

Etniciteit: op het lijf geschreven?

Etnische patronen in gezondheid: een conceptueel model

Hadewijch Vandenheede

1. Inleiding

Gezondheid verschilt systematisch *tussen* en *binnen* landen. *Tussen* landen bestaan er grote verschillen in zowel morbiditeit als mortaliteit. Zo is onder meer de algemene levensverwachting in ontwikkelingslanden beduidend lager dan in geïndustrialiseerde landen (WHO 2006) en komen infectieziekten er vaker voor, terwijl chronische en degeneratieve ziekten over het algemeen een hogere prevalentie hebben in geïndustrialiseerde landen (WHO 2003). Gezien de divergerende sociale, economische en historische context van deze landen zijn deze verschillen geenszins onverwacht. Anderzijds botst deze vaststelling met een streven naar gelijkheid van kansen.

Ook *binnen* landen zijn de gezondheidsverschillen groot. Gezondheid verschilt systematisch naargelang de positie die men bekleedt in een bepaald land. Dit werd in de westerse wereld herhaaldelijk, in verschillende historische periodes en voor diverse indicatoren van sociale positie, vastgesteld (Elstad 2000; Gadeyne 2006). Het overgrote deel van het onderzoek naar deze sociale ongelijkheid in gezondheid focust op *socio-economische* gezondheidsverschillen: er bestaan systematische gezondheidsverschillen naargelang de plaats die iemand inneemt in de socio-economische hiërarchie (Elstad 2000; Vanroelen, Louckx & Beck 2008). Uit onderzoek naar socio-economische verschillen in gezondheid blijkt telkens weer dat mensen met een hogere socio-economische positie gemiddeld genomen een betere gezondheid hebben (Beck, Vanroelen, Louckx 2002; Dalstra e.a. 2005; Demakakos e.a. 2008), dat hen over het algemeen een langer leven beschoren is (Davey Smith e.a. 1997; Davey Smith, Shipley & Rose 1990; Gadeyne & Deboosere 2002) en dat ze globaal gezien ook meer jaren in goede gezondheid doorbrengen dan mensen die lager op de maatschappelijke ladder staan (Bossuyt e.a. 2004).

Maar ook andere sociale posities, zoals *gender* en *ethniciteit*, kunnen aanleiding geven tot systematische en persistente patronen in gezondheid (Annandale 1998; Deboosere & Gadeyne 2005; Elstad 2000; Uniken Venema e.a. 1995).

In dit artikel concentreren we ons op gezondheidsverschillen *binnen* eenzelfde land. De nadruk ligt op verschillen in gezondheid die gerelateerd zijn aan *ethniciteit*, zonder daarbij de verwevenheid van *ethniciteit* met andere sociale posities, zoals socio-economische positie en *gender*, uit het oog te verliezen (Ratcliffe 2004).

Hoewel de idee dat gezondheid gelieerd is aan *ethniciteit* teruggaat tot 1845, toen Friedrich Engels vaststelde dat Ierse migranten in Engeland een slechtere gezondheid en een verhoogde mortaliteit hadden, is het onderzoek naar etnische gezondheidsverschillen vooral de laatste decennia aan een opmars bezig (Annandale 1998; Davey Smith 2000). In de Angelsaksische wereld, waartoe traditionele migratielanden, zoals de Verenigde Staten en Groot-Brittannië behoren, is er een langere traditie van onderzoek naar etnische/raciale¹ verschillen in gezondheid dan op het Europese vasteland (Davey Smith 2000). Pas wanneer internationale migratie in de loop van de 20ste eeuw – ook wel ‘the age of migration’ genoemd – in een stroomversnelling terechtkomt, worden etnische verschillen in gezondheid in alle westerse landen hoog op de onderzoeksagenda geplaatst. De toename van de internationale migratiestromen resulteerde immers in een grotere etnische verscheidenheid binnen de geïndustrialiseerde landen. Ook in België krijgen we te maken met *groeïende en meer gediversifieerde migrantengemeenschappen*² (Eggerickx, Bahri & Perrin 2006; Massey e.a. 1993; Perrin 2008; Snel & Marx 2007).

Etnische verschillen in *mortaliteit* zijn uitvoerig gedocumenteerd. Veel studies tonen aan dat volwassen migranten, ondanks hun vaak minder gunstige socio-economische positie, een lagere sterftেকans hebben in vergelijking met hun autochtone leeftijdsgenoten (Deboosere & Gadeyne 2005; Kouris-Blazos 2002; Palloni & Arias 2004; Razum e.a. 1998). Hiertegenover staat dat de zuigelingen- en kindersterfte bij migrantengroepen vaak hoger is (Haelterman, De Spiegelaere & Masuy-Stroobant 2007; Rowland Hogue & Hargraves 1993; Troe e.a. 2006). Ook etnische verschillen in *morbiditeit* werden in heel wat studies vastgesteld. De resultaten van dit onderzoek wijzen – hoewel niet eenduidig – eerder op een gezondheidsdeficit bij migrantengemeenschappen in vergelijking met de autochtone bevolking (o.a. Bhugra 2004; Farmer & Ferraro 2005; Levecque, Lodewijckx & van den Eeden 2006; Stronks e.a. 1999; Uniken Venema e.a. 1995). Voor heel wat landen en verschillende migrantengroepen werd bijvoorbeeld een hogere prevalentie van diabetes type 2 aangetoond (o.a. Agyemang e.a. 2009; Carter, Pugh & Monterrosa 1996; Dijkshoorn, Uitenbroek & Middelkoop 2003; Greenhalgh 1997; Knowler e.a. 1990; Uitewaal e.a. 2004). Tot slot hebben etnische minderheden ook vaker een slechtere *subjectieve gezondheid*³ (o.a. Browning, Cagney & Wen 2003; Shetterly e.a. 1996; Wiking, Johansson & Sundquist 2004).

De empirische bewijslast voor systematische en persistente verschillen in gezondheid tussen etnische categorieën is enorm. In dit artikel concentreren wij ons dan ook op de vraag naar de *achterliggende mechanismen* van deze etnische verschillen in gezondheid. De potentiële meerwaarde van dergelijk onderzoek ligt ten eerste in de mogelijkheid een dieper inzicht te verwerven in de etiologie⁴ van ziekten. Ten tweede is de monitoring van etnische gezondheidsverschillen en van hun mogelijke oorzaken een *conditio sine qua non* om het gezondheidsbeleid (beter) af te stemmen op de specifieke noden van deze groepen. Op deze manier kan epidemiologisch/sociologisch onderzoek bijdragen tot het reduceren van etnische ongelijkheid in gezondheid en tot een sociaal rechtvaardiger samenleving (Blane 1995; Marmot 1994; Marmot 2006; Stronks e.a. 1999).

In wat volgt gaan we op zoek naar een antwoord op de volgende vragen: (1) *waar komen systematische etnische verschillen in gezondheid vandaan?* Met andere woorden: wat zijn de ‘causes of the causes’ (Rose 2008)? en (2) *welke intermediaire mechanismen verbinden deze ‘causes of the causes’ met systematische verschillen in gezondheid?* De inzichten die wij tijdens deze zoektocht verwerven, integreren we in een conceptueel model. Naast deze situationele analyse van de samenhang tussen etniciteit en gezondheid, kan ook migratie een belangrijke rol spelen bij etnische verschillen in gezondheid. In de daaropvolgende paragraaf bespreken we bijgevolg de invloed van migratie op gezondheid. Vervolgens illustreren we de bruikbaarheid van het gepresenteerde model aan de hand van een voorbeeld, namelijk diabetes type 2 bij volwassenen van Turkse en Marokkaanse origine in België.

2. De ‘causes of the causes’: de achtergrond van etnische verschillen in gezondheid

In deze sectie focussen wij op de achterliggende mechanismen van etnische patronen in gezondheid. Daarmee doelen we in eerste instantie op de *socio-economische en politieke context*: de structurele, culturele en functionele aspecten van het sociaal systeem die een invloed hebben op de sociale stratificatie en dus op de gezondheidskansen van mensen. In tweede instantie komt de *sociale stratificatie* zelf in beeld. Deze achterliggende sociale processen zijn niet specifiek voor etnische ongelijkheid in gezondheid, maar vormen ook de achtergrond van socio-economische en gender-verschillen in gezondheid (cf. Figuur 1) (Bhopal 2007; CSDH 2007; Graham 2004; Link & Phelan 1995).

2.1 De socio-economische en politieke context

Heel wat auteurs (o.a. Krieger 2000; Link & Phelan 1995) pleiten ervoor om de focus 'stroomopwaarts' te richten, op de *macro*determinanten van sociale ongelijkheid in gezondheid. Het bestuderen van deze macrocontext wordt als een noodzakelijke voorwaarde gezien voor een gedegen kennis van systematische gezondheidsverschillen en voor het bouwen aan een sociaal rechtvaardiger samenleving (CSDH 2007). Volgens Krieger (2000) is een kritische sociale studie van sociale ongelijkheid in gezondheid onontbeerlijk. Mensen belichamen immers – letterlijk – sociale ervaringen. Deze '*embodiment*' komt tot uiting in systematische verschillen in gezondheid tussen groepen. Bijgevolg moeten epidemiologen niet enkel op biologische oorzaken focussen, maar ook op zoek gaan naar de sociale bronnen van de diepgewortelde ongelijkheden in gezondheid, zoals economische en politieke machtsrelaties.

Twee belangrijke onderzoekstradities met betrekking tot de macrodeterminanten van sociale ongelijkheid in gezondheid zijn: de politieke economie en het onderzoek naar de impact van inkomensongelijkheid op gezondheid. Binnen de *politieke economie*-benadering staat de invloed van politieke ideologieën en het (sociaal) beleid dat zij implementeren, centraal (Navarro & Shi 2001). Chung & Muntaner (2006) focussen op politieke en welvaartsstaatvariabelen, zoals de politieke oriëntatie van de regering en het percentage van het bruto binnenlands product dat besteed wordt aan sociale zekerheids transfers. In hun analyse van kindersterfte in 19 welvarende landen tonen zij aan dat het type welvaartsstaat een belangrijke determinant is van verschillen in kindersterfte. Daarnaast richt een belangrijk deel van de macro-analyse van gezondheidsverschillen zich op het onderzoeken van de impact van *inkomensongelijkheid* op gezondheid. Over de associatie tussen inkomensongelijkheid en gezondheid op geaggregeerd niveau bestaat weinig discussie; over de relatie tussen inkomensongelijkheid en individuele gezondheid des te meer. Hoewel het effect van inkomensongelijkheid op individuele gezondheid herhaaldelijk is vastgesteld (Wilkinson & Pickett 2006), zijn er ook studies die geen verband vinden (o.a. Fiscella & Franks 1997). De discussie over deze mogelijke relatie is nog volop aan de gang. Toch wordt intussen al duchtig naar verklaringen gezocht. De *neo-materialistische interpretatie* gaat ervan uit dat historische, culturele en politiek-economische processen aan de basis liggen van zowel inkomensverschillen als onder-investeringen in menselijke en sociale infrastructuur. De invloed van deze inkomensongelijkheid en van de gemeenschappelijke infrastructuur op zowel de geaggregeerde als individuele gezondheid wordt ten dele door sociale cohesie gemedieerd. De *relatieve inkomenshypothese* daarentegen hecht weinig belang aan materiële factoren. Deze hypothese stelt dat de relatie tussen inkomensongelijkheid en gezondheid in welvarende landen gemedieerd wordt door de psychosociale omgeving. Als gevolg van een ongelijke inkomensverdeling voelen mensen zich relatief gedepriiveerd. Daardoor brokkelen de sociale cohesie en het psychisch welzijn af, wat

een slechtere gemiddelde gezondheid tot gevolg heeft. Beide visies kennen tot op vandaag fervente aanhangers die de discussie levendig houden (Beck, Vanroelen & Louck 2002; Ross & Lynch 2004; Wilkinson & Pickett 2006).

In weerwil van bovenstaande onderzoekstradities focussen de meeste studies van gezondheidsverschillen toch op de meer proximale meso- en microdeterminanten. Het feit dat het empirisch bepalen van de invloed van de determinanten achter de gezondheidskloof verre van evident is, speelt daarbij een belangrijke rol. Toch bepaalt de socio-economische en politieke context in sterke mate de verdeling van gezondheid en ziekte. Volgens de CSDH (2007) zou men bij het bestuderen van sociale ongelijkheid in gezondheid op zijn minst met de volgende aspecten van de socio-politieke context rekening moeten houden: (1) *governance* of de manier waarop een maatschappij zichzelf organiseert en beslissingen implementeert; (2) *macro-economisch beleid*, zoals de structuur van de arbeidsmarkt, buitenlands en binnenlands handelsbeleid ...; (3) *sociaal beleid* op vlak van arbeid, welzijn, woningmarkt ...; (4) *beslissingen op andere beleidsrelevante domeinen*, zoals onderwijs, watervoorziening ... en (5) *culturele en sociale waarden* (bv. de mate waarin gezondheid belangrijk gevonden wordt). Ook het belang van globalisering voor (de analyse van) systematische gezondheidsverschillen mag niet onderschat worden. Een contextuele studie van sociale ongelijkheid in gezondheid kan niet voorbijgaan aan beleidsstrategieën van supranationale politieke en economische instellingen (CSDH 2007; Schrecker, Labonté & de Vogli 2008). Ten slotte is het ook belangrijk om een idee te hebben van de meer algemene context waarop het beleid moet inspelen: de algemene *klimatologische* toestand van een land; de *demografische* structuur van de bevolking; de *epidemiologische* omstandigheden en de fase van de *voedingstransitie*⁵ waarin een land zich bevindt.

2.2 Structurele determinanten: sociale stratificatie en sociale positie

In navolging van Graham (2004) maken wij een onderscheid tussen de *sociale processen* die tot systematische gezondheidsverschillen leiden – de *socio-economische, politieke context* en de *structurele determinanten* –, en de *sociale factoren* die de gezondheid van individuen en bevolkingsgroepen bepalen – de *intermediaire mechanismen* en de *specifieke determinanten*.

De sociale processen bepalen de ongelijke verdeling van maatschappelijke goederen. Deze ongelijke verdeling van schaarse en hooggewaardeerde goederen determineert op zijn beurt de plaats van sociale posities in de hiërarchie. De sociale posities die mensen bekleden, vormen de spil in het begrijpen en verklaren van sociale ongelijkheid in gezondheid. De sociale posities markeren het punt waar de ongelijke allocatie van maatschappelijke goederen plaatsvindt en waar de toegang tot andere meer proximale goederen gemedieerd wordt. Bijgevolg worden

sociale posities ook *fundamentele sociale oorzaken* genoemd (Graham 2004; Link & Phelan 1996; Link & Phelan 1995). Kenmerkend voor dergelijke oorzaken is een persistente relatie met gezondheid doorheen tijd en ruimte. Fundamentele sociale oorzaken staan los van de nabijgelegen oorzaken van specifieke aandoeningen. "... because they embody access to important resources, [they] affect multiple disease outcomes through multiple mechanisms, and consequently maintain an association with disease even when the intervening mechanisms change" (Link & Phelan 1995).

In het vervolg van deze paragraaf gaan wij dieper in op de structurele determinanten, oftewel de determinanten die enerzijds de sociale stratificatie in de samenleving genereren en bevorderen en anderzijds de individuele sociale positie bepalen.

2.2.1 Sociale stratificatie

Binnen elke maatschappij zijn schaarse, hooggewaardeerde goederen ongelijk verdeeld. Deze ongelijkheid kan voorgesteld worden als een gelaagd systeem, een systeem van *sociale stratificatie*. De term sociale stratificatie wijst op sociale hiërarchieën waarin groepen volgens bepaalde kenmerken gerangschikt kunnen worden. Naargelang het criterium of de criteria die men gebruikt, worden verschillende hiërarchieën/lagen onderscheiden (CSDH 2007).

Zonder daarbij in detail te treden, willen we toch twee centrale visies op sociale stratificatie kort aanhalen: de *eendimensionele benadering* met als oervader Karl Marx en de *meerdimensionele benadering* die teruggaat op Max Weber (Bottero 2005). Volgens Marx is iemands sociale positie volledig terug te voeren tot zijn/haar sociale klasse, waarbij de relatie ten opzichte van de productiemiddelen centraal staat. Weber daarentegen ontwikkelde een multidimensionele visie op sociale stratificatie. Hij onderscheidde klassen, standen en partijen. *Klasse* verwijst naar een economische categorie met gelijkaardige levenskansen. *Standen* zijn gebaseerd op prestige in een bepaalde gemeenschap. Bij standen gaat het om de ongelijke waardering van leefstijlen. Een *partij* ten slotte gaat terug op de politieke context waarin macht een centrale rol speelt (Bottero 2005). In Figuur 1 zijn deze drie nauw verweven dimensies van sociale stratificatie – klasse, macht en prestige – geïntegreerd. Daarnaast wordt ook aandacht besteed aan *discriminatie* als bron van sociale stratificatie. Bij discriminatie moet een onderscheid gemaakt worden tussen institutionele en inter-persoonlijke discriminatie (cf. infra). Wanneer we discriminatie beschouwen als één van de sociale processen áchter de gezondheidskloof, doelen we op de institutionele vorm. Institutionele discriminatie zit in organisationele structuren ingebakken en leidt onder meer tot de identificatie van etnische groepen, hun reïficatie als biologisch en cultureel verschillend, en bijgevolg tot sociale en economische uitsluiting (Karlsen & Nazroo 2002a; Karlsen & Nazroo 2002b).

2.2.2 Sociale positie

Institutionele discriminatie en de differentiële allocatie van zowel economische/materiële goederen, status als macht geven aanleiding tot verschillende relevante sociale posities, zoals *socio-economische positie*, *gender* en *ethniciteit*.

In wat volgt bespreken wij beknopt de socio-economische en gender-positie. In paragraaf 3 focussen wij vervolgens op de samenhang tussen ethniciteit (als sociale positie) en gezondheid.

Iemands *socio-economische positie* kan aan de hand van verschillende indicatoren geoperationaliseerd worden. De belangrijkste zijn beroepsstatus, opleidingsniveau en inkomen. Elke indicator reflecteert enerzijds de algemene impact van sociale stratificatie; anderzijds vat elke indicator ook een specifiek deel van de sociale gelaagdheid. Door het combineren van deze verschillende aspecten van socio-economische positie krijgt men als onderzoeker een meer accuraat beeld van socio-economische ongelijkheid in gezondheid. Ook proxy-indicatoren, zoals vermogen en huisbezit, kunnen gebruikt worden (CSDH 2007). Vanuit de levensloopbenadering besteedt men bovendien veel aandacht aan het feit dat de socio-economische positie op verschillende momenten gedurende de levensloop best anders geoperationaliseerd wordt. Zo is opleidingsniveau eerder determinerend in de jong-volwassenheid, terwijl beroepspositie en inkomen op middelbare leeftijd belangrijker worden (Galobardes e.a. 2006a; Galobardes e.a. 2006b). Centraal in het levensloopmodel is de aanname dat verschillende biologische en sociale omstandigheden doorheen de levensloop op cumulatieve en/of interactieve wijze een onafhankelijke invloed uitoefenen op ziekte en gezondheid op volwassen leeftijd (Graham 2002; Kuh e.a. 2003). Relatief recent komt er ook meer aandacht voor de verschillende niveaus waarop socio-economische positie gemeten kan worden, namelijk op het individuele niveau, het niveau van het huishouden en het buurtniveau (Galobardes e.a. 2006a; Galobardes e.a. 2006b).

Met *gender* worden de sociaal geconstrueerde aspecten van man- en vrouw-zijn aangeduid. Wanneer we met de genderbril naar sociale ongelijkheid in gezondheid kijken, wordt snel duidelijk dat vrouwen in geïndustrialiseerde samenlevingen vandaag de dag vaker ziek zijn dan mannen maar langer leven. Als (partiële) verklaring wordt vaak gewezen op het feit dat de dominante visie op mannelijkheid nefaste gevolgen heeft voor de mannelijke gezondheid (bv. door het aanmoedigen van risicovol gedrag, zoals alcohol- en druggebruik). Recent merken we echter dat de levensverwachting van mannen en vrouwen terug naar elkaar toegroeit, onder meer doordat vrouwen dergelijk risicogedrag overnemen. Bovendien is het belangrijk erop te wijzen dat de hogere levensverwachting van vrouwen een relatief recent fenomeen is. Gedurende eeuwen hadden mannen een substantieel lagere mortaliteit dan vrouwen. De voorkeursbehandeling die mannen te beurt viel en de systematische achterstelling van vrouwen speelden

daarin een cruciale rol. In heel wat samenlevingen wordt meisjes en vrouwen bovendien nog steeds systematisch de toegang tot macht, prestige en andere schaarse goederen ontzegd (Annandale 1998; Bartley 2004).

3. **Etniciteit als fundamentele sociale oorzaak**

In dit artikel ligt de focus op etniciteit als fundamentele sociale oorzaak van sociale ongelijkheid in gezondheid. Na de bespreking van de diepgewortelde oorzaken van systematische gezondheidsverschillen in het algemeen en van etnische gezondheidsverschillen in het bijzonder richten we nu onze aandacht op de meer *proximale mechanismen* van etnische ongelijkheid in gezondheid.

Traditioneel wordt een onderscheid gemaakt tussen drie grote groepen van niet mutueel exclusieve *intervenierende mechanismen*: biologische, culturele en socio-economische processen (Nazroo 1998; Smaje 1996). Naast deze processen wordt de mogelijkheid dat etnische gezondheidsverschillen het gevolg van een artefact zijn en dus terug te voeren tot methodologische onnauwkeurigheden, in de literatuur herhaaldelijk geopperd. Wij argumenteren bovendien dat het zichzelf identificeren of geïdentificeerd worden als lid van een bepaalde etnische groep een rol kan spelen bij etnische ongelijkheid in gezondheid. In het eerste deel van deze paragraaf gaan wij dieper in op de artefactverklaring en de rol van etniciteit als identiteit. Daarna bespreken wij de ‘traditionele’ intermediaire mechanismen. Vervolgens komen de *specifieke determinanten* van etnische verschillen in gezondheid aan bod. De achterliggende processen – biologische, culturele, socio-economische en identificatie-processen – beïnvloeden de gezondheid immers via specifieke determinanten. Deze inzichten worden in het conceptueel model geïntegreerd.

3.1 **Etnische ongelijkheid in gezondheid: een wetenschappelijke of sociale constructie?**

3.1.1 *De artefactverklaring*

Het centrale uitgangspunt van deze verklaring is dat etnische ongelijkheid in gezondheid *niet ‘reëel’* is, maar tijdens het onderzoeksproces *gecreëerd* wordt. Etnische gezondheidsverschillen zijn volgens deze verklaring louter tot systematische meetfouten te herleiden. Deze artefactverklaring werd in 1980 door het Black Report verworpen. Volgens de auteurs maakte het overweldigende empirische bewijs voor etnische verschillen in gezondheid de artefactverklaring weinig waarschijnlijk (Elstad 2000; Sim & Mackie 2006; Socialist Health Association 2005). Toch zijn er aanwijzingen dat meeteffecten een rol spelen. Een klassiek voorbeeld is de ‘numerator-denominator bias’ in mortaliteitsonderzoek. Bij het

berekenen van een sterftecijfer staat het aantal sterfgevallen in de teller (numerator); de noemer (denominator) bevat het aantal persoonsjaren.⁶ De informatie uit de teller is afkomstig uit het bevolkingsregister; het aantal persoonsjaren wordt meestal op basis van de volkstelling bepaald. Het gebruik van andere bronnen voor teller en noemer kan tot systematische verschillen in informatie leiden. Differentiële registratie van ethniciteit in het bevolkingsregister versus de volkstelling kan bijvoorbeeld tot systematische onder- of overschatting van etnische ongelijkheid in gezondheid leiden. Bovendien is het heel goed mogelijk dat de teller en noemer van het sterftecijfer in migrantengemeenschappen niet dezelfde populatie bevatten, aangezien zowel emigratie als immigratie op grote schaal plaatsvindt in deze gemeenschappen. Door het koppelen van sterftecificaten aan de volkstelling kunnen heel wat van deze systematische fouten vermeden worden (Deboosere & Gadeyne 2005; Ringbäck Weitoft e.a. 1999). Verder kunnen diverse operationalisering van ethniciteit en/of gezondheid tot systematische verschillen in bevindingen leiden en dus tot een over- of onderschatting van etnische verschillen in gezondheid. Desalniettemin concluderen veel auteurs dat het weinig aannemelijk is dat de systematische samenhang tussen ethniciteit en gezondheid slechts een wetenschappelijke constructie is. Er bestaan met andere woorden *substantiële* verschillen in gezondheid tussen etnische groepen (o.a. Agyemang e.a. 2009; Elstad 2000; Sim & Mackie 2006; Socialist Health Association 2005).

3.1.2 *De rol van ethniciteit als identiteit*

Ethniciteit is niet alleen een *positie in een sociale structuur*, maar ook een *identiteit*, die gedeeltelijk het gevolg is van de handelingsbekwaamheid (agency) van de actoren. Alhoewel het mogelijk is een analytisch onderscheid te maken tussen ethniciteit als een realiteit *sui generis* enerzijds en ethniciteit als een *belichaamde identiteit* anderzijds, kunnen beiden niet losgekoppeld worden van elkaar. Met zijn *habitus*concept benadrukt Pierre Bourdieu deze relatieve eenheid van identiteit en structuur (Bourdieu 1988; Smaje 1996). Beiden zijn als onderdelen van de habitus in een 'dialectiek van objectivering en belichaming' onlosmakelijk met elkaar verbonden. Vaak wordt ethniciteit echter eerder als een sociale positie beschouwd en wordt de rol van ethniciteit als identiteit als secundair gezien. De nadruk komt dan te liggen op het structurerende karakter van deze *positie*: via een differentiële toegang tot een waaier aan sociale bronnen structureert ethniciteit de sociale ervaringen waaronder gezondheid (Annandale 1998; Hanquinet e.a. 2006; Nazroo 1998; Smaje 1996). In het conceptueel schema komt deze visie naar voor in de 'traditionele' socio-economische en culturele intermediaire processen. Ethniciteit als (sociale) identiteit komt in dit schema echter ook aan bod. Deze identiteit is het resultaat van sociale constructie: zowel zelfdefiniëring als definiëring van anderen speelt daarbij een rol. Hoewel mensen over meerdere (etnische) identiteiten beschikken en identiteiten veranderlijk zijn, menen wij toch een zekere stabiliteit in deze identiteiten te kunnen ontwaren (Annandale 1998; Ratcliffe 2004; Smaje

1996). In de mate dat de etnische identiteit in de sociale interactie geëxternaliseerd wordt en via zelfidentificatie geïnternaliseerd wordt, kan deze een invloed op de gezondheid van (de leden van) een etnische categorie uitoefenen.

Het louter toegeschreven worden aan een etnische groep kan de kansen op de arbeids- en woningmarkt in negatieve of positieve zin beïnvloeden en zo een effect op de gezondheid hebben. Denken we bijvoorbeeld aan het niet weerhouden van iemands curriculum vitae enkel en alleen omdat hij Mohammed heet; het niet verhuren van (duurdere) huurwoningen aan leden van (bepaalde) etnische minderheden ... Via een etnisch stigma worden leden van etnische minderheden niet voor een sollicitatiegesprek uitgenodigd en naar een bepaald (goedkoper) segment van de huurmarkt 'geleid'. Merken we op dat racisme – discriminatie op basis van etniciteit – hier een centrale rol speelt. Maatschappelijke waarden en vooroordelen worden tijdens interacties tussen individuen in interpersoonlijke discriminatie vertaald (Karlsen & Nazroo 2002a; Karlsen & Nazroo 2002b; Williams, Lavizzo-Mourey & Warren 1994). Ook via institutionele discriminatie kan etniciteit een invloed uitoefenen op de gezondheid (cf. discriminatie ingebed in het gezondheidszorgsysteem). Niet enkel het geïdentificeerd worden als lid van een bepaalde etnische groep, maar ook *het zichzelf beschouwen als lid van die groep* kan een impact op de gezondheid hebben. Zo is het aannemelijk dat leden van etnische minderheden na verschillende negatieve ervaringen op de arbeidsmarkt de moed laten zakken en voor bepaalde jobs niet langer solliciteren. Op deze manier maken ze meer kans op het verwerven van fysiek zware jobs of jobs met een slechte verloning, wat repercussies voor de gezondheid met zich kan meebrengen. Ook het internaliseren van negatieve stereotypen kan via zijn weerslag op het psychisme een invloed op de gezondheid hebben. Anderzijds kan het zichzelf beschouwen als lid van een bepaalde etnische groep ook positieve gezondheidseffecten hebben. Zichzelf identificeren als behorend tot deze of gene etnische groep kan iemand bijvoorbeeld met trots vervullen en bijdragen tot (het herwinnen van) zijn/haar waardigheid.

3.2 Traditionele interveniërende mechanismen

3.2.1 Een biologische erfenis

Ooit waren genen de dominante verklaringgrond voor etnische verschillen in gezondheid. Recent wetenschappelijk onderzoek staat echter sceptisch tegenover de idee dat genen verantwoordelijk zouden zijn voor etnische gezondheidsverschillen. Heel wat studies hebben aangetoond dat er geen enkele genetische basis bestaat voor raciale/etnische classificaties. Slechts 7% van de genetische variatie in mensen hangt samen met raciale/etnische categorieën. Ter vergelijking: 85% van de menselijke genetische variatie vindt op het inter-individuele niveau plaats (Witzig 1996). Deze bevindingen tonen het failliet aan van de

zogenaamde genetische consistentie van etnische groepen. Toch betekent dit geenszins dat genetische mechanismen geen rol kunnen spelen in etnische patronen in gezondheid. Het belang van dit genetische mechanisme staat of valt met het bestaan van systematische genetische verschillen tussen etnische groepen, die met de etiologie van bepaalde ziekten verband houden. Bepaalde polymorfe genen die aan de basis liggen van erfelijke aandoeningen zoals fenylketonurie en sikkelcelziekte, zijn niet willekeurig over de verschillende etnische groepen verdeeld. Hoewel etniciteit een sociaal construct is, kunnen genen dus een rol spelen bij etnische verschillen in gezondheid. Etniciteit als sociale categorie gaat immers terug op *'memories of a shared past'* (cf. infra) (Ratcliffe 2004), wat vaak een gezamenlijke (biologische) afkomst impliceert (Annandale 1998; Goodman 2000; Smaje 1996; Winker 2004; Witzig 1996).

Toch lijkt het onwaarschijnlijk dat genetische/fysiologische mechanismen belangrijke intermediaire factoren zijn in de samenhang tussen etniciteit en gezondheid. Genen an sich oefenen immers geen rechtstreekse invloed uit op het fenotype⁷; het effect van het genotype wordt door de (sociale) omgeving gemedieerd (Smaje 1996). Om de hogere prevalentie van diabetes type 2 bij *'newly westernized populations'* te verklaren, wordt bijvoorbeeld vaak gewezen op een genetische aanleg in combinatie met de (snelle) overname van een westers leefpatroon (Baschetti 1998; Greenhalgh 1997; Middelkoop 2001; Patel & Bhopal 2007). Naast een genetische aanleg is dus ook – de cultureel en socio-economisch bepaalde – leefstijl van belang bij het tot uiting komen van diabetes type 2. Dit impliceert dat de verschillende interveniërende mechanismen van etnische gezondheidsverschillen complementair zijn.

3.2.2 Culturele factoren

In antropologische/sociologische literatuur (o.a. Barth 1969; Hanquinet e.a. 2006; Ratcliffe 2004) wordt een etnische groep omschreven als een groep mensen met een relatief homogene cultuur, die een gemeenschappelijke achtergrond hebben of althans geloven dat ze een gemeenschappelijke achtergrond hebben. Etniciteit – als positie in een sociale structuur en als identiteit – gaat over culturele differentiatie. Cultuur vormt een centraal aspect van etniciteit, maar valt er niet mee samen. Er is geen eenduidige relatie tussen etnische categorieën en culturele gelijkenissen/verschillen. Cultuur houdt zich niet aan etnische grenzen en ook binnen etnische groepen bestaan culturele verschillen. Bij het construeren van etnische categorieën worden immers niet alle culturele verschillen in rekening gebracht, maar enkel die verschillen die de actoren als relevant beschouwen. Wanneer men de *'gedeelde'* cultuur van etnische groepen bestudeert, maakt men een onderscheid tussen twee niveaus, namelijk (1) uiterlijke kenmerken, zoals taal, kledij, leefstijl... en (2) algemene waardenoriëntaties (Barth 1969; Hanquinet e.a. 2006).

Vanuit het oogpunt van de volksgezondheid kunnen culturele verschillen tussen etnische groepen van belang zijn. Toch is enige voorzichtigheid geboden. Heel vaak wordt in onderzoek (o.a. Black 1985; Gupta, de Belder & O'Hughes 1995) immers de volgende benadering gehanteerd: wanneer er, na controle voor socio-economische factoren, een onafhankelijk effect van etniciteit op gezondheid blijft bestaan, neemt men aan dat dit te wijten is aan de cultuur van deze of gene etnische groep. Het risico van deze benadering is dat ze al gauw resulteert in 'victim blaming'. Dé afwijkende cultuur van de etnische minderheidsgroep wordt als de grote boosdoener beschouwd: bepaalde gezondheidsproblemen zijn het gevolg van deviante opvattingen, waarden en normen (Annandale 1998; Nazroo 1998).

Toch kunnen culturele factoren een rol spelen in etnische patronen in gezondheid. Via cultuur geven we immers betekenis aan de werkelijkheid. Cultuur als het geheel van opvattingen, waarden en normen reikt ons een referentiekader aan om op een bepaalde manier met de werkelijkheid om te gaan. Culturele verschillen, gerelateerd aan etniciteit, kunnen een invloed hebben op *gezondheidsgerelateerd gedrag* (zoals voeding, gebruik van medicijnen...), *psychische factoren* (zoals stress, coping⁸ ...) en op *het gebruik van gezondheidszorg*. Het feit dat leden van migrantengemeenschappen in België de Nederlandse respectievelijk Franse taal niet machtig zijn kan bijvoorbeeld tot een minder adequaat gebruik van zorg leiden. Ook de wijze waarop iemand zijn gezondheid beleeft en zijn gezondheidsproblemen aan (professionele) zorgverstrekkers presenteert, kan op de toegankelijkheid en de effectiviteit van de zorg van invloed zijn (Stronks e.a. 1999; Uniken Venema e.a. 1995).

Het lijkt geen twijfel dat culturele factoren een belangrijke rol kunnen spelen bij etnische verschillen in gezondheid. Toch moet men bij het hanteren van culturele processen als intermediair mechanisme in onderzoek naar etnische ongelijkheid in gezondheid voorzichtig zijn. Cultuur is immers een dynamisch gegeven. De cultuur van een etnische minderheid is steeds aan verandering onderhevig, deels onder invloed van de – eveneens evoluerende – cultuur van het gastland. Dit proces van acculturatie zorgt ervoor dat de relatie tussen etniciteit, cultuur en gezondheid geen statisch gegeven is. Bovendien is het, zoals hierboven reeds aangehaald, onmogelijk te spreken over dé cultuur van een bepaalde etnische groep. Culturele verschillen houden zich niet aan etnische grenzen en ook binnen etnische categorieën bestaat culturele verscheidenheid (Hanquinet e.a. 2006; Smaje 1996; Stronks e.a. 1999).

3.2.3 *'To be poor and of a poor race': de rol van socio-economische factoren*

Migrantengemeenschappen bekleden vaak lagere socio-economische posities. Bijgevolg concentreert heel wat onderzoek naar etnische gezondheidsverschillen

zich op het ontwarren van de respectieve invloeden van zowel socio-economische positie als van ethniciteit op gezondheid (Nazroo 1998; Smaje 1996). Het leeuwendeel van de studies toont aan dat etnische gezondheidsverschillen volledig of gedeeltelijk te wijten zijn aan verschillen in socio-economische positie (Chandola 2001; Dijkshoorn, Uitenbroek & Middelkoop 2003; Lillie-Blanton e.a. 1996; Pudaric, Sundquist & Johansson 2003; Wiking, Johansson & Sundquist 2004).

Het ontrafelen van de respectieve invloeden van zowel socio-economische positie als van ethniciteit op gezondheid is evenwel niet zonder ‘methodologische’ problemen. Indicatoren van socio-economische positie, zoals inkomen, opleidingsniveau, beroepsstatus... worden, door hun sterke correlatie met zowel ethniciteit als gezondheid, in onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid als ‘confounding’ variabelen beschouwd. Men gaat ervan uit dat de échte etnische patronen in gezondheid aan het licht komen, wanneer één of meerdere van deze indicatoren in de analyses geïntegreerd worden. Hoewel deze statistische aanpak onderzoekers voor reductionisme – reductie van socio-economische positie tot ras/ethniciteit enerzijds of van ras/ethniciteit tot socio-economische positie anderzijds – behoedt, zijn er toch enkele problemen mee geassocieerd.

Ten eerste verliest men vaak uit het oog *hoe* de *relatie* tussen socio-economische positie, ethniciteit en gezondheid *eruitziet*. Men gaat er vanuit dat de invloed van socio-economische indicatoren op de gezondheid voor elke etnische groep op dezelfde manier verloopt. Onderzoek heeft echter aangetoond dat dit gezinszins het geval hoeft te zijn (Annandale 1998; Davey Smith 2000; Smaje 1996). Naargelang de gebruikte gezondheidsindicatoren en de indicatoren van socio-economische positie, vonden Farmer & Ferraro (2005) een additief of een interactief effect.

Een tweede ‘methodologisch’ probleem is de *validiteit* van de indicatoren van socio-economische positie. Wat meten deze indicatoren? Wat betekent het bijvoorbeeld dat een hoger opleidingsniveau over het algemeen geassocieerd is met een betere gezondheid? De relatie tussen opleidingsniveau en gezondheid kan op verschillende manieren verlopen: opleiding zou een maat kunnen zijn voor de materiële en culturele hulpbronnen tijdens het opgroeien en deze hulpbronnen zouden de bepalende determinanten van gezondheid op volwassen leeftijd kunnen zijn; opleidingsniveau zou via het bepalen van de beroeps- en arbeidsmarktpositie de gezondheid kunnen beïnvloeden; opleidingsniveau zou een invloed kunnen hebben op de ontvankelijkheid voor de boodschap van gezondheids campagnes... (Blane 1995) Bovendien bestaat er discussie over de validiteit van de indicatoren van socio-economische positie over de etnische groepen heen. Onderzoek heeft aangetoond dat er wel eens sprake zou kunnen zijn van differentiële validiteit. Het behoren tot een bepaalde beroepsgroep zou een andere betekenis hebben, afhankelijk van de etnische groep waartoe men behoort. Binnen

een bepaalde beroepsgroep bekleden etnische minderheden immers vaker de onzekere jobs met een minder goede verloning (Annandale 1998; Davey Smith 2000; Smaje 1996).

Een laatste kritiek op het statistisch controleren voor socio-economische factoren in onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid is dat de manier waarop de socio-economische positie *geproduceerd* en *gereproduceerd* wordt in de verschillende etnische groepen, uit het oog verloren wordt. Met andere woorden: de ruimere historische en sociale context wordt niet in ogenschouw genomen (Blane 1995; Smaje 1996).

Samenvattend kunnen we stellen dat socio-economische factoren van essentieel belang zijn bij het verwerven van inzicht in etnische gezondheidsverschillen. Etnische minderheden bevinden zich vaak in een dubbele achterstellingspositie: niet alleen het behoren tot een etnische minderheid ('to be a *poor* race') (Du Bois), maar ook de socio-economische achterstelling ('to be poor') is nefast voor de gezondheid. Socio-economische factoren kunnen via tal van specifieke determinanten de relatie tussen etniciteit en gezondheid mediëren. Socio-economische factoren spelen een rol bij de *toegankelijkheid en effectiviteit van de gezondheidszorg*. Een lager opleidingsniveau kan bijvoorbeeld een indicator zijn van een gebrekkige kennis van de structuur van de gezondheidszorg, wat de toegankelijkheid kan bemoeilijken. De invloed van de socio-economische positie op de individuele gezondheid verloopt ten dele ook via *woonomstandigheden*. Zo bepaalt het beschikbare inkomen voor een stuk de buurt waarin men gaat wonen; het soort huis dat men betreft... Ook via *arbeidsomstandigheden*, zoals het al dan niet blootgesteld worden aan schadelijke stoffen, al dan niet de steun van collega's genieten..., laten socio-economische factoren hun invloed op gezondheid gelden. Uit heel wat onderzoek blijkt bovendien dat de socio-economische positie ook implicaties heeft voor de individuele *leefstijl* (Beck, Vanroelen & Louckx 2002). Last but not least wordt de impact van socio-economische factoren op de individuele gezondheid door *psychische factoren*, zoals stress, coping en subjectieve sociale status, gemedieerd. Zo stelden Stronks e.a. (1998) vast dat de negatieve invloed van opleidingsniveau op de subjectieve gezondheid ten dele gemedieerd wordt door een differentiële blootstelling aan stressoren en het hanteren van andere copingstrategieën. Het onderzoek van Demakakos e.a. (2008) wijst op het belang van subjectieve sociale status – iemands perceptie van zijn/haar positie in de sociale hiërarchie – als mediërende factor.

Zonder afbreuk te willen doen aan het belang van socio-economische processen als mediërende mechanismen, sluiten wij deze paragraaf af met een nuanceerende noot. Het is onmogelijk om algemene uitspraken te doen over de relatie etniciteit, socio-economische positie en gezondheid. Afhankelijk van de etnische groep, de onderzochte gezondheidsindicator en de gebruikte socio-economische

indicator zullen de resultaten immers verschillen. Bovendien hebben migrantengemeenschappen niet op alle aspecten van gezondheid een achterstand en zijn etnische verschillen in gezondheid dynamisch (Davey Smith 2000; Smaje 1996; Stronks e.a. 1999).

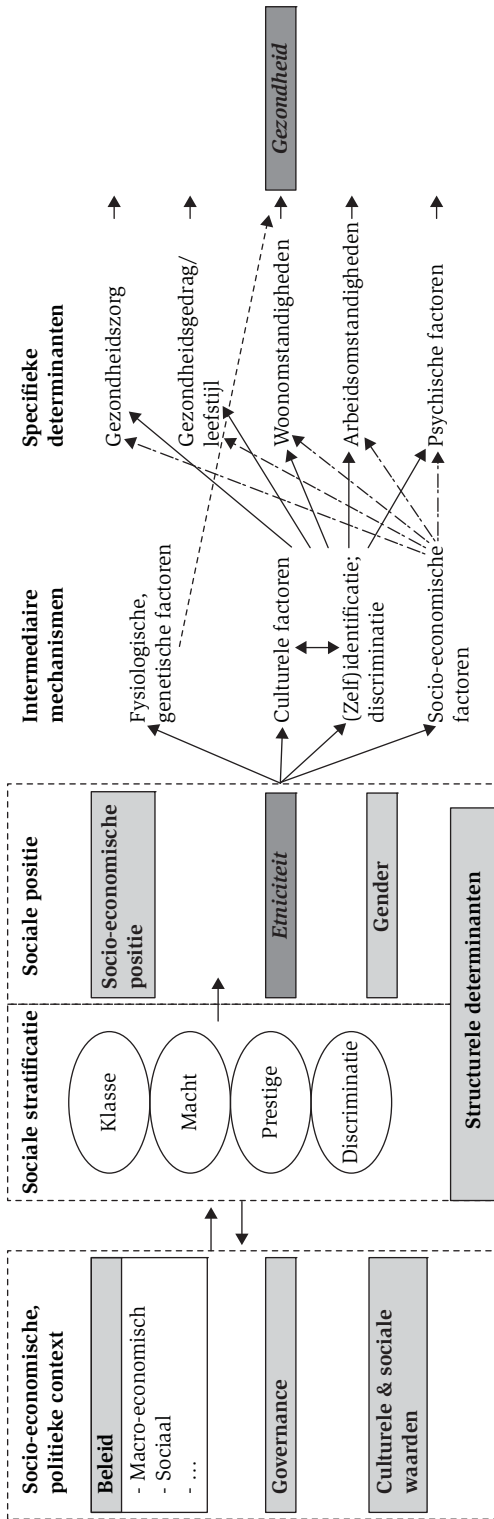
3.3 De specifieke determinanten als proximale mediërende factoren

De invloed van de achterliggende biologische, culturele, socio-economische en (zelf)identificatie-mechanismen op gezondheid verloopt via specifieke determinanten. Deze specifieke determinanten situeren zich zowel op micro- als meso-niveau. Als *specifieke determinanten* onderkennen we: de toegankelijkheid en de effectiviteit van de gezondheidszorg, de materiële en psychosociale woon- en arbeidsomstandigheden, gezondheidsgedrag en psychische factoren.

De *toegankelijkheid en effectiviteit van de gezondheidszorg* kan onder meer door taalbarrières en financiële drempels bemoeilijkt worden. Wat de materiële en psychosociale *woonomstandigheden* betreft, kunnen factoren, zoals blootstelling aan toxines (Parker e.a. 2002) en sociale cohesie (Lomas 1998), van belang zijn voor de individuele gezondheid. Verder kunnen onder meer de beschikbaarheid van publieke of private diensten en de ruimtelijke concentratie van een bepaalde etnische groep in een buurt de gezondheid in positieve of negatieve zin beïnvloeden (Macintyre, Ellaway & Cummins 2002; van Kempen & ule Özüekren 1998). Ook materiële en psychosociale *arbeidsomstandigheden* kunnen een impact op gezondheid hebben. Zo zijn blootstelling aan (hoge) loodconcentraties (Bener e.a. 2001) en het uitoefenen van ploegenarbeid voorbeelden van materiële arbeidsomstandigheden met een (mogelijks) schadelijke invloed op de gezondheid. Een vierde specifieke determinant is *gezondheidsgedrag*. Bepaalde leefstijlfactoren, zoals roken, weinig lichaamsbeweging..., laten hun sporen op de gezondheid na. Een laatste groep specifieke determinanten zijn de *psychische factoren*. Een belangrijke *psychische factor* is stress. Stress oefent via zijn invloed op de ‘hypothalamus-hypofyse-bijnier-as’ een rechtstreekse invloed op de gezondheid uit (Björntorp 1991). Stress beïnvloedt gezondheid echter niet alleen rechtstreeks – via fysiopathologische mechanismen –, maar ook onrechtstreeks – via gedrag (bv. roken) (Kristenson e.a. 2004).

3.4 Een conceptueel model m.b.t. de samenhang tussen etniciteit en gezondheid

In dit conceptueel model worden de bepalende processen en factoren m.b.t. samenhang tussen etniciteit en gezondheid gevisualiseerd en de voornaamste relaties tussen deze verschillende processen en factoren in de verf gezet. Helemaal links op de figuur vinden we de facetten van de *sociale en politieke context* terug



Figuur 1. Een conceptueel model m.b.t. de samenhang tussen etniciteit en gezondheid.

die een rechtstreekse invloed hebben op het patroon van sociale stratificatie en sociale positie. Belangrijke contextuele aspecten zijn: beslissingen op relevante beleidsdomeinen, de manier waarop de maatschappij georganiseerd is, en culturele en sociale waarden. Iets meer naar rechts op het diagram bevinden zich de *structurele determinanten*: de sociale stratificatiemechanismen en sociale posities. Belangrijke bronnen van sociale stratificatie zijn economische/materiele goederen, macht, status en discriminatie. De differentiële allocatie van deze goederen beïnvloedt op zijn beurt de socio-economische en politieke context – bijvoorbeeld doordat mensen met veel macht hun stempel op het beleid drukken – en geeft aanleiding tot het ontstaan van verschillende relevante sociale posities, zoals socio-economische positie, etniciteit en gender. Deze sociale posities vormen de spil van de figuur. Daar vindt de ongelijke allocatie van maatschappelijke goederen plaats en wordt de toegang tot meer proximale mechanismen gemedieerd. Tot op dit punt kan het conceptueel model opgevat worden als een algemeen raamwerk voor sociale ongelijkheid in gezondheid. In het vervolg van het schema ligt de focus meer specifiek op etnische verschillen in gezondheid. De relatie tussen etniciteit en gezondheid wordt gemedieerd door vier complementaire processen – *fysiologische, culturele, socio-economische en identificatie-processen* – die via specifieke determinanten hun invloed op gezondheid laten gelden. In het schema wordt de nauwe verwevenheid tussen culturele en identificatie-processen benadrukt. Het zichzelf identificeren als lid van of toegewezen worden aan een etnische groep gebeurt hoofdzakelijk op basis van culturele factoren. Tot slot onderkennen we helemaal rechts in het conceptueel model de *specifieke determinanten* – de gezondheidszorg, leefstijl, woon- en arbeidsomstandigheden en psychische factoren – die een rechtstreekse invloed op gezondheid hebben.

4. Invloed van migratie op de gezondheid

In bovenstaand model werd een situationele analyse van de samenhang tussen etniciteit en gezondheid gepresenteerd. In deze paragraaf besteden we aandacht aan de invloed van migratie op de gezondheid van migrantengemeenschappen. Het ‘historische’ karakter van gezondheid komt daarmee in beeld. De gezondheidstoestand op een bepaald moment in de tijd is niet enkel het resultaat van relatief recente biologische en sociale omstandigheden, maar ook biologische en sociale factoren doorheen de eigen levensloop en de levensloop van voorbije generaties oefenen een invloed uit (Carballo 2007; Kuh e.a. 2003).

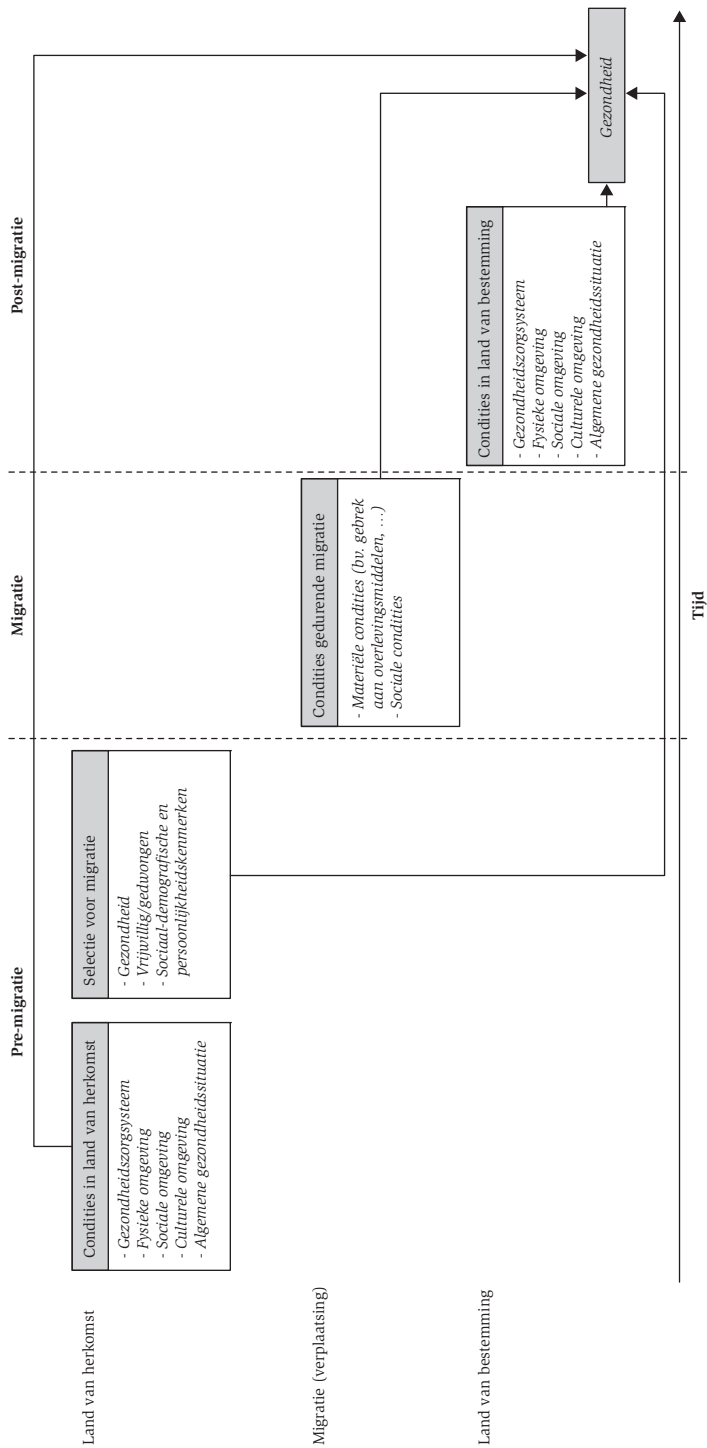
In wat volgt concentreren we ons op de impact van migratie op de gezondheid van migrantengemeenschappen. De gevolgen van migratie voor de gezondheid van de gastpopulatie laten we buiten beschouwing. Ook gaan we niet dieper in op de impact van migratie in het algemeen. We bespreken enkel de invloed van *relatief recente* migratiegolven op de gezondheid van migrantengemeenschap-

pen. Meer nog: het gaat om de invloed van *groeps*migratie van *minder naar meer geïndustrialiseerde landen*.

Migranten die migreren van minder naar meer geïndustrialiseerde landen, bewegen zich niet enkel doorheen de ruimte maar ook doorheen de tijd. Bij hun aankomst in het gastland worden ze niet enkel geconfronteerd met een macro-omgeving die drastisch verschilt van de macro-omgeving in hun land van oorsprong, maar ook met een ander 'tijdvak'. De respectieve landen van herkomst en bestemming bevinden zich immers in een andere fase van de demografische,⁹ epidemiologische¹⁰ en voedingstransitie. Migranten die migreren van minder naar meer geïndustrialiseerde landen, worden daarom ook als 'tijdreizigers' beschouwd (Razum & Twardella 2002). Zo baseert één van de mogelijke verklaringen voor het mortaliteitsvoordeel van volwassen migranten (cf. supra) zich op de vaststelling dat het land van oorsprong en het gastland zich in een verschillend stadium van de epidemiologische transitie bevinden. Bij aankomst in het gastland voltrekken veranderingen in sterfte bij migranten zich bovendien voor diverse oorzaken aan een verschillende snelheid. Sterfte aan infectieziekten en kraambedsterfte – veelvoorkomende sterfteoorzaken in de landen van herkomst – dalen razendsnel tot het niveau van de respectieve gastlanden. Sterfte aan chronische ziekten – een belangrijke doodsoorzaak in de gastlanden – blijft daarentegen relatief laag. Veel van deze chronische ziekten zijn immers leefstijlgerelateerd. Het overnemen van deze leefstijlgerelateerde risicofactoren door migranten vindt over het algemeen pas na verloop van tijd plaats. Bovendien is er sprake van een zeker tijdsverloop tussen het toenemen van risicofactoren verbonden met hart- en vaatziekten en het stijgen van sterfte aan deze ziekten. Vandaar de – temporeel – lagere sterftkans bij volwassen migranten in heel wat geïndustrialiseerde landen (Razum & Twardella 2002).

Meer algemeen kunnen we stellen dat de verandering van macro-context een belangrijke impact op de gezondheid heeft. Deze verandering kan de psychische en/of fysiologische balans die aanwezig was in het land van herkomst, grondig verstoren, wat belangrijke repercussies op de mentale en/of fysieke gezondheid kan hebben. Vaak hervinden migrantenpopulaties hun evenwicht pas na verloop van tijd (Bhugra 2004; Middelkoop 2001). Etnische verschillen in gezondheid zijn dus allesbehalve statisch. Wanneer migranten langere tijd in het gastland verblijven, kan hun gezondheid convergeren naar die van de bevolking in het gastland (Stronks e.a. 1999). Al is dat zeker niet altijd het geval (Razum e.a. 1998). Het proces van acculturatie speelt daarbij een belangrijke rol.

In Figuur 2 wordt de invloed van migratie op de gezondheid van migranten schematisch weergegeven. Pre-migratoire *condities in het land van herkomst*, zoals het klimaat, opvattingen betreffende de positie van de vrouw, sociaal beleid..., kunnen van invloed zijn op de gezondheid in het land van bestemming. In het kader van arbeidsmigratie spelen bovendien selectiemechanismen in het land



Figuur 2. De invloed van migratie op gezondheid.

van herkomst een belangrijke rol. Arbeidsmigranten vormen een ‘*selecte*’ groep, namelijk gezonde mannen in hun economisch actieve levensfase (Deboosere & Gadeyne 2005; Marmot 1994). Voor een kleine groep van migranten, namelijk asielzoekers/vluchtelingen, zijn de *condities tijdens de migratie* van belang voor de gezondheid in het land van bestemming (Kristiansen, Mygind & Krasnik 2007). Denken we maar aan een gebrek aan sanitaire voorzieningen, het ontbreken van basisgezondheidszorg... Ook de post-migratoire *condities in het land van bestemming* kunnen een invloed op de gezondheid hebben.

5. Illustratie: diabetes type 2 bij Belgen van Turkse en Marokkaanse afkomst¹¹

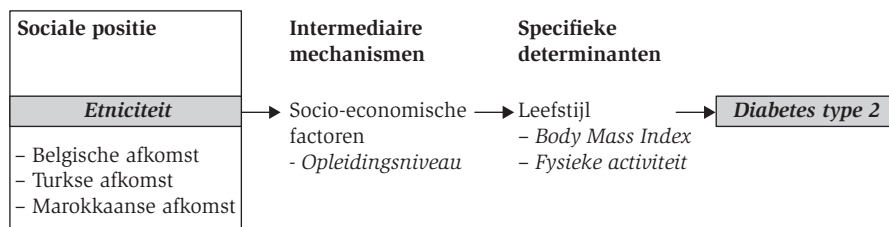
In deze paragraaf presenteren wij een voorbeeld van onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid. Daarbij grijpen we terug naar bovenstaand conceptueel model. Dit model zal in het geval van concrete onderzoeksvragen verder gespecificeerd moeten worden. Naargelang de maatschappelijke context, het bestudeerde gezondheidsaspect ... zullen andere mechanismen van belang zijn. Concreet onderzoek zal zich bovendien vaak toespitsen op een onderdeel van dit model. Het voordeel van het gebruik van een dergelijk model is dat het ruimere kader niet uit het oog verloren wordt.

5.1 Beknopte onderzoeksschets

Etnische verschillen in prevalentie van diabetes type 2¹² werden in veel landen teruggevonden (cf. supra). Ook in België zijn er, zowel uit de klinische praktijk als uit onderzoek, sterke aanwijzingen voor een hogere prevalentie van diabetes type 2 bij bepaalde etnische groepen, meer bepaald bij volwassenen van Turkse en Marokkaanse origine (Koning Boudewijnstichting 2005; Yildiz e.a. 2005). In de onderzoeksliteratuur worden uiteenlopende verklaringen gegeven voor het vaker voorkomen van diabetes type 2 bij migrantengroepen en etnische minderheden. Die verklaringen gaan terug op de ‘traditionele’ interveniërende mechanismen en kunnen bijgevolg in drie grote groepen ingedeeld worden: fysiologische, culturele en socio-economische verklaringen (Baschetti 1998; Dijkshoorn, Uitenbroek & Middelkoop 2003; Greenhalgh 1997).

In ons voorbeeld werken we twee concrete onderzoeksvragen verder uit. De eerste onderzoeksvraag luidt als volgt: komt diabetes type 2 vaker voor bij volwassenen van Turkse en Marokkaanse origine in België en zo ja, hoeveel vaker? De tweede onderzoeksvraag heeft betrekking op de proximale achterliggende mechanismen. Diabetes type 2 is nauw verbonden met *leefstijlfactoren*, zoals overgewicht/obesitas en een gebrek aan lichaamsbeweging. In *deze specifieke*

determinanten worden relatief sterke *socio-economische gradiënten* teruggevonden. Personen met een hoger opleidingsniveau hebben bijvoorbeeld een lagere prevalentie van obesitas dan lagergeschoolden (Beck, Vanroelen & Louckx 2002). Leden van de Turkse en Marokkaanse gemeenschap in België bekleden over het algemeen een lagere socio-economische positie. Bijgevolg luidt onze tweede onderzoeksvraag: is de hogere prevalentie van diabetes type 2 in de Turkse en Marokkaanse gemeenschap in België deels te verklaren door verschillen in leefstijlfactoren en in socio-economische factoren? Het model dat aan deze analyses ten grondslag ligt, is dat verschillen in diabetesprevalentie tussen volwassenen van Belgische, Turkse en Marokkaanse afkomst gedeeltelijk te wijten zijn aan verschillen in socio-economische determinanten en leefstijlfactoren tussen deze gemeenschappen. De invloed van socio-economische factoren op diabetes is echter niet rechtstreeks, maar wordt door andere (specifieke) determinanten gemedieerd. In dit voorbeeld onderzoeken we of de impact van socio-economische factoren op diabetes door leefstijldeterminanten gemedieerd wordt (cf. Figuur 3).



Figuur 3. Voorbeeld: diabetes type 2 bij Belgen van Turkse en Marokkaanse origine.

5.2 Methoden

Beide onderzoeksvragen werden aan de hand van de gepoolde *gezondheidsenquêtes* van 1997, 2001 en 2004 onderzocht. De gezondheidsenquêtes worden in België om de 3 à 4 jaar georganiseerd door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV). De belangrijkste doelstelling van deze enquêtes is de problemen en noden van de Belgische bevolking op het gebied van gezondheid te bepalen.

Als onderzoekstechniek gebruikten we *stapsgewijze logistische regressie-analyses*. Alle analyses werden gecontroleerd voor leeftijd, aangezien leeftijd een belangrijke ‘confounder’ is. Analyses werden voor mannen en vrouwen afzonderlijk uitgevoerd.

Wat de operationalisering van de variabelen betreft, is het belangrijk te vermelden dat alle variabelen op zelfrapportering gebaseerd zijn. Voor de veranderlijke *diabetes type 2* brengt deze zelfrapportering een onderschatting van de werkelijke prevalentie met zich mee, aangezien één derde tot de helft van de diabetici zich

Table 1. Resultaten van de logistische regressie-analyses van diabetesprevalentie naar leeftijd, etnische afkomst, leefstijlfactoren en opleidingsniveau (mannen).

Variabelen	Categoriën	Model											
		Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
		e ^b	se(b)	Sig.	e ^b	se(b)	Sig.	e ^b	se(b)	Sig.	e ^b	se(b)	Sig.
Intercept		0.01	0.14	***	0.02	0.18	***	0.01	0.16	***	0.01	0.21	***
Leeftijd -35		1.07	0.01	***	1.07	0.01	***	1.07	0.01	***	1.07	0.01	***
Etnische afkomst	Belgisch (ref.)	1.00			1.00			1.00			1.00		
	Turks	1.71	0.53	n.s.	1.54	0.53	n.s.	1.12	0.75	n.s.	1.06	0.76	n.s.
	Marokkaans	1.99	0.28	*	1.84	0.28	*	1.87	0.34	n.s.	1.81	1.35	n.s.
Leefstijlfactoren													
BMI -25,77								1.10	0.01	***	1.09	0.01	***
Gebrek aan fysieke activiteit	Wekelijks fysiek actief (ref.)							1.00			1.00		
	Sedentair							1.42	0.12	**	1.40	0.12	**
Socio-economische factor													
Opleidingsniveau	Geen diploma/lager ond. (ref.)				1.00						1.00		
	Lager secundair				1.06	0.15	n.s.				1.02	0.16	n.s.
	Hoger secundair				0.78	0.15	n.s.				0.88	0.17	n.s.
	Hoger onderwijs				0.72	0.16	*				0.81	0.17	n.s.
	-2 log-likelihood	2820.73			2811.81			234.17			2338.70		
	Deviance*	199.77	***		208.69	***		244.29	***		246.75	***	
	Df		3		6			5			8		

* De deviance wordt altijd vergeleken met het interceptmodel

Significantie: *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$, n.s.: niet significant

Tabel 2. Resultaten van de logistische regressie-analyses van diabetesprevalentie naar leeftijd, etnische afkomst, leefstijlfactoren en opleidingsniveau (vrouwen).

Variabelen	Model											
	Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
Categoriën	e ^b	se(b)	Sig.	e ^b	se(b)	Sig.	e ^b	se(b)	Sig.	e ^b	se(b)	Sig.
Intercept	0.01	0.15	***	0.02	0.18	***	0.01	0.18	***	0.01	0.23	***
Leeftijd <35	1.06	0.01	***	1.06	0.01	***	1.06	0.01	***	1.06	0.01	***
Etnische afkomst	1.00			1.00			1.00			1.00		
Turks	8.61	0.32	***	6.01	0.33	***	8.24	0.39	***	6.87	0.40	***
Marokkaans	4.70	0.24	***	3.50	0.24	***	2.55	0.33	**	2.22	0.34	*
Leefstijlfactoren												
BMI <25,77							1.13	0.01	***	1.12	0.01	***
Gebrek aan fysieke activiteit							1.00			1.00		
Socio-economische factor												
Opleidingsniveau				1.00								
Geen diploma/lager ond. (ref.)										1.00		
Lager secundair				0.76	0.14	*				0.86	0.16	n.s.
Hoger secundair				0.66	0.15	**				0.83	0.17	n.s.
Hoger onderwijs				0.32	0.21	***				0.49	0.23	**
-2 log-likelihood	2748.46			2712.15			2072.73			2062.09		
Deviance*		220.49	***		256.80	***		374.47	***		385.10	***
Df			3			6						8

* De deviance wordt altijd vergeleken met het interceptmodel

Significantie: *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$, n.s.: niet significant

niet bewust is van het feit dat ze diabetes hebben. ‘Diabetes type 2’ is een dummy-veranderlijke met (0) geen diabetes en (1) diabetes. Aangezien diabetes type 2 vooral op oudere leeftijd voorkomt, hielden we bij onze berekeningen enkel rekening met de leeftijdsgroep van 35 tot 74 jaar oud. Wat de veranderlijke *ethniciteit* betreft, werd een maximalisatiecriterium gehanteerd om zoveel mogelijk Belgen van Turkse en Marokkaanse origine in de steekproef te behouden. Elk lid van een huishouden waar één iemand de Turkse/Marokkaanse nationaliteit had of geboren was in Turkije/Marokko, werd tot de Turkse/Marokkaanse gemeenschap gerekend. Respondenten die in een huishouden woonden waar niemand de Turkse/Marokkaanse nationaliteit had of geboren was in Turkije/Marokko, werden als autochtone Belgen beschouwd. De operationalisering van de veranderlijke *opleidingsniveau* is gebaseerd op de internationale standaardclassificatie (ISCED). Deze variabele kan de volgende waarden aannemen: (1) geen diploma/lager onderwijs; (2) lager secundair onderwijs; (3) hoger secundair onderwijs; (4) hoger onderwijs. De variabele *body mass index (BMI)* – lichaamsgewicht (in kg) gedeeld door lichaamslengte (in m) in het kwadraat – werd gecentreerd om het intercept een meer zinvolle interpretatie te geven. Ook de veranderlijke *leeftijd* werd gecentreerd. Fysieke activiteit ten slotte werd geoperationaliseerd aan de hand van de veranderlijke ‘gebrek aan actieve vrijetijdsbesteding’. Dit is een dummyvariabele met volgende categorieën: (0) wekelijks fysiek actief en (1) sedentair.

5.3 Resultaten

In de leeftijdsgroep van 35 tot 74 jaar is de prevalentie van diabetes type 2 hoger bij Belgen van Turkse en Marokkaanse oorsprong dan bij autochtone Belgen. De etnische verschillen zijn echter meer uitgesproken bij de vrouwen. Bij autochtone Belgische mannen bedraagt de diabetesprevalentie 5.0%. Van de 35- tot 74-jarige mannen van Turkse en Marokkaanse afkomst heeft respectievelijk 5.8 en 6.5% diabetes. Bij vrouwen van Belgische, Turkse en Marokkaanse origine daarentegen is de diabetesprevalentie respectievelijk 4.3, 18.7 en 11.9% (resultaten niet weergegeven).

Wanneer we de resultaten van de logistische regressie-analyses met diabetes als afhankelijke variabele bekijken, zien we hetzelfde patroon verschijnen. Gecontroleerd voor leeftijd is de odds ratio voor Turkse versus Belgische mannen 1.71; voor Marokkaanse versus Belgische mannen bedraagt de odds ratio 1.99 (cf. Tabel 1, model 1). Maar voor vrouwen zijn de odds op diabetes voor Turkse en Marokkaanse vrouwen maar liefst 8.61 en 4.70 keer groter dan de odds voor Belgische vrouwen (cf. Tabel 2, model 1). Wanneer ook rekening gehouden wordt met verschillen in opleidingsniveau, worden de etnische verschillen in diabetesprevalentie zowel bij mannen als vrouwen kleiner (cf. Tabellen 1 en 2, model 2). Het feit dat volwassenen van Turkse en Marokkaanse origine in België door

de bank genomen een lager opleidingsniveau hebben, verklaart ten dele hun hogere prevalentie van diabetes type 2. In model 3 (cf. Tabel 1 en 2) brengen we de leefstijlfactoren 'body mass index' en 'gebrek aan fysieke activiteit' in de analyses. Zoals verwacht vertonen beide specifieke determinanten een positieve associatie met diabetes. Bij 35- tot 74-jarige mannen zijn de etnische verschillen in diabetesprevalentie niet langer significant, wanneer we voor deze variabelen controleren. Bij vrouwen worden de verschillen kleiner, maar de odds ratio's blijven wel erg hoog, namelijk 8.24 en 2.55 voor respectievelijk Turkse en Marokkaanse vrouwen. Als we zowel opleidingsniveau, BMI als gebrek aan fysieke activiteit in onze analyses integreren, worden de etnische verschillen in diabetesprevalentie nog kleiner (cf. Tabel 1 en 2, model 4). Toch blijven de odds ratio's voor vrouwen van Turkse en Marokkaanse oorsprong hoog (cf. Tabel 2, model 4). Bij mannen is het effect van opleidingsniveau, na controle voor zowel opleidingsniveau als BMI en gebrek aan fysieke activiteit, niet langer significant; bij vrouwen wordt het effect van opleiding op diabetesprevalentie beduidend kleiner. Bijgevolg is onze aanname dat de invloed van opleidingsniveau op diabetes deels door leefstijlfactoren gemedieerd wordt, plausibel.

5.4 Discussie

We stelden vast dat volwassenen van Turkse en Marokkaanse origine in België een hogere diabetesprevalentie hebben dan volwassenen van Belgische origine. Bij mannen worden deze etnische verschillen wegverklaard, als we rekening houden met de variabelen 'body mass index' en 'gebrek aan fysieke activiteit'. Bij vrouwen daarentegen blijven de verschillen erg groot. Andere factoren spelen bijgevolg een belangrijke rol (cf. infra).

In onze zoektocht naar de achterliggende mechanismen van etnische verschillen in diabetes, concentreerden we ons enkel op socio-economische factoren en leefstijl. Er bestaat dus een grote discrepantie in uitgebreidheid tussen het hierboven ontwikkelde conceptuele model en het hier gepresenteerde voorbeeld. Dit verschil in focus is enerzijds ingegeven door de vaststelling dat leefstijl een belangrijke risicofactor van diabetes is; anderzijds werd onze focus beperkt door de beschikbare data. Ook wat de operationalisering van leefstijl en socio-economische positie betreft, namen we slechts enkele indicatoren in ogenschouw. Sommige informatie was eenvoudigweg niet beschikbaar in de gezondheidsenquêtes, zoals waist-to-hip ratio, totale calorie-inname ... Andere indicatoren van leefstijl en socio-economische positie konden niet in onze analyses opgenomen worden, omdat het aantal personen van Turkse en Marokkaanse origine in onze steekproef relatief beperkt was. Aan de hand van de gezondheidsenquêtes was het bovendien niet mogelijk om de culturele bepaaldheid van leefstijl te onderzoeken. Aanvullend kwalitatief onderzoek zou in dat opzicht een meerwaarde kunnen betekenen. Verder werd ook de ruimere omgeving niet in onze analyses

geïntegreerd. Nochtans wijzen de hoge prevalentiecijfers van diabetes bij migranten in geïndustrialiseerde landen en bij stedelingen in niet-geïndustrialiseerde landen op een etiologische rol van de omgeving, meer bepaald van urbanisatie en de daarmee geassocieerde veranderingen in leefstijl (Patel & Bhopal 2007). Ook ter verklaring van de hoge prevalentie van diabetes bij vrouwen van Turkse en Marokkaanse origine in België wordt op het belang van omgevingsfactoren gewezen. De hoge diabetesprevalentie van Turkse en Marokkaanse vrouwen in vergelijking met Turkse en Marokkaanse mannen zou deels verklaard kunnen worden door het feit dat vrouwen van Turkse en Marokkaanse origine met meer ingrijpende veranderingen in omgeving (en leefstijl) geconfronteerd worden dan mannen van Turkse en Marokkaanse origine. Ter illustratie: in Turkije en Marokko oefenden deze (eerstegeneratie-)vrouwen vaak fysiek zwaar werk in de landbouw uit, terwijl hun arbeidsmarktparticipatie in België eerder beperkt is en ook hun huishoudelijke activiteiten over het algemeen weinig fysieke inspanning vergen. Mannen daarentegen blijven over het algemeen fysiek actief, aangezien ze vaak zware handenarbeid verrichten (Vandenhede, Deboosere & Gadeyne 2009).

Bovenstaand voorbeeld toont enerzijds aan dat er vaak een grote discrepantie bestaat tussen theorieën over de samenhang tussen etniciteit en gezondheid en de concrete onderzoekspraktijk. Anderzijds illustreert het voorbeeld ook de meerwaarde van dergelijke theorieën en modellen. Ze kunnen een grote hulp zijn bij het genereren van alternatieve hypothesen en ervoor zorgen dat de ruimere context niet uit het oog verloren wordt.

6. Conclusie

In dit artikel bestudeerden we de samenhang tussen etniciteit en gezondheid. In eerste instantie focusten we op de vraag naar de oorsprong van etnische ongelijkheid in gezondheid. We zetten daarbij het belang van de socio-economische/politieke context en van de ongelijke verdeling van schaarse, maatschappelijke goederen in de verf. Vervolgens gingen we dieper in op de intermediaire mechanismen die verantwoordelijk zijn voor etnische verschillen in gezondheid. We onderkenden vier belangrijke processen – biologische, culturele, socio-economische en identificatie-processen – die via specifieke determinanten hun invloed op de gezondheid laten gelden. Naast deze situationele analyse van de relatie tussen etniciteit en gezondheid, bespraken we de mogelijke invloed van migratie op de gezondheid van migranten. We wezen daarbij op het belang van de verandering van macro-context. We ronden dit artikel af met een concreet voorbeeld van onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, met name naar etnische verschillen in prevalentie van diabetes type 2. We stelden vast dat volwassenen van Turkse en Marokkaanse origine in België een hogere diabetesprevalentie hebben

dan volwassenen van Belgische origine en dat deze prevalentieverschillen ten dele verklaard kunnen worden door verschillen in opleidingsniveau, BMI en een gebrek aan fysieke activiteit. Met andere woorden: de relatie tussen etniciteit en diabetes wordt deels door een socio-economisch proces (via de specifieke determinant leefstijl) gemedieerd.

Dankwoord

De auteur wenst de promotor van haar masterthesis, professor dr. Jan Van Bavel, te bedanken voor de begeleiding en prettige samenwerking. Daarnaast gaat haar dank uit naar professor dr. Patrick Deboosere voor de opbouwende kritiek bij het schrijven van de thesis, de vruchtbare gedachtewisselingen bij het schrijven van dit artikel en de voortgaande begeleiding bij het doctoraat. Last but not least wenst zij Joachim Cauwe te bedanken voor het nalezen en uitgebreid becommentariëren van verschillende versies van dit artikel.

NOTEN

1. De termen ras en etniciteit worden vaak door elkaar gebruikt. Nochtans betekenen zij geenszins hetzelfde. Definities van ras zijn legio. De gemeenschappelijke noemer van deze omschrijvingen was tot voor kort: de onderverdeling van mensen in een klein aantal groepen met een gezamenlijke genetische afkomst. Dergelijke definiëringen zijn echter in onbruik geraakt. Onderzoek heeft immers herhaaldelijk aangetoond dat de genetische diversiteit binnen raciale categorieën groot is. Bijgevolg wordt ras onder sociologen niet langer als een biologische realiteit gezien. Heden ten dage wordt ras, net als etniciteit, als een sociaal construct beschouwd. Tussen beide concepten bestaat slechts een gradueel onderscheid: bij ras ligt de nadruk op biologische retoriek, terwijl bij etniciteit de culturele retoriek centraal staat (Goodman 2000; Hanquinet e.a. 2006; Winker 2004; Witzig 1996).
2. De term migrantengemeenschap wordt hier gebruikt om populaties die van migranten afstammen, aan te duiden en impliceert dus geenszins dat alle leden van deze gemeenschap zelf gemigreerd zijn (Perrin 2008).
3. Het in kaart brengen van subjectieve gezondheid gebeurt aan de hand van de volgende vraag: 'hoe is uw algemene gezondheidstoestand?'. De antwoordcategorieën zijn: 'zeer goed, goed, redelijk, slecht, zeer slecht'. Deze subjectieve gezondheid is een goede maatstaf voor de ernst van klachten en ziekten waaraan de bevroegde persoon lijdt, en schetst een adequaat beeld van de algemene gezondheidstoestand van de persoon (Manderbacka 1998).
4. Algemeen verwijst de term etiologie naar de studie van oorzaken. In de context van ziekte verwijst etiologie naar het ontstaan van een ziekte.

5. Met de term voedingstransitie wordt de overgang beschreven van een toestand van periodieke voedselschaarste en een dieet arm aan vet en rijk aan zetmeel naar een toestand van voedselovervloed en een vettig, suikerrijk en vezelarm voedingspatroon (Popkin 1999).
6. Het aantal persoonsjaren is het aantal eenheden in een bevolking vermenigvuldigd met de duur in jaren waarin ze aan een bepaald risico worden blootgesteld.
7. Het fenotype is het totaal van alle waarneembare eigenschappen van een individu. Het is de externe manifestatie van de interactie tussen de genetische aanleg van een individu – zijn of haar genotype – en omgevingsinvloeden.
8. De term coping duidt op de strategieën die mensen ontwikkelen, om met bepaalde belastende situaties om te gaan.
9. Met demografische transitie wordt de overgang van een context met relatief hoge vruchtbaarheids- en sterftecijfers naar een context met een relatief lage vruchtbaarheid en sterfte bedoeld (Caldwell e.a. 2006).
10. Met de term epidemiologische transitie beschreef Abdel Omran (1971) de historische sterftedaling: de overgang van een situatie met hoge, onregelmatige sterftecijfers met infectieziekten als overheersende doodsoorzaken naar een situatie met lage, regelmatige sterfte, hoofdzakelijk aan chronische ziekten.
11. Voor een meer gedetailleerde bespreking van dit voorbeeld verwijzen we naar het artikel 'Type 2 diabetes in Belgians of Turkish and Moroccan origin' (Vandenhede & Deboosere 2009).
12. Diabetes is een verzamelnaam voor verschillende stofwisselingsziekten, waaronder diabetes type 1, diabetes type 2 en zwangerschapsdiabetes. Gemeenschappelijk aan alle vormen van diabetes is een verhoogde bloedsuikerspiegel en een – relatief of absoluut – gebrek aan insuline. De meest voorkomende vorm van diabetes is diabetes type 2. Negentig tot vijftiennegentig procent van alle diabetici lijdt aan deze vorm van diabetes (Capet e.a. 1999).

Wanneer het suikergehalte in het bloed te hoog is, scheiden de bètacellen in de eilandjes van Langerhans normaal gezien het hormoon insuline af. Insuline zorgt ervoor dat de cellen glucose kunnen opnemen. Bij mensen met diabetes type 2 is dit mechanisme verstoord. De eilandjes van Langerhans scheiden nog insuline af, maar de (perifere) cellen zijn resistent voor de werking van dit hormoon. Bijgevolg nemen ze de glucose niet op en stijgt het glucoseniveau in het bloed (Capet e.a. 1999).

Studies tonen aan dat diabetes type 2 een sterk genetische component heeft. Deze erfelijke aanleg alleen is echter niet voldoende om diabetes type 2 te ontwikkelen. Slechts in interactie met omgevings- en leefstijfactoren, zoals obesitas, gebrek aan fysieke activiteit, vet dat zich opstapelt in de buikzone, stress ... manifesteert een genetische aanleg zich in diabetes type 2 (Capet e.a. 1999).

BIBLIOGRAFIE

- Agyemang, C., J. Addo, R. Bhopal e.a. (2009), Cardiovascular disease, diabetes and established risk factors among populations of sub-Saharan African descent in Europe: a literature review, *Globalization and Health*, 5 (7).
- Annandale, E. (1998), Part II: Contemporary Health Inequalities, pp. 87-192, in E. Annandale, *The Sociology of Health & Medicine. A Critical Introduction*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Barth, F. (1969), Introduction, pp. 9-38 in F. Barth (ed.), *Ethnic Groups and Boundaries. The Social Organization of Culture Difference*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bartley, M. (2004), Gender Inequality in Health, pp. 135-148 in M. Bartley, *Health Inequality. An Introduction to Theories, Concepts and Methods*. Cambridge: Polity Press.
- Baschetti, R. (1998), Diabetes epidemic in newly westernized populations: is it due to thrifty genes or to genetically unknown foods?, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91 (12), 622-625.
- Beck, M., C. Vanroelen & F. Louckx (2002), *Sociale breuklijnen in de gezondheid en de gezondheidszorg*. Brussel: VUBPress.
- Bener, A., E. Obineche, M. Gillett e.a. (2001), Association between blood levels of lead, blood pressure and risk of diabetes and heart disease in workers, *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 74 (5), 375-378.
- Bhopal, R.S. (2007), Theoretical, ethical and future-orientated perspectives, pp. 284-307 in R.S. Bhopal, *Ethnicity, Race, and Health in Multicultural Societies. Foundations for better epidemiology, public health, and health care*. Oxford: University Press.
- Bhugra, D. (2004), Migration and mental health, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (4), 243-258.
- Björntorp, P. (1991), Hypothesis. Visceral fat accumulation: the missing link between psychosocial factors and cardiovascular disease?, *Journal of Internal Medicine*, 230(3), 195-201.
- Black, J. (1985), Afro-Caribbean and African Families, *British Medical Journal*, 290 (6473), 984-988.
- Blane, D. (1995), Editorial. Social determinants of health – socioeconomic status, social class, and ethnicity, *American Journal of Public Health*, 85 (7), 903-905.
- Bossuyt, N., S. Gadeyne, P. Deboosere e.a. (2004), Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium, *Public Health*, 118 (1), 3-10.
- Bottero, W. (2005), Founding ideas, pp. 33-51 in W. Bottero, *Stratification: Social Division and Inequality*. New York: Routledge.
- Bourdieu, P. (1988), Vive la crise! For heterodoxy in social science, *Theory and Society*, 17 (5), 773-787.
- Browning, C.R., K.A. Cagney & M. Wen (2003), Explaining variation in health status across space and time: implications for racial and ethnic disparities in self-rated health, *Social Science & Medicine*, 57 (7), 1221-1235.
- Caldwell, J.C. (2006), Chapter 8: Transmuting the Industrial Revolution into Mortality Decline, pp. 157-180 in J.C. Caldwell, B.K. Caldwell, P. Caldwell e.a., *Demographic Transition Theory*. Dordrecht: Springer.

- Capet, F., R. Debaillie, H. Van Oyen e.a. (1999), *Diabetes. Huidige toestand in België en elementen voor een gezondheidsbeleid*. Brussel: Afdeling Epidemiologie, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (<http://www.iph.fgov.be/epidemiomorbidadat/nl/zie/ziek04t.pdf>).
- Carballo, M. (2007), *The Challenge of Migration and Health*. Geneva: International Centre for Migration and Health (<http://www.migrationanddevelopment.net/perspectives-positions/the-challenge-of-migration-and-health>).
- Carter, J.S., J.A. Pugh & A. Monterrosa (1996), Non-insulin dependent diabetes mellitus and ethnic minorities, *Annals of Internal Medicine*, 125 (3), 221-232.
- Chandola, T. (2001), Ethnic and class differences in health in relation to British South Asians: using the new National Statistics Socio-Economic Classification, *Social Science & Medicine*, 52 (8), 1285-1296.
- Chung, H. & C. Muntaner (2006), Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: An analysis of wealthy countries, *Social Science & Medicine*, 63 (3), 829-842.
- CSDH (Commission on Social Determinants of Health) (2007), *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf).
- Dalstra, J.A.A., A.E. Kunst, C. Borrell e.a. (2005), Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries, *International Journal of Epidemiology*, 34 (2), 316-326.
- Davey Smith, G. (2000), Learning to Live With Complexity: Ethnicity, Socioeconomic Position, and Health in Britain and in the United States, *American Journal of Public Health*, 90 (11), 1694-1698.
- Davey Smith, G., C. Hart, D. Blane e.a. (1997), Lifetime socioeconomic position and mortality: prospective observational study, *British Medical Journal*, 314 (7080), 547-552.
- Davey Smith, G., M.J. Shipley & G. Rose (1990), Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall Study, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 44 (4), 265-270.
- Deboosere, P. & S. Gadeyne (2005), Adult Migrant Mortality Advantage in Belgium: Evidence using Census and Register Data, *Population*, 60 (5-6), 655-698.
- Demakakos, P., J. Nazroo, E. Breeze e.a. (2008), Socioeconomic status and health: The role of subjective social status, *Social Science & Medicine*, 67 (2), 330-340.
- Dijkshoorn, H., D.G. Uitenbroek & B.J.C. Middelkoop (2003), Prevalentie van diabetes mellitus en hart- en vaatziekten onder Turkse, Marokkaanse en autochtone Nederlanders, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147 (28), 1362-1366.
- Eggerickx, T., A. Bahri & N. Perrin (2006), *Internationale migratiebewegingen en allochtone bevolkingsgroepen. Statistische en demografische gegevens*. Initiatief Charles Ullens. Belgisch Interuniversitair Consortium over Immigratie en Integratie. Brussel: Koning Boudewijnstichting (http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/Files/NL/PUB_1627_UllensStat&Demogr_gegevens.pdf).
- Elstad, J.I. (2000), *Social inequalities in health and their explanations*. Oslo: NOVA.

- Farmer, M.M. & K.F. Ferraro (2005), Are racial disparities in health conditional on socio-economic status?, *Social Science & Medicine*, 60 (1), 191-204.
- Fiscella, K. & P. Franks (1997), Poverty or income inequality as predictor of mortality: longitudinal cohort study, *British Medical Journal*, 314 (7096), 1724-1727.
- Gadeyne, S. (2006), *THE ULTIMATE INEQUALITY: Socio-economic differences in all-cause and cause-specific mortality in Belgium in the first part of the 1990s*. Brussels: NIDI-CBGS Publications.
- Gadeyne, S. & P. Deboosere (2002), De ultieme ongelijkheid: sterfteverschillen bij Belgische mannen en vrouwen naar socio-economische karakteristieken en huishoudens-type, *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 44 (1), 57-103.
- Galobardes, B., M. Shaw, D.A. Lawlor e.a. (2006a), Indicators of socioeconomic position (part 1), *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (1), 7-12.
- Galobardes B., M. Shaw, D.A. Lawlor e.a. (2006b), Indicators of socioeconomic position (part 2), *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (2), 95-101.
- Goodman, A.H. (2000), Why Genes Don't Count (for Racial Differences in Health), *American Journal of Public Health*, 90 (11), 1699-1702.
- Graham, H. (2002), Building an inter-disciplinary science of health inequalities: the example of lifecourse research, *Social Science & Medicine*, 55 (11), 2005-2016.
- Graham, H. (2004), Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings, *The Milbank Quarterly*, 82 (1), 101-124.
- Greenhalgh, P.M. (1997), Diabetes in British South Asians: Nature, Nurture, and Culture, *Diabetic Medicine*, 14 (1), 10-18.
- Gupta, S., A. de Belder & L. O'Hughes (1995), Avoiding premature coronary deaths in Asians in Britain, *British Medical Journal*, 311 (7012): 1035-1036.
- Haelterman, E., M. De Spiegelaere & G. Masuy-Stroobant (2007), *Perinatale gezondheids-indicatoren in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 1998-2004*. Brussel: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad.
- Hanquinet, L., V. Vandezande, D. Jacobs e.a. (2006), *Preparatory Study for Survey and Quantitative Research on Ethnic Minority Groups in Belgium. Exploratory Comparative Study on the Notion of Ethnic (immigrant origin) Minorities and its Operationalisation. The 'Ullens Project'*. Interuniversity Consortium on Immigration and Integration. Brussels: King Baudouin Foundation (http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBSFRB/Files/NL/PUB_1630_Ullens_Survey&QuantitativeResearch.pdf).
- Karlsen, S. & J.Y. Nazroo (2002a), Agency and structure: the impact of ethnic identity and racism on the health of ethnic minority people, *Sociology of Health & Illness*, 24 (1), 1-20.
- Karlsen, S. & J.Y. Nazroo (2002b), Relation Between Racial Discrimination, Social Class, and Health Among Ethnic Minority Groups, *American Journal of Public Health*, 92 (4), 624-631.
- Knowler, W.C., D.J. Pettitt, M.F. Saad e.a. (1990), Diabetes mellitus in the Pima Indians: incidence, risk factors and pathogenesis, *Diabetes/Metabolism Reviews*, 6 (1), 1-27.
- Koning Boudewijnstichting (2005), *Gezondheidszorg en diversiteit. Het voorbeeld van de moslïmpatiënten*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Kouris-Blazos, A. (2002), Morbidity mortality paradox of 1st generation Greek Australian, *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 11 (Suppl 3), S569-S575.

- Krieger, N. (2000), Epidemiology and Social Sciences: Towards a Critical Reengagement in the 21st Century, *Epidemiologic Reviews*, 22 (1), 155-163.
- Kristenson, M., H.R. Eriksen, J.K. Sluiter e.a. (2004), Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health, *Social Science & Medicine*, 58 (8), 1511-1522.
- Kristiansen, M., A. Mygind & A. Krasnik (2007), Health effects of migration, *Danish Medical Bulletin*, 54 (1), 46-47.
- Kuh, D., Y. Ben-Shlomo, J. Lynch e.a. (2003), Life course epidemiology, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57 (10), 778-783.
- Leveque, K., I. Lodewijckx & S. van den Eeden (2006), *Gezondheid en gezondheidszorg bij allochtonen in Vlaanderen*. Steunpunt Gelijkekansenbeleid – Consortium Universiteit Antwerpen en Universiteit Hasselt, Antwerpen: Drukkerij Peten Print.
- Lillie-Blanton, M., P. Ellen Parsons, H. Gayle e.a. (1996), RACIAL DIFFERENCES IN HEALTH: Not Just Black and White, But Shades of Gray, *Annual Review of Public Health*, 17, 411-448.
- Link, B.G. & J. Phelan (1995), Social Conditions as Fundamental Causes of Disease, *Journal of Health and Social Behavior*, (Extra Issue), 80-94.
- Link, B.G. & J. Phelan (1996), Understanding Sociodemographic Differences in Health – The Role of Fundamental Social Causes, *American Journal of Public Health*, 86 (4), 471-473.
- Lomas, J. (1998), Social capital and health: implications for public health and epidemiology, *Social Science & Medicine*, 47 (9), 1181-1188.
- Macintyre, S., A. Ellaway & S. Cummins (2002), Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?, *Social Science & Medicine*, 55 (1), 125-139.
- Manderbacka, K. (1998), Examining what self-rated health question is understood to mean by respondents, *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26 (2), 145-153.
- Marmot, M. (1994), Changing places changing risks: The study of migrants, *Public Health Reviews*, 21 (3-4), 185-195.
- Marmot, M. (2006), Harveian Oration. Health in an unequal world, *The Lancet*, 368 (9297), 2081-2094.
- Massey, D.S., J. Arango & G. Hugo (1993), Theories of International Migration: A Review and Appraisal, *Population and Development Review*, 19 (3), 431-466.
- Middelkoop, B.J.C. (2001), General discussion, pp. 83-113 in B.J.C. Middelkoop, *Diabetes: a true trouble. Studies on cardiovascular risk, ethnicity, socioeconomic position and intervention possibilities*. Den Haag: GGD Den Haag.
- Navarro, V. & L. Shi (2001), The political context of social inequalities and health, *Social Science & Medicine*, 52 (3), 481-491.
- Nazroo, J.Y. (1998), Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health, *Sociology of Health & Illness*, 20 (5), 710-730.
- Omran, A.R. (1971), The Epidemiological Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 8 3(4), 731-757.
- Palloni, A. & E. Arias (2004), Paradox lost: explaining the Hispanic adult mortality advantage, *Demography*, 41 (3), 385-415.
- Parker, V.G., R.M. Mayo, B.N. Logan e.a. (2002), Toxins and Diabetes Mellitus: An environmental Connection?, *Diabetes Spectrum*, 15 (2), 109-112.

- Patel, K.C. & R. Bhopal (2007), Diabetes epidemic in the South Asian Diaspora: action before desperation, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100 (3), 115-116.
- Perrin, N. (2008), *Migranten en migrantenpopulaties in België. Statistisch en demografisch verslag 2007*. Brussel: Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding (http://www.diversiteit.be/?action=publicatie_detail&id=23&thema=2).
- Popkin, B.M. (1999), Urbanization, Lifestyle Changes and the Nutrition Transition, *World Development*, 27 (11), 1905-1916.
- Pudarcic, S., J. Sundquist & S.-E. Johansson (2003), Country of birth, instrumental activities of daily living, self-rated health and mortality: a Swedish population-based survey of people aged 55-74, *Social Science & Medicine*, 56 (12), 2493-2503.
- Ratcliffe, P. (2004), Ethnicity, Culture and Difference, pp. 27-40 in P. Ratcliffe, *'Race', ethnicity and difference: Imagining the Inclusive Society*. Berkshire: Open University Press.
- Razum, O., H. Zeeb, H. Seval Akgün e.a. (1998), Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect?, *Tropical Medicine and International Health*, 3 (4), 297-303.
- Razum, O. & D. Twardella (2002), Time travel with Oliver Twist – Towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants, *Tropical Medicine and International Health*, 7 (2), 4-10.
- Ringbäck Weitof, G., A. Gullberg, A. Hjern e.a. (1999), Mortality statistics in immigrant research: method for adjusting underestimation of mortality, *International Journal of Epidemiology*, 28 (4): 756-763.
- Rose, G. (2008), *Rose's strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Ross, N.A. & J. Lynch (2004), The contingencies of income inequality and health: reflections on the Canadian experience, *International Journal of Epidemiology*, 33 (2), 318-319.
- Rowland Hogue, C.J. & M.A. Hargraves (1993), Commentary. Class, Race, and Infant Mortality in the United States, *American Journal of Public Health*, 83 (1), 9-12.
- Schrecker, T., R. Labonté & R. de Vogli (2008), Globalisation and health: the need for a global vision, *The Lancet*, 372 (9650), 1670-1676.
- Shetterly, S.M., J. Baxter, L.D. Mason e.a. (1996), Self-rated Health among Hispanic vs Non-Hispanic White Adults: The San Luis Valley Health and Aging Study, *American Journal of Public Health*, 86 (12), 1798-1801.
- Sim, F. & P. Mackie (2006), Health inequalities: The Black Report after 25 years, *Public Health*, 120 (3), 185-186.
- Smaje, C. (1996), The Ethnic Patterning of Health: New Directions for Theory and Research, *Sociology of Health & Illness*, 18 (2), 139-171.
- Snel, E. & I. Marx (2007), Nieuwe migranten op zoek naar een beter bestaan, *Tijdschrift voor Sociologie*, 28 (3-4), 235-244.
- Socialist Health Association (2005), *The Black Report 1980* (<http://www.sochealth.co.uk/Black/black.htm>).
- Stronks, K., P. Uniken Venema, N. Dahhan e.a. (1999), Allochtoon, dus ongezond? Mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid geïntegreerd in een conceptueel model, *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 77 (1), 33-40.

- Stronks, K., H. Van de Mheen, C.W.N. Looman e.a. (1998), The importance of psychosocial stressors for socio-economic inequalities in perceived health, *Social Science & Medicine*, 46 (4-5), 611-623.
- Troe, E.-J.W.M., V. Bos, I.M. Deerenberg e.a. (2006), Ethnic differences in total and cause-specific infant mortality in the Netherlands, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 20 (2), 140-147.
- Uitewaal, P.J.M., D.R. Manna, M.A. Bruijnzeels e.a. (2004), Prevalence of type 2 diabetes mellitus, other cardiovascular risk factors and cardiovascular disease in Turkish and Moroccan immigrants in north West Europe: a systematic review, *Preventive Medicine*, 39 (6), 1068-1076.
- Uniken Venema, H.P., H.F.L. Garretsen & P.J. van der Maas (1995), Health of migrants and migrant health policy, the Netherlands as an example, *Social Science & Medicine*, 41 (6), 809-818.
- Vandenhede, H. & P. Deboosere (2009), Type 2 Diabetes in Belgians of Turkish and Moroccan origin, *Archives of Public Health*, 67 (2), 62-87.
- Vandenhede, H., P. Deboosere & S. Gadeyne (2009), Mediterranean migrant diabetes morbidity and mortality in Belgium, *2nd European Public Health Conference*, Łódź, 25-28 November 2009.
- van Kempen, R. & A. ule Özüekren (1998), Ethnic Segregation in Cities: New Forms and Explanations in a Dynamic World, *Urban Studies*, 35 (10), 1631-1656.
- Vanroelen, C., F. Louckx & M. Beck (2008), Sociaaleconomische gezondheidsverschillen: sociologische beschouwingen bij een empirisch onderzoeksgebied, *Tijdschrift voor Sociologie*, 29 (2-3), 158-183.
- WHO (2003), *Diet, nutrition and the prevention of chronic disease*. WHO Technical Report Series number 916. Geneva: WHO.
- WHO (2006), Annex: Table 1: Basic indicators for all Member States, in: WHO, *The World Health Report 2006*, Switzerland: Geneva (http://www.who.int/whr/2006/annex/06_annex1_en.pdf).
- Wiking, E., S.-E. Johansson & J. Sundquist (2004), Ethnicity, acculturation and self reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58 (7), 574-582.
- Wilkinson, R.G. & K.E. Pickett (2006), Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence, *Social Science & Medicine*, 62 (7), 1768-1784.
- Williams, D.R., R. Lavizzo-Mourey & R.C. Warren (1994), The Concept of Race and Health Status in America, *Public Health Reports*, 109 (1), 26-41.
- Winker, M.A. (2004), Measuring Race and Ethnicity: Why and How?, *Journal of the American Medical Association*, 292 (13), 1612-1614.
- Witzig, R. (1996), The Medicalization of Race: Scientific Legitimization of a Flawed Social Construct, *Annals of Internal Medicine*, 125 (8), 675-679.
- Yildiz, G., D. Avonts, L. Van Gaal e.a. (2005), Diabetes type 2 bij allochtonen. Hogere incidentie, meer complicaties en toch een vergeten groep, *Huisarts Nu*, 34 (9), 510-517.