

## PADUMI

### Middelen- en verslavingszorggebruik bij personen met een migratieachtergrond

Contract - DR/00/69

De Kock, C., Schamp, J., Hauspie, B., dr. Sacco, M., Prof. dr. Decorte, T., Prof dr. Vanderplasschen, W., Prof. dr. Derluyn, Prof. dr. Jacobs

## SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN



D/00/69

Published in 2016 by the Belgian Science Policy

Avenue Louise 231

Louizalaan 231

B-1050 Brussels

Belgium

Tel: +32 (0)2 238 34 11 - Fax: +32 (0)2 230 59 12

<http://www.belspo.be>

Contact person: Aziz NAJI

Tel: +32 (0)2 238 36 46

Neither the Belgian Science Policy nor any person acting on behalf of the Belgian Science Policy is responsible for the use which might be made of the following information. The authors are responsible for the content.

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without indicating the reference :

De Kock, C., Schamp, J., Hauspie, B., dr. Sacco, M., Prof. dr. Decorte, T., Prof dr. Vanderplasschen, W., Prof. dr. Derluyn, Prof. dr. Jacobs - *Middelen- en verslavingszorggebruik bij personen met een migratieachtergrond* Final Report. Brussels: Belgian Science Policy 2016 – (Federaal Onderzoekprogramma Drugs)

## 1. Inleiding

Professionelen in de verslavingszorg wijzen op een discrepantie tussen de prevalentie van problematisch middelengebruik bij personen met een migratieachtergrond enerzijds en de aanwezigheid van deze groepen in de verslavingszorg anderzijds, en dit zowel in België (Vandeveldt et al., 2003) als in Europa (Derluyn et al., 2008; Fountain et al., 2004). Toch is er betrekkelijk weinig onderzoek naar dit thema. Verslavingscentra houden slechts gebrekkig informatie bij over de etnische achtergrond van hun cliënteel. Studies die hier toch dieper op in gaan gebruiken vaak verschillende variabelen (nationaliteit van de cliënt, nationaliteit van de ouders, taal, e.d.) waardoor comparatief en longitudinaal onderzoek wordt bemoeilijkt. Daarnaast is het voor onderzoekers moeilijk om deze doelgroep te bereiken. Overigens is middelengebruik een taboe onderwerp, zowel in de algemene bevolking, als bij personen met een migratieachtergrond. Onderzoek naar middelengebruik bij personen met een migratieachtergrond leidt ook zelden tot verandering, noch in de verslavingszorg, noch bij de doelgroep zelf.

Om aan deze tekortkomingen tegemoet te komen, kozen we voor een exploratief kwalitatief *Community Based Participatory Research* design om dit onderwerp te bestuderen in vier doelgroepen (de Turkse en Oost-Europese gemeenschappen in Gent, de Congolese gemeenschap in Brussel en de doelgroep van asielaanvragers, vluchtelingen en personen zonder wettige verblijfsdocumenten). Dit impliceert dat de data door gemeenschapsonderzoekers werd verzameld en dat de verspreiding van de resultaten in overleg met de gemeenschappen en stakeholders in de verslavingszorg gebeurde.

Onderzoek naar de aard en patronen van middelengebruik en de factoren die dit gebruik beïnvloeden, is een noodzakelijke eerste stap naar een meer toegankelijke verslavingszorg voor deze doelgroepen. PADUMI bouwt verder op het door Belspo gefinancierde project 'Treatment trajectories of drug users from ethnic minorities' (ZEMIV-project 2006-2007; Derluyn et al., 2008) en werd uitgevoerd door een multidisciplinair team van wetenschappers in de sociologie, criminologie, orthopedagogiek en het sociaal werk.

## 2. Onderzoeksvragen

In dit onderzoek stelden we twee onderzoeksvragen voorop:

1. Wat is de aard en wat zijn de patronen van middelengebruik in vier doelgroepen?
2. Wat zijn de verwachtingen en noden van de vier doelgroepen wat betreft verslavingszorg?

Daarnaast stelden we twee maatschappelijke doelstellingen voorop:

1. Het bewustzijn van en de kennis over middelen-gerelateerde problemen in de vier doelgroepen verhogen en de noden van doelgroepen communiceren naar praktijkwerkers in de verslavingszorg;
2. Een duurzame samenwerking uitbouwen rond dit thema met stakeholders in de gemeenschappen en in de drughulpverlening

### **3. Resultaten**

#### **3.1 Aard en Patronen van Gebruik**

We verzamelen 247 interviews met individuen die zichzelf omschrijven als behorend tot de respectieve doelgroepen: 67 gebruikers die zichzelf in de eerste plaats omschreven als asielaanvrager, vluchteling of persoon zonder wettige verblijfsdocumenten, 62 gebruikers met een Oost-Europese migratieachtergrond, 56 gebruikers met een Congolese migratie achtergrond, 55 Turkse gebruikers en 7 familieleden van gebruikers met een Turkse migratie achtergrond. Zowel in de Turkse steekproef als in de steekproef van asielaanvragers, vluchtelingen en personen zonder wettige verblijfsdocumenten beschreef twee derde van de respondenten het gebruik als problematisch. In de Oost-Europese steekproef beschreef slechts een op vijf van de deelnemers het gebruik als problematisch.

Wat betreft het type middelen stellen we een zelfde 'top drie' van middelen in onze gerichte steekproef vast, wanneer we deze vergelijken met de algemene bevolking (Ghisle et al., 2013): een wisselende eerste plaats voor alcohol en cannabis, en cocaïne op de derde plaats. Het gebruik van tabak werd niet bevraagd in deze studie.

We bereikten ook een betrekkelijk hoog aantal heroïne gebruikers (n=25). Het betreft vooral gebruikers met een Turkse migratie-achtergrond en asielaanvragers, vluchtelingen en personen zonder wettige verblijfsdocumenten. Het gebruik van verdovende medicatie en antidepressiva was ook vrij hoog in alle (behalve de Congolese) doelgroepen. Het gebruik van verdovende middelen is meest prevalent in alle doelgroepen in vergelijking met het gebruik van stimulerende middelen.

#### **3.2 Redenen voor voortgezet gebruik**

De gebruikerscarrières van onze respondenten zijn zeer divers. De meerderheid van de respondenten geeft aan dat het gebruik in België begon, gezien de meeste van onze respondenten meer dan vijf jaar, en sommigen reeds gedurende verschillende generaties in België leven. Sommigen beschrijven hun gebruik niet als problematisch. Deze respondenten situeren hun gebruik vooral in recreatieve settings en zijn minder geneigd om een reden voor hun gebruik te geven.

De redenen die gegeven werden voor voortgezet en / of problematisch gebruik zijn zeer uiteenlopend maar vertonen toch gelijkenissen binnen de doelgroepen. Hierna geven we de meest opgegeven redenen aan voor de respectieve doelgroepen.

In de Turkse steekproef worden vooral huwelijksproblemen en andere familiale problemen (soms veroorzaakt door gearrangeerde huwelijken) en vroege levenservaringen (zoals onzekerheid over het verblijf in België en discriminatie op school) aangegeven. Asielzoekers, vluchtelingen en personen zonder wettige verblijfsdocumenten geven aan dat het gebrek aan verblijfsdocumenten en bijhorende onzekerheid alsook de migratiegeschiedenis en gevolgen van migratie zoals eenzaamheid, redenen zijn voor gebruik. Bij Oost-Europese respondenten hoorden we vooral dat financiële en werk gerelateerde problemen (onder meer discriminatie op de arbeidsmarkt) en familiale problemen (vaak veroorzaakt doordat familie die in een ander land woont) redenen zijn voor middelengebruik. In de Congolese doelgroep kregen we geen specifieke redenen voor gebruik te horen.

### 3.3 Zorggebruik

Betrekkelijk weinig respondenten geven aan gebruik te maken van verslavingszorg. In de Turkse en Congolese doelgroep kregen we vaak te horen dat men een verslavingsproblematiek een 'eigen probleem vindt' en dat men het gevoel heeft er individueel, zonder hulp, iets aan te moeten doen. Een derde van de Turkse doelgroep en de groep van asielzoekers, vluchtelingen en personen zonder wettige verblijfsdocumenten geeft wel aan reeds in contact te zijn geweest met diensten voor hun middelen problematiek. Slechts een op zeven respondenten in de Oost-Europese doelgroep geeft aan reeds in contact te zijn geweest met verslavingszorg of diensten in de algemene welzijnssector. Deze 'behandelingskloof' in alle doelgroepen is in werkelijkheid groter gezien veel van onze deelnemers aangeven dat hun gebruik niet problematisch is, en deze groep dus helemaal geen beroep doet op beschikbare diensten. Ook moeten we opmerken dat vooral in de Oost-Europese doelgroep de vraag naar psychologische ondersteuning groot is.

### 3.4 Sociale mechanismen die middelen- en verslavingszorg gebruik beïnvloeden

**Taboe, schaamte en (etnische) 'conformiteitsdruk'** (Vankerckem et al., 2014) spelen een rol in de perceptie van verslaving en belemmeren verslavingszorggebruik in de Congolese en de Turkse doelgroepen. De sociale druk binnen deze gemeenschappen zorgt er voor dat gebruik een stigma met zich meedraagt dat in sommige gevallen de stap naar gepaste hulpverlening belemmert. In de twee andere doelgroepen is dit minder het geval omdat het hier strikt gezien niet gaat om 'gemeenschappen' waardoor sociale druk een minder grote rol speelt.

**Het gebrek aan informatie over de verslavingszorg** is vrij groot in de Oost-Europese doelgroepen alsook bij asielzoekers, vluchtelingen en personen zonder wettige verblijfsdocumenten. Dit blijkt vooral gelinkt te zijn aan gebrekkige taalkennis en beperkte sociale inbedding. Toch moeten we stellen dat ook Turkse gebruikers taal als een barrière

ervaren in de (psychiatrische) hulpverlening, ook wanneer de participanten het Nederlands goed beheersen.

**Etnische identiteitsvorming, acculturatie stress en discriminatie** zijn ook factoren die een invloed uitoefenen op middelen- en verslavingszorggebruik. Zo horen we van alle deelnemers dat zij reeds met racisme en / of discriminatie werden geconfronteerd en merken we dat vooral zij die zichzelf als problematische gebruikers omschrijven minder mentale veerkracht hebben om hiermee om te gaan. Dit gaat in sommige gevallen gepaard met de ontwikkeling van een reactieve etnische identiteit die isolatie in de hand werkt en een risicofactor vormt voor problematisch gebruik. De meerderheid van onze respondenten voelt zich geen Belg en heeft in tegendeel moeite om zijn of haar etnische identiteit te definiëren. We stellen dan ook voorzichtig dat een gebalanceerde identiteitsvorming een belangrijk element is voor psychologische stabiliteit en dat instabiliteit op dit vlak patronen van middelen gebruik kan beïnvloeden.

Ten laatste stellen we vast dat de sociale kring van de meerderheid van onze respondenten bestaat uit personen met eenzelfde migratieachtergrond of dat het netwerk bestaat uit mensen met gelijkaardige gebruikerspatronen. Ook leven heel wat van onze respondenten betrekkelijk geïsoleerd, hetzij omdat zij hun gebruikersmilieu willen vermijden, hetzij omdat zij zich niet meer welkom voelen in de familie of de gemeenschap, hetzij omdat zij geen familiale banden hebben in België. Dit zorgt ervoor dat het zogenoemde '**herstelkapitaal**' (Cloud et al., 2008) van deze mensen betrekkelijk laag ligt.

### 3.5 Barrières naar de zorg

In de literatuur zien we vaak terugkomen dat culturele of religieuze visies op verslaving een invloed hebben op (het succes van) verslavingszorggebruik. Onze studie nuanceert dit standpunt gedeeltelijk. Alhoewel bijvoorbeeld de Turkse doelgroep verslaving slechts als problematisch omschrijft wanneer er sprake is van fysieke afhankelijkheid heeft dezelfde doelgroep grote kritiek op behandeling die vooral op medicatie gebaseerd is. Ook in de Oost-Europese doelgroep gingen veel stemmen op voor meer psychologische ondersteuning. Het gebruik van alternatieve behandelingsmethoden (consultatie van *hodjas*, *scientology*) is in alleenstaande gevallen waargenomen in onze studie en lijkt niet wijdverspreid.

Gezien deze studie vooral gericht was op gebruikers zelf, hebben we weinig informatie kunnen verzamelen over barrières in de zorg. Onze respondenten maakten wel melding van het feit dat huisdokters niet voldoende konden helpen met vragen die gerelateerd zijn aan verslaving. Ook gaven Turkse respondenten aan dat psychologen en psychiaters te weinig aandacht besteden aan het belang van familie in het leven van de cliënt.

Gezien de significante link tussen socio-economische status en (mentale) gezondheid is het onontbeerlijk te vermelden dat personen met een migratieachtergrond vaak een lage socio-economische status hebben en dat zij betrekkelijk meer risico lopen op depressie en chronische stress. In onze studie lijken deze socio-economische risicofactoren onderschat te worden zowel op het niveau van de gebruiker, in de gemeenschappen als op het institutioneel niveau van verslavingszorg en beleid. Daarom is het noodzakelijk om discriminatie van personen met een

migratieachtergrond structureel aan te pakken, om zo de (mentale) gezondheidsstatus van deze doelgroep te verbeteren.

## 4. Aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek formuleren we enkele aanbevelingen naar (1) de federale overheid en de bestuurlijke gemeenschappen, (2) de lokale overheden, (3) de verslavingszorg en (4) de georganiseerde gemeenschappen van / voor personen met een migratieachtergrond.

### 4.1 Aan de federale overheid en de bestuurlijke gemeenschappen

1. Bindende afspraken maken in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en in de verslavingszorg om aandacht te hebben voor diversiteit;
2. De creatie van lokale netwerken aanmoedigen tussen diensten in het kader van psy 107 projecten en hervorming van de geestelijke gezondheidszorg:
  - Meer contact en kennisdeling tussen MSOC's stimuleren;
  - Doorverwijzing tussen MSOC's en residentiële zorg stimuleren waar nodig;
  - Structurele middelen voorzien voor *out-reach* werkers in residentiële verslavingscentra;
  - De afbouw van de residentiële psychiatrische zorg laten samengaan met de uitbreiding van eerste lijn hulp (in bijvoorbeeld wijkgezondheidscentra) om aan mentale gezondheidsvragen tegemoet te kunnen komen.
3. Opleidingsonderdelen die culturele competenties bevorderen introduceren als een vast onderdeel bij de opleiding van praktijkwerkers in de (geestelijke) gezondheidszorg;
4. Onderzoek naar de gezondheidsstatus en zorggebruik bij personen met een migratieachtergrond stimuleren;
5. Discriminatie op de arbeidsmarkt tegengaan en het toepassen van de bestaande anti-discriminatie wetgeving in bedrijven;
6. De specifieke noden van personen met een migratieachtergrond (zekere eerste generatie), meenemen in het onderwijs zonder deze consequent naar specifieke scholen door te verwijzen en op die manier onderwijs getto's bestrijden;
7. Personen met een migratie achtergrond consequent registreren in de zorg voor betere monitoring door bijvoorbeeld het linken van data in de kruispunt databank sociale zekerheid en gegevens van het e-health platform;
8. (geestelijke gezondheids-) en zorginstellingen aanmoedigen om zich aan te sluiten bij (internationale) netwerken voor het bevorderen van interculturele gezondheidszorg;

9. De representativiteit van de nationale gezondheidsbevraging verhogen door het betrekken en definiëren van personen met een migratie achtergrond;
10. De impact van besparingsmaatregelen op dienstverlening in de zorgsector beperken, meer specifiek met betrekking tot preventie, verslavingszorg en drugsonderzoek (EMCDDA, 2015: 62) alsook met betrekking tot praktijkwerkers die met kwetsbare groepen werken (Suijckerbuyck, 2014: 237);
  - o Wachtlijsten in de Vlaamse Centra Algemeen Welzijn (CAWs) en de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGGs) wegwerken;
  - o Onderzoek naar en in gebruik name van gebruikersruimten stimuleren;
  - o De Centrale Aanmelding Punten in de gevangenissen (CAPs) heropstarten.
11. Middelengebruik en zorggebruik bij personen met een migratie achtergrond opnemen in de veiligheidscontracten en grootstedenbeleid;
12. Unia, het interfederaal Centrum voor Gelijke Kansen een meer proactieve en transversale rol toebedelen opdat ze nog effectiever discriminatie in alle lagen van de samenleving kan bestrijden.

*Specifieke problemen met betrekking tot asielaanvragers, vluchtelingen en personen zonder wettige verblijfsdocumenten aanpakken:*

13. Gepaste (pre-)opvang voorzien, die de menselijke waardigheid respecteert (onder meer de nood aan privacy en mentaal welzijn) voor asielaanvragers, om situaties te vermijden waarin de tijdelijke verblijfplaats een risicofactor vormt voor de mentale gezondheid van deze personen;
14. De toepassing van de wetgeving met betrekking tot dringende medische hulp vereenvoudigen en het voorzien in een duidelijk kader voor terugbetalingsregelingen in de zorg voor migranten met een precair verblijfsstatuut bijvoorbeeld door de implementatie van De Cock's (2014:4) aanbevelingen met betrekking tot de vereenvoudiging van OCMW procedures die betrekking hebben op MediPrima;
15. Alle personen zonder wettige verblijfsdocumenten de mogelijkheid bieden om beroep te doen op zowel sociale als medische dienstverlening;
16. De uitbreiding van de zorg mogelijkheden in het kader van de medische kaart voor migranten zonder wettige verblijfsdocumenten, zodat zij ook beroep kunnen doen op geestelijke gezondheidszorg.
17. Diversiteit stimuleren in de diensten voor (geestelijke) gezondheidszorg die beschikbaar zijn voor personen met een precaire verblijfsituatie opdat er geen 'gezondheidsgettos' ontstaan;
18. Toegankelijkheid naar alle zorg voorzieningen garanderen voor asielaanvragers, los van waar zij verblijven;

19. Het ter beschikking stellen van meertalige info omtrent middelen, middelengebruik en (verslavings)zorg in opvangcentra voor asielaanvragers (FedAsil, Rode Kruis, lokale opvanginitiatieven e.d.);
20. Betere steun voorzien voor FedAsil voor het bieden van specifieke trainingen (met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg) voor professionals in de zorg (zoals algemeen geneesheren);
21. Beter contact mogelijk maken tussen FedAsil en de lokale partners met het oog op afstemming en efficiëntie

#### **4.2 Aan de lokale beleidsniveaus**

22. In flexibele, proactieve, laagdrempelige en lokaal ingebedde intermediaire eerste lijnshulp voorzien (De Cock, 2014: 12);
23. Gezondheidswerkers, diensten en socio-culturele organisaties ondersteunen in het ontwikkelen van actieplannen om aan de specifieke noden van personen met een migratieachtergrond tegemoet te komen;
24. Training en sensibilisering aanbieden voor huisartsen voor wat betreft middelen gebruik bij personen met een migratieachtergrond, verslavingszorg en doorverwijsmechanismen bijvoorbeeld door gebruik te maken van de 'me-assist' tool, aan te slag gaan met de expertise bij FedAsil en / of naar het voorbeeld van CAD Limburg of CGG Eklips;
25. Een intercultureel werker ter beschikking stellen voor ondersteuning bij het ontwikkelen van een diversiteitsbeleid in verslavingscentra met oog op meer toegankelijkheid voor personen met een migratieachtergrond, bijvoorbeeld verankerd in het Vlaams Agentschap Integratie & Inburgering en in de stedelijke agentschappen voor Integratie & Inburgering.
26. Cultureel competente diensten voor geestelijke gezondheidszorg ontwikkelen, zeker in de urbane centra, overal in België;
27. Adequate informatie voorzien voor personen met een migratieachtergrond over de verslavingszorg en deze informatie verspreiden op locaties waar de doelgroep de informatie zal vinden (bijvoorbeeld in OCMWs, vakbonden, mutualiteiten, lokale opvanginitiatieven e.d.);
28. Samenwerking en doorverwijzing tussen diensten voor geestelijke gezondheidszorg, straathoekwerk en socio-culturele organisaties verhogen aan de hand van case-management (door bijvoorbeeld CAWs):
  - Samenwerking tussen mobiele medische diensten en sociale outreachende diensten (vb. Mobiel team en Dienst Outreach Stad Gent, CGG's, MSOCs) faciliteren;



- Samenwerking tussen integratiediensten (vb. IN-Gent vzw), sociale (Buurtwerk & Dienst Outreach werk) en mentale gezondheidsdiensten stimuleren.
29. Een toegewijd en geïntegreerd *harm reduction* gericht drugbeleid met specifieke aandacht voor personen met een migratieachtergrond stimuleren;
  30. Mentale gezondheid als een prioriteit naar voor schuiven in de eerste lijn hulp (vb. Medikuregem);
  31. Een lokaal platform voor transculturele / cultureel sensitieve mentale gezondheidszorg oprichten om kennis te delen en te verspreiden en dat mogelijks als contactpunt kan functioneren voor familieleden en gebruikers;
  32. OCMWs meer ruimte bieden voor sociale ondersteuning van cliënten en casemanagement (om onder meer de druk op de sociale diensten van ziekenhuizen te verminderen), bijvoorbeeld door personeel te trainen met betrekking tot middelengebruik gerelateerde problemen en de verslavingszorg (cfr. expertise hierover bij CGG Eklips);
  33. Regelmatig contact met de huisarts stimuleren in de doelgroep;
  34. Meer intensieve follow-up van gebruikers tijdens en na detentie in de gevangenis en behandeling (Tieberghien & Decorte 2007) via het personeel van CAPs, justitieassistenten, OCMWs en / of andere justitiële en medische diensten.

#### **4.3 Aan de (verslavings)zorg**

35. Cultureel competente preventieve acties, ontwikkeld in samenspraak met de doelgroepen, structureel inbedden in bestaande mentale gezondheidsdiensten;
36. Proactief initiatief nemen om aangepaste en verstaanbare informatie over de gezondheidszorg te voorzien voor personen met een migratieachtergrond, bijvoorbeeld ter verspreiding in OCMWs, vakbonden en mutualiteiten;
37. De toegang tot tolkdiensten verlagen door procedures te vereenvoudigen of tolken te verankeren in de eigen werking, zodat tolken steeds beschikbaar zijn;
38. Kennis en bewustzijn over cultuurspecifieke componenten bij de dienstverlening versterken, met het oog op een verhoging van de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg voor personen met een migratieachtergrond (bijvoorbeeld mee gebaseerd op het door Trimbos ontwikkeld 'cultuursensitief addendum bij de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie') en het in dienst nemen van personen met een migratieachtergrond;
39. De achtergrond van de cliënt zoveel mogelijk meenemen bij de dienstverlening aan deze doelgroep, zeker in de gespecialiseerde psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen (PAAZ);

40. Psycho-educatie van doelgroepen om zelfreflectie als prioritair element in het behandelingsproces te verzekeren (Chow et al., 2010), zoals naar het voorbeeld van het Mind Spring project;
41. Netwerken met gemeenschapsleden en socio-culturele verenigingen bevorderen door *outreaching* werk te stimuleren op de verscheidene niveaus van de verslavingszorg, maar ook in diensten die op preventie en *harm reductie* gericht zijn (vb. Villa Voortman);
42. Familieleden betrekken bij behandeling, bijvoorbeeld gebruik makend van het multidimensionaal familie therapeutisch model (Litle et al. in Alegria et al., 2011), systeemtherapie of therapeutische settings waarin dialoog centraal staat gezien deze vormen van therapie de kans op herval in sommige doelgroepen kan verkleinen.
43. De implementatie van gerichte informatie en preventie initiatieven voor doelgroepen die moeilijk te bereiken zijn en aan de slag gaan met problemen waar specifieke groepen mee kampen (zoals bijvoorbeeld het Mind Spring initiatief voor asielaanvragers, vluchtelingen en personen zonder wettige verblijfsdocumenten, dat bij Brussels integratiecentrum BON integraal deel uitmaakt van de verplichte inburgeringscursussen);
44. Het medisch perspectief op verslaving van sommige personen met een migratieachtergrond (Broers & Eland, 2000) in acht nemen om duurzaamheid van de behandeling van deze personen te verzekeren;
45. Wantrouwen ten aanzien van diensten wegwerken bij het opbouwen van een vertrouwensband met de cliënt (vooral bij doelgroepen die maatschappelijk gestigmatiseerd worden, zoals roma);
46. De implementatie van actie-onderzoek en participatieve bottom-up onderzoeksmethoden in projecten en de promotie van deze methodieken in projectoproepen voor lokale overheden en diensten voor (mentale) gezondheidszorg (zoals bijvoorbeeld de wijkgezondheidscentra) (Verschaeve, 2016; Favril et al., 2015; Laudens, 2013; Piérart et al., 2008).

#### **4.4 Aan de gemeenschappen van / voor personen met een migratieachtergrond**

Onderstaande aanbevelingen zijn gebaseerd op de doelgroepen die wij onderzocht hebben. Deze zijn dus zeker niet exhaustief.

47. De focus leggen op preventieve initiatieven die inzetten op de risicofactoren voor probleem gebruik (zoals huwelijksproblemen, economische problemen, taboes over verslaving, onzekerheid veroorzaakt door het ontbreken van wettige verblijfsdocumenten, omgaan met discriminatie etc.) eerder dan op het problematisch middelengebruik zelf. Moskee verenigingen kunnen daar mogelijks een rol in spelen bijvoorbeeld naar het voorbeeld van de succesvolle Tupperware formule (Laudens, 2013);

48. De taken uitbreiden van het nieuw opgerichte noodnummer van de Moslim Executieve met betrekking tot vragen over mentale gezondheidszorg en verslavingsproblematieken, alsook de uitbreiding van het doelpubliek van Moslim Adviespunt (inzake Turkse en Oost-Europese doelgroepen);
49. Debat in moskee verenigingen en islamonderwijs openen over het begrip *haram* en de dynamische betekenis ervan in het leven van moslims met het oog op het opheffen van het taboe rond middelengebruik;
50. Sociale consultants inzetten in culturele en / of religieuze organisaties zoals moskee verenigingen.