboren burgers en migranten zonder papieren of van wie de papieren niet in orde zijn. Het leeuwendeel van de migranten is de EU op legale wijze binnengekomen.

4.3 Asielzoekers maken een relatief klein deel uit van de totale migrantenpopulatie. Het aantal asielzoekers is de afgelopen jaren gedaald als gevolg van het EU-beleid en niet zozeer omdat er een duidelijke afname zou zijn in het aantal mensen dat bescherming nodig heeft.

- bijkomende risico's in het land van bestemming;
- huisvesting.

4.5 Onder uit bepaalde streken afkomstige migranten komen overdraagbare ziektes of langdurige aandoeningen zoals geestelijke problemen, hartklachten, ademhalingsproblemen en diabetes vaker voor.

4.6 Illegale migranten en hun gezinnen, en met name hun kinderen, hebben met ernstigere gezondheidsproblemen te kampen dan legale migranten. Vaak zijn deze klachten het gevolg van de risico's die de migranten hebben genomen om een land binnen te komen, de slechtere economische en maatschappelijke omstandigheden en de inadequate toegang tot gezondheidszorg.

(?) VN — Trends in Total Migrant Stock: herziening 2003.

(°) US Census bureau; IDB — ranglijst van landen naar bevolkingsdichtheid (<http://www.census.gov/ipc/www/idbrank.html>).

(°) Migration information source (<http://www.migrationinformation.org/Feature/display.cfm?id=336>).

5. Verschillende soorten migratie

5.1 Vrijwillige migratie

5.1.1 Economische factoren zijn de voornaamste drijfveer voor migratie naar de EU; andere belangrijke redenen zijn de wens te ontsnappen aan conflictsituaties of vervolging. Er is veel waardoor mensen op drift raken en hun zoektocht blijven voortzetten: sommigen hopen zich elders te kunnen vestigen en een nieuw leven te kunnen beginnen, anderen hopen genoeg te kunnen verdienen om weer huiswaarts te kunnen keren.

5.1.2 Sommige migranten vertrekken met een tijdelijke arbeidsvergunning op zak, anderen hebben niets op voorhand weten te regelen, maar vinden werk en huisvesting voor onbepaalde tijd. In beide gevallen kan de gezondheid van de migrant onder druk komen te staan. Meestal is dit het gevolg van nationaal beleid en de maatschappelijke bejegening van migranten, maar ook andere, meer algemene factoren kunnen een rol spelen, zoals onderwijs, werkgelegenheid en huisvesting.

5.1.3 Meer en meer wordt erkend dat circulaire migratie een zeer belangrijke vorm van migratie⁽¹⁰⁾ is, die, mits in goede banen geleid, kan bijdragen tot de regulering van vraag en aanbod op de internationale arbeidsmarkt. Dit zorgt voor een efficiëntere allocatie van de beschikbare middelen en voor economische groei. Het kan een oplossing bieden voor de EU in haar zoektocht naar een aanvaardbaar alternatief voor illegale immigratie.

5.2 Gedwongen migratie

5.2.1 Gedwongen migratie leidt tot ernstige en ingrijpende gezondheidsproblemen; elk jaar moeten mensen noodgedwongen hun land verlaten en moeten ze verder als vluchteling met de beschermde VN-status, terwijl miljoenen mensen in eigen land van huis en haard worden verdreven.

5.2.2 Vaak moeten mensen grote bedragen neertellen om een grens te kunnen oversteken, waardoor ze met grote geldzorgen gaan kampen. Migrantenvrouwen leven in angst en kunnen gemakkelijk worden uitgebuit door werkgevers. Vrouwen worden maar al te vaak het slachtoffer van verkrachting en seksuele uitbuiting.

5.2.3 Mensensmokkel is een misdaad die niet alleen de schending van fundamentele mensenrechten inhoudt, maar ook mensen de vernieling injaagt. Mensensmokkel wordt alom gezien als de moderne vorm van slavernij en volgens schattingen van de IAO zijn er wereldwijd 12 miljoen mensen onderworpen aan enige vorm van slavernij, terwijl er jaarlijks meer dan 1 miljoen mensen worden verkocht voor prostitutie of dwangarbeid. Uit gegevens van het Noord-Amerikaanse ministerie van buitenlandse zaken valt af te lezen dat 80 % uit vrouwen en kinderen bestaat en ongeveer de helft van hen minderjarig is. Ook blijkt uit de cijfers dat de meesten in het circuit van de seksuele uitbuiting terechtkomen.

5.2.4 Mensensmokkelaars steken enorme winsten in hun zak; volgens sommige berekeningen lopen deze zelfs op tot 10 miljard dollar⁽¹¹⁾ per jaar (iii: UNICEF).

5.3 Internationale reizen

5.3.1 De Wereldtoerismeorganisatie bevestigt dat het internationale toerisme in het laatste decennium van de 20e eeuw goed was voor zo'n 30 % van de wereldwijde dienstensector en berekende dat er in 2020 meer dan 1,55 miljard toeristen landen zullen binnenkomen. Zo'n 0,4 miljard van deze toeristen maken langeafstandsreizen door ecologisch waardevolle gebieden.

5.3.2 Ieder jaar reizen er naar schatting 14 miljoen mensen uit de geïndustrialiseerde landen naar de tropen in Afrika, Azië, Latijns Amerika of de eilanden in de Stille Zuidzee. Velen van hen komen terug met een ziekte onder de leden die behandeling vereist. Diarree is de meest voorkomende klacht, maar ook wordt er steeds vaker malaria bij terugkerende toeristen vastgesteld, een ziekte waarvoor behandeling in eigen land nodig is en die de nodige kosten met zich meebrengt.

5.3.3 Wie zich als toerist niet beschermt, loopt bovendien de kans hepatitis A en seksueel overdraagbare ziektes op te lopen, waaronder HIV.

6. De invloed van migratie op de gezondheid en het volksgezondheidsbeleid

6.1 Beleid

6.1.1 In veel EU-landen bestaan er beleidsregels inzake recht op toegang, duur van verblijf en gedwongen vertrek. Over het algemeen betreft het hier eerder restrictieve dan tolerante regels, waardoor migratie dus bemoeilijkt wordt. Een en ander creëert een sociale en economische context die allesbehalve bevorderlijk is voor de gezondheid van migranten.

6.1.2 Het beleid inzake gezondheidszorg en gezondheidscontroles varieert van land tot land, evenals het toegangsbeleid m.b.t. gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Het ontbreekt echter aan gegevens aan de hand waarvan nationale praktijken met elkaar kunnen worden vergeleken.

6.2 Gegevens

6.2.1 Slechts enkele EU-landen houden routinematig gegevens bij over de gezondheid van migranten, waardoor dus geen betrouwbaar beeld ontstaat van de gezondheidstoestand en -behoeften van de migrantenpopulatie. In veel landen wordt het migrantschap niet als afzonderlijk criterium gehanteerd bij het invoeren van de gegevens over de volksgezondheid.

6.2.2 Er zijn wel enkele landen die dit soort gegevens registreren, maar die dan weer criteria als „regio van herkomst” of „etnische groep” hanteren. Het is niet altijd duidelijk wie migrant is en wie nakomeling van een migrant. Soms worden mensen alleen geregistreerd aan de hand van hun etnische afkomst en wordt er bijvoorbeeld geen onderscheid gemaakt tussen kinderen die zelf migrant zijn of die de nakomelingen van migranten zijn.

⁽¹⁰⁾ COM(2007) 248 final inzake Circulaire migratie van 16 mei 2007.

⁽¹¹⁾ The New Global Slave Trade, Ethan B. Kapstein, van Buitenlandse zaken, november/december 2006.

6.2.3 Er is ook een onbekend aantal illegale en dus niet-geregistreerde migranten die niet geneigd zullen zijn medische hulp te zoeken wanneer dat nodig is.

6.2.4 Bovendien zullen migranten hun migrantenstatus niet altijd kenbaar willen maken bij openbare gezondheidsdiensten, voor het geval dat tegen hen gebruikt zou kunnen worden. Hierdoor wordt het nog lastiger om een betrouwbaar overzicht te verkrijgen.

6.2.5 Terughoudend gedrag kan ook te maken hebben met de culturele en religieuze achtergrond. Overheden en openbare gezondheidsdiensten hebben vaak ook niet de vereiste kennis in huis en zijn niet getraind om in te spelen op de speciale zorgbehoeften van migranten. Om al deze redenen is er niet voldoende informatie voorhanden over migranten en hun gezondheidstoestand.

6.3 Migratie en psychosociaal welzijn

6.3.1 Voor zowel legale als illegale migranten geldt dat uitdagingen als taal, cultuur en nationaal beleid nog groter worden onder invloed van de angst voor het onbekende (zie: Tizon 1983). Verder zijn er nog andere zaken die de gezondheid van enkelingen en gemeenschappen negatief beïnvloeden, waaronder:

- scheiding van familie, partners en kinderen;
- uitbuiting door werkgevers;
- seksuele uitbuiting;
- angst en heimwee;
- gebrekkige integratie in de lokale gemeenschappen;
- verzwakte lichamelijke of geestelijke gezondheid.

6.4 Migratie en geestelijke gezondheid

6.4.1 Uit onderzoek⁽¹²⁾ is gebleken dat bepaalde migrantengroeperingen in Europa de hoogste incidentie op het vlak van schizofrenie, zelfmoord, drugs- en alcoholgebruik, depressie en angstaanvallen laten zien. Dit onderzoek toont ook aan dat de toegang tot gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning voor deze groepen niet adequaat is.

6.4.2 Onder de factoren die bijdragen tot de ontwikkeling van geestelijke stoornissen bij migranten worden genoemd: veranderingen in eetpatroon, de opvang door de familie en sociale vangnetten; cultuur, taal en klimaat; een vijandige houding, racisme en vreemdelingenhaat van de gastgemeenschappen; mensen die de oorlog ontvluchten en de herinnering meedragen aan de daarmee gepaard gaande wreedheden als marteling, verlies van familieleden en seksuele uitbuiting.

6.4.3 Het onderzoek toont aan dat tweederde van alle vluchtelingen worstelt met depressie, angstaanvallen en symptomen van het posttraumatisch stressyndroom, zoals de veel voorkomende nachtmerries en paniekaanvallen.

6.4.4 Uitgerekend de mensen die het meeste lijden onder deze stoornissen, zoals asielzoekers en migranten zonder papieren, zijn degenen die het minst toegang hebben tot behandeling, hulp en begeleiding.

(12) M.G. Carta, M Bernal, MC Harday en JM Abad: Migratie en geestelijk welzijn in Europa — 2005.

6.5 Migratie en lichamelijke gezondheid

6.5.1 Iedereen beschikt over een „voetafdruk” met betrekking tot zijn gezondheid. Die houdt verband met onze herkomst en de sociale omgeving waarin we leven. Over het algemeen trekken economische migranten van arme naar rijke landen, waar ze dus aan armoede gerelateerde gezondheidsprofielen krijgen.

6.6 Overdraagbare ziektes

6.6.1 Migranten die het HIV-virus onder de leden hebben of aan tuberculose lijden, zijn niet altijd van steun verzekerd; bovendien maken culturele, taalkundige en religieuze aspecten, evenals de wettelijke en economische status van de migrant de begeleiding van deze ziektes er niet eenvoudiger op. Jongeren, vrouwen en kinderen lopen het meeste risico om met HIV/AIDS besmet te raken.

6.6.2 Er bestaat geen systematisch screeningsbeleid voor deze ziektes en zelfs de wijze waarop de screening bij binnenkomst in een land wordt uitgevoerd, varieert van plek tot plek. Betrouwbare gegevens ontbreken dus en de feedback die wordt gegeven door de lokale screeninginstanties toont een sterk uiteenlopend beeld. Sommige instanties delen mee dat vervolgspraken in meer dan 50 % van de gevallen niet worden nagekomen; dit wordt onder meer verklaard door slechte communicatie, angst voor autoriteiten en gebrek aan inzicht in de steun die kan worden geboden. Het Comité heeft kennis genomen van het feit dat commissaris Kyprianou het Europees Centrum voor ziektepreventie- en bestrijding gevraagd heeft een Europees actieplan rond tuberculose op te stellen. In dit plan, dat in het najaar van 2007 wordt gepubliceerd, wordt de situatie in verschillende lidstaten in aanmerking genomen.

6.6.3 Het aantal gevallen van tuberculose heeft van 1995 tot 2005 een gestage stijging gekend. Volgens het laatste epidemiologische verslag van het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding gaat het daarbij in 30 % van de gevallen in 25 EU-lidstaten om „tuberculose van buitenlandse herkomst” (vi: *The First European Communicable Disease Epidemiological Report*, Europees Centrum voor ziektepreventie- en bestrijding, 2007). Het is ook geen geheim dat migranten vaak in overvolle huizen leven en in armoedige omstandigheden wonen en werken, hetgeen het risico op de verspreiding van ademhalingsinfecties verhoogt. Onder daklozen worden meestal ook relatief veel migranten aangetroffen.

6.6.4 In het EU-rapport „AIDS & Mobility — HIV/AIDS Care & Supports for Migrants and Ethnic Minority Communities in Europe” (Aids en mobiliteit — zorg en bijstand voor HIV/AIDS-patiënten onder migranten en etnische minderheden in Europa) (vii: EU — Uitgegeven bij Clark K & Broring G) zijn landenverslagen opgenomen rond:

- nationaal beleid;
- toegang tot gezondheidszorg en sociale voorzieningen;
- zorg- en bijstandsverlening.

6.6.5 In het rapport wordt erop gewezen dat de situatie van migranten (aantal mensen, etnische achtergrond en epidemiologie) en de reactie van de samenleving op hun aanwezigheid in Europa sterk uiteenlopen.

6.6.6 Er bestaat de mogelijkheid dat mensen die afkomstig zijn uit landen waar HIV veel voorkomt, de ziekte meebrengen. Zo bleek na diagnose dat 47 % van alle HIV-infecties die tussen 1997 en 2005 in de EU door heteroseksuelen zijn overgedragen, afkomstig is uit landen met een hoog HIV-percentage.

6.6.7 Migranten die afkomstig zijn uit landen met een laag HIV-percentage lijken daarentegen geen grotere risico's te lopen (en misschien zelfs minder risico) dan de autochtone bevolking van het gastland.

6.7 Niet-overdraagbare ziektes

6.7.1 Langdurige ziektes zoals hart- en vaatziekten, chronische longaandoeningen, beroertes en suikerziekte stellen de gezondheidszorg in vele delen van de wereld voor grote uitdagingen en zijn de oorzaak van ongeveer de helft van het aantal sterfgevallen in een jaar.

6.7.2 Hart- en vaatziekten zijn de belangrijkste doodsoorzaak en zijn het meest ingrijpend qua behandeling, kosten en gevolgen voor patiënten, hulpverleners en gemeenschappen. Onder migrantengemeenschappen duikt deze ziekte vaak op als gevolg van etnische aanleg, eetpatroon en stress. In het VK blijkt dat Aziatische mannen meer kans hebben op hart- en vaatziekten dan anderen (viii: Baljaraan & Raleigh, 1992; McKeigue & Sevak, 1994, BMJ 2003).

Het aantal sterfgevallen als gevolg van hart- en vaatziekten onder Zuid-Aziatische mannen en vrouwen ligt 30 tot 40 % hoger dan bij andere bevolkingsgroepen. (ix: Baljaraan, 1991).

6.7.3 Uit door het VK geleverde gegevens valt af te lezen dat migranten uit het Caribisch gebied twee keer zo vaak een beroerte krijgen als de „blanke” bevolking (x: Stewart 1999). In Zweden is een hoog percentage zwaarlijvigheid en hart- en vaatziekten geconstateerd onder Finse migranten als gevolg van hun eetpatroon en alcoholgebruik (xi: Jarhult et.al 1992).

6.8 Erfelijke ziektes

6.8.1 Wanneer mensen uit verschillende delen van de wereld naar elders trekken, worden ook erfelijke ziektes meegedragen. Sikkelcelanemie en thalassaemia komen vaker voor als gevolg van de migratie uit Afrika, het Caribisch en het Middellandse-Zeegebied. Sikkelcelanemie is geen ongebruikelijke ziekte in de EU: jaarlijks treft het zo'n 6 000 volwassenen en tussen de 75 en 300 baby's in het VK (xii: Karmi 1995). Ook onder migranten in Portugal werd deze ziekte vaak vastgesteld (xiii: Carrerio et al, 1996).

6.8.2 Thalassaemia is een erfelijke bloedziekte van mediterrane oorsprong die in het VK voorkomt onder etnische minderheden uit het Midden-Oosten en Cyprus en er zijn aanwijzingen dat

deze aandoening ook veel voorkomt onder mensen uit Pakistan, China and Bangladesh.

6.8.3 Deze ziektes vereisen gespecialiseerde diagnoses en een vorm van hulpverlening die niet altijd voorhanden is.

6.9 Beroepsziektes

6.9.1 Migranten komen over het algemeen in banen terecht waar de lokale bevolking geen zin meer in heeft. Sommige van deze banen, zoals mijnbouw, werken met asbest, chemische industrie of zware fabrieksarbeid brengen gezondheidsrisico's met zich mee. Onder arbeiders in de landbouw die werden blootgesteld aan bestrijdings- en andere chemische middelen, worden relatief veel gevallen van depressie en hoofdpijn vastgesteld. Vrouwen bleken daarnaast ook naar verhouding meer miskramen te hebben.

6.9.2 Verder is er onder de populatie hoogopgeleide en competente migranten, die op de golf van brain-drain meekomen of circulaire migranten zijn, weer vaker sprake van werkgerelateerde stress, omdat zij meestal onder slechtere arbeidsvoorwaarden werken dan de autochtone werknemers (andere rechten, enz.); zij hebben echter geen keus, vanwege hun economische afhankelijkheid ⁽¹³⁾.

6.10 Ongevallen

6.10.1 In Europa komen onder migrantenwerknemers ongeveer twee keer zo veel arbeidsongevallen voor als bij autochtone werknemers (xiv: Bollini & Siem, 1995). In Duitsland zijn er veel ongevallen onder migranten, met name wanneer ze in fabrieken werken waar de gezondheids- en veiligheidsvoorschriften te wensen overlaten (xv: Huismann et al, 1997). Uit weer andere gegevens uit Duitsland blijkt dat migrantenkinderen in de leeftijdsklasse van 5 tot 9 jaar vaker het slachtoffer worden van verkeersongevallen en ander letsel dan Duitse kinderen van diezelfde leeftijd (xvi: Korporal & Geiger, 1990). In Nederland blijken ongelukken thuis, waaronder gevallen van vergiftiging en verbranding, evenals verkeersongevallen, vaker voor te komen onder kinderen van Turkse of Marokkaanse ouders (xvii: de Jong & Wesenbeek, 1997).

6.11 Reproductieve gezondheid

6.11.1 In sommige categorieën migranten, zoals onder mannen die van hun vrouw gescheiden zijn, worden vaker gevallen van seksueel overdraagbare ziektes geregistreerd. In veel EU-landen overlijden meer migrantenvrouwen aan zwangerschap gerelateerde ziektes dan autochtone vrouwen. Ook plegen migrantenvrouwen vaker abortus. In Barcelona zijn er twee keer zoveel migrantenvrouwen als Spaanse vrouwen die om een abortus vragen. Een onderzoek van het Internationale centrum voor migratie en gezondheid in Genève toont aan dat het abortuscijfer onder illegale migrantenvrouwen drie keer zo hoog is als dat van autochtone vrouwen uit dezelfde leeftijdsgroep (xviii: Carballo et al, 2004).

⁽¹³⁾ „Who Cares? Women Health Workers in the Global Labour Market”, samengesteld door Kim Van Eyck, PhD, 2005.

6.11.2 In het VK ligt het gewicht van baby's van Aziatische moeders over het algemeen lager dan dat van baby's uit andere etnische groepen en het risico op perinatale of postnatale sterfte is meestal groter. Ook ligt het sterftcijfer onder pasgeborenen van vrouwen uit het Caribisch gebied gemiddeld hoger. Ook in België en Duitsland komen perinatale sterfgevallen en kindersterfte vaak voor in de groep van Marokkaanse en Turkse migrantenvrouwen. Vrouwen uit de streek ten zuiden van de Sahara, Centraal- en Zuid-Amerika ondervinden regelmatig problemen bij de bevalling en hun baby's hebben vaak ondergewicht.

6.11.3 Kinderen uit migrantengezinnen ontvangen meestal minder preventieve zorg, zoals inentingen.

6.12 *Obstakels voor immigranten bij de toegang tot en het beroep doen op de gezondheidszorg*

6.12.1 Migranten ondervinden wettelijke, psychosociale en economische problemen bij de toegang tot de gezondheidszorg. Vanzelfsprekend is er de taalbarrière, maar ook het kostenaspect speelt een rol; zelfs een kleine individuele bijdrage kan voor een migrant al een obstakel van formaat betekenen. Illegale migranten en asielzoekers die nog in afwachting zijn van de uitkomst van hun asielaanvraag, hebben daarnaast in veel landen nog te kampen met tal van legale hindernissen bij het zoeken van toegang tot de zorg.

6.12.2 Daarnaast zijn gezondheidsdiensten meestal niet ingesteld op de specifieke noden van migranten. Het ontbreekt over het algemeen aan de fijngevoeligheid en vaardigheden die nodig zijn om zorg op maat te verlenen aan mensen die wellicht heel andere ideeën hebben over gezondheid en een andere attitude hebben ten aanzien van ziekte, dood en pijn, en die hun klachten op een andere manier uiten, anders met hun ziekte omgaan en hun verwachtingen tegenover de arts anders tot uitdrukking brengen.

6.12.3 Bovendien kan de complexiteit van een sterk ontwikkelde en gespecialiseerde gezondheidszorg de ontoegankelijkheid ervan nog verhogen.

6.12.4 De organisatie van ziektepreventie en gezondheidsbevordering voor migrantenpopulaties is vaak ontoereikend. Dat geldt niet alleen voor prenataal onderzoek, maar ook voor inentingsprogramma's en andere vormen van preventie en vroegtijdige diagnose, met inbegrip van screening. Tot op heden zijn er bij preventieprogramma's zelden cultuurgevoelige benaderingen gehanteerd om de diverse migrantengroepen te bereiken.

6.12.5 De hoge kosten van bepaalde gezondheidsdiensten en het prijskaartje voor medicijnen vormen een zware last voor de meeste migranten. Dit kan ertoe leiden dat een behandeling in een te laat stadium wordt gezocht, voorschriften niet worden opgevolgd of medicijnen niet worden ingenomen. De gevolgen in de vorm van verergering van het menselijk leed voor deze migranten en lastenverzwaring voor de samenleving, zijn nauwelijks te overzien.

6.13 *Beroepskrachten in de zorgsector*

6.13.1 Een andere uitdaging is de groeiende tendens in de EU en andere ontwikkelde landen om medische beroepskrachten uit arme landen aan te trekken. Als deze tendens doorzet, zou dat de ontwikkeling van het gezondheidsstelsel in de landen van herkomst (die dus medische beroepskrachten kwijtraken) kunnen afremmen en de duurzaamheid van de medische en verpleegopleidingen ter plaatse kunnen ondermijnen. Met de uitstroom van getrainde beroepskrachten uit de zorgsector in ontwikkelingslanden gaan daar de nodige investeringen in de opleiding van deze mensen verloren⁽¹⁴⁾. Er moet worden gezocht naar inventieve oplossingen voor dit probleem, waarbij kan worden gedacht aan speciale compensatiefondsen, regelingen voor hervestiging en opleidingen. Het voorbeeld van het VK en Ierland, waar het nationale gezondheidsstelsel ethische richtlijnen volgt bij de aanwerving van zorgkrachten, wordt alom gezien als een succesvolle methode. Dit voorbeeld verdient navolging in de lidstaten, zowel binnen de instanties die gezondheidspersoneel aanwerven, als binnen de particuliere en openbare gezondheidszorg.

6.13.2 Beroepskrachten in de medische zorg (met name verplegend personeel en artsen) spelen een belangrijke rol in de zorg voor en verbetering van de gezondheid van migranten. Lidstaten moeten erop toezien dat deze beroepskrachten getraind worden om goed op de zorgvraag van migranten te kunnen inspelen en om rekening te kunnen houden met factoren die verband houden met hun levensstijl en culturele en levensbeschouwelijke achtergrond, aangezien die de gezondheidsgewoontes van deze specifieke groepen beïnvloeden. Alleen op die manier kan migranten een adequate en cultuurgevoelige zorg worden geboden.

Brussel, 11 juli 2007.

De voorzitter
van het Europees Economisch en Sociaal Comité
Dimitris DIMITRIADIS

⁽¹⁴⁾ Kim Van Eyk ed., 2005: Who cares? UNISON UK: PSI.

BIJLAGE

bij het advies van het Europees Economisch en Sociaal Comité

Het volgende wijzigingsvoorstel waarop ten minste een kwart van de stemmen vóór is uitgebracht, is tijdens de discussie verworpen (art. 54, lid 3, van het rvo):

Par. 1.1.8

Deze paragraaf schrappen

~~1.1.8 Landelijke programma's voor de gezondheidszorg moeten in het onderwijs worden geïntroduceerd, met aandacht voor minderheidsculturen.~~

Stemuitslag

Stemmen voor: 44

Stemmen tegen: 51

Stemonthoudingen: 11
