

# FEDERAL RESEARCH PROGRAMME ON DRUGS

## Eindrapport in het kort

### MATREMI

#### MAPPING & ENHANCING SUBSTANCE USE TREATMENT FOR MIGRANTS AND ETHNIC MINORITIES

Contract - DR/00/84

Charlotte De Kock (UGent) - Carla Mascia (ULB) - Fred Laudens (VAD) -  
Lyssa Toyinbo (VAD) - Stéphane Leclercq (FEDITO BXL) - Pascale Hensgens  
(FEDITO WALLONNE) - Dirk Jacobs (ULB) - Tom Decorte (UGent)



**Disclaimer & bedankingen:** Deze resultaten en aanbevelingen zijn gebaseerd op het volledige MATREMI-rapport, inclusief interviews met 32 professionals die werkzaam zijn in drughulpverlening en in de bredere geestelijke gezondheidszorg, 3 netwerkbijeenkomsten in Gent en Antwerpen, input van de drie regionale federaties die diensten in de drughulpverlening samenbrengen (VAD, Fédito BXL, Fédito Wallonne) en de resultaten van twee Europese en nationale bevestigingen. De belangrijkste belanghebbenden (d.w.z. het begeleidingscomité van MATREMI en bevestigde experts) werden geraadpleegd om input en feedback te geven over de ontwerpen van deze aanbevelingen. De auteurs deden hun uiterste best om de stem van het werkveld op analytische wijze te laten weerklinken. Niettemin vallen deze aanbevelingen uitsluitend onder de verantwoordelijkheid van de auteurs. De auteurs bedanken uitdrukkelijk de leden van het MATREMI begeleidingscomité: Sébastien Alexandre (Fédito BXL) Filip De Sager (Stad Gent, drugcoördinator), Jérôme Antoine (Sciensano), Marcel Follon (CAD Limburg), Caroline Debaille (Trempline asbl), Clément Valentin (Cresam), Caroline Theisen (Attaché Drogues/Attaché Drugs | DGGG Soins de Santé – Gezondheidszorg) and Aziz Naji (programmabeheerder, Belspo).

Veel mensen hebben bijgedragen aan dit werk en hebben geholpen bij het conceptualiseren van de besproken kwesties, hoewel ze het misschien niet allemaal eens zijn met de opvattingen, interpretaties en conclusies. Lies Gremeaux en Jerome Antoine (Sciensano) hebben input en opmerkingen gegeven op hoofdstuk 3.5 van het rapport (over indicatoren voor migratie en etniciteit in TDI) en deden veel inspanningen voor het verspreiden van de online bevestiging via de Europese Reitox Focal Points. Tot slot willen we alle bovengenoemde experts en geïnterviewden bedanken voor hun bijdrage aan dit onderzoek.

De aanbevelingen werden (op basis van zowel Franstalige als Nederlandstalige input) initieel in het Nederlands geschreven en vervolgen naar het Frans en Engels vertaald. De teksten zijn dan ook niet volledig identiek maar de geest van de tekst en de aanbevelingen in de drie talen is dezelfde.

## INHOUDSTAFEL

<b>CONCLUSIES</b>	<b>4</b>
1. REGISTRATIE VAN MIGRATIE EN ETNICITEIT GERELATEERDE INDICATOREN	6
2. GEZONDHEID(SZORG) VOOR MIGRANTEN EN ETNISCHE MINDERHEDEN IN EUROPA	8
3. PREVALENTIE VAN MIDDELENGEBRUIK BIJ MIGRANTEN EN ETNISCHE MINDERHEDEN IN EUROPA	10
4. PREVALENTIE VAN MIDDELENGEBRUIK BIJ MIGRANTEN EN ETNISCHE MINDERHEDEN IN BELGIË	11
5. MIGRANTEN EN ETNISCHE MINDERHEDEN IN DE BELGISCHE DRUGHULPVERLENING	12
6. DE VLAAMSE DRUGHULPVERLENING	13
Gezondheid en aanwezigheid van MEM in de Vlaamse drughulpverlening en beleid	13
Een beter begrip van ongelijkheden in de Vlaamse drughulpverlening	14
7. HET PERSPECTIEF VAN HULPVERLENERS IN WALLONIË EN BRUSSEL	17
8. INSPIRERENDE PRAKTIJKEN IN EUROPA	20
<b>AANBEVELINGEN</b>	<b>22</b>
OP HET BELGISCH / FEDERAAL NIVEAU	22
1. Het registreren en verwerken van migratie gerelateerde indicatoren in de drughulpverlening	22
2. Toegankelijke drughulpverlening en geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen	24
OP HET REGIONAAL NIVEAU	25
3. Bestaande aanbevelingen wat betreft toegankelijkheid en diversiteit in de praktijk omzetten	26
4. Het ondersteunen en financieren van drempelverlagende praktijken en de vermaatschappelijking van de zorg	27
5. Het verlagen van de drempels voor het gebruik van tolken in het brede gezondheids- en welzijnsdomein en in de drughulpverlening	29
OP HET ORGANISATIENIVEAU VAN DE DRUGHULPVERLENING	30
6. Investeren in een diversiteitssensitief organisatiebeleid in de drughulpverlening	30
7. Het innoveren van methoden in de drughulpverlening	31
8. Een stem geven aan en oog hebben voor MEM-populaties	32
<b>REFERENTIES</b>	<b>34</b>

## Conclusies

Migranten en etnische minderheden (MEM)<sup>1</sup>, in het bijzonder vluchtelingen en asielaanvragers (Horyniak et al., 2016; Karl-Trummer et al., 2010) maar ook intra-Europese migranten en personen met tweede, derde en vierde generatie migratieachtergronden worden vaak meer blootgesteld aan trauma en sociale ongelijkheden (Marmot & Bell, 2016; Pickett & Wilkinson, 2010) in vergelijking met personen zonder een migratieachtergrond. Dit zijn belangrijke risicofactoren voor de mentale gezondheid en – zij het in combinatie met andere factoren – voor probleemgebruik van middelen (EMCDDA, 2019).

In heel wat landen werden er ongelijkheden in de dienstverlening in de (mentale) gezondheidszorg en de drughulpverlening voor MEM in vergelijking met personen zonder migratieachtergrond geïdentificeerd (Alegria et al., 2008; Saloner & Lê Cook, 2013; WHO, 2010a). Dit type studies is echter beperkt in Europa (Dauvrin et al., 2012; De Kock, Decorte, Derluyn, et al., 2017; Derluyn et al., 2008).

**Een eerste hiaat** in het wetenschappelijk onderzoek is de beperkte beschikbaarheid van migratie- en etniciteit gerelateerde cijfergegevens in de drughulpverlening. Migratie- en etniciteit gerelateerde indicatoren werden in België reeds uitvoerig bestudeerd in de onderwijscontext (Danhier & Jacobs, 2017) in het domein van tewerkstelling (UNIA, 2017) en integratie (Noppe et al., 2018) maar dit is veel minder het geval voor het gezondheidsdomein (De Kock, 2019b).

In de Belgische drughulpverlening wordt net als in andere EU-lidstaten, de Europese ‘*Treatment Demand Indicator*’ (TDI) geregistreerd. Dit is een Europees registratie instrument dat toelaat om gestandaardiseerde gegevens over cliënten in de drughulpverlening te vergelijken op het Europees niveau (Antoine et al., 2016). In het derde TDI-protocol werd echter de enige migratie gerelateerde indicator – nationaliteit – verwijderd. Bijgevolg werd deze indicator ook verwijderd in het Belgisch protocol in 2015.

Het eerste doel van het MATREMI-project bestond er dan ook uit om de Belgische drughulpverlening te informeren over hoe etniciteit en migratie gerelateerde indicatoren geregistreerd en verwerkt worden in de EU-28 lidstaten en in andere domeinen in België, om monitoring te optimaliseren.

### **Onderzoeksvraag 1: Hoe kunnen MEM geregistreerd en gemonitord worden in de Belgische drughulpverlening?**

- Welke migratie en etniciteit gerelateerde indicatoren worden gebruikt in 1) de Europese TDI-registratie in EU-28 landen en 2) de domeinen arbeid, integratie en drughulpverlening in België?
- Kunnen registratiewijzen en indicatoren in andere domeinen gebruikt worden in de Belgische drughulpverlening en specifiek in de TDI-registratie?

---

<sup>1</sup> We hanteren de brede terminologie van ‘migranten en etnische minderheden’ omdat deze gecombineerde terminologie toelaat om de nadruk te leggen op zowel de aspecten van de individuele migratiegeschiedenis, als de aard en gevolgen van de etnische identiteit alsook de manier waarop er in de samenleving met die etniciteit wordt omgegaan (De Kock, Decorte, Vanderplasschen, et al., 2017). Deze terminologie werd ook gehanteerd in het Witboek voor een toegankelijke gezondheidszorg (Suijkerbuijk, 2014) en de aanbevelingen voor een toegankelijke gezondheidszorg (Dauvrin et al., 2012).

Een tweede hiaat bestaat eruit dat er – in het kader van een integraal en geïntegreerd drugbeleid - in de Belgische drughulpverlening geen gestroomlijnde acties zijn om tegemoet te komen aan de noden van (potentiële) MEM-cliënten (*Een globaal en geïntegreerd drugsbeleid voor België. Gemeenschappelijke verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs, 2010*). Bovendien lezen we in het [Het Belgisch preventieprofiel \(2015-2016\)](#) van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving (EMCDDA) dat België een van de lidstaten is met ‘beperkte maatregelen’ gericht op migranten en etnische minderheden. Bijkomend meldt een studie van het EMCDDA dat aandacht voor drughulpverlening geen prioriteit blijkt te zijn bij de hulpverlening aan vluchtelingen (Lemmens et al., 2017).

Het tweede MATREMI-doel bestond eruit om inspirerende praktijken te identificeren die gericht zijn op het verhogen van het bereik van, de toegang voor en de retentie van (potentiële) MEM cliënten in de drughulpverlening.

**Onderzoeksvraag 2: Welke inspirerende praktijken in de EU-28-lidstaten en in het bijzonder België bestaan er om het bereik van, de toegang voor en de retentie van (potentiële) MEM cliënten te verhogen en wat zijn de belangrijkste valkuilen die professionals ervaren in de drughulpverlening?**

- Hoe ervaren professionelen het verloop van drughulpverlening bij MEM?
- Wat zijn de belangrijkste doelen van de geïdentificeerde praktijken: bereik, toegang en / of retentie?
- Welke zijn de beoogde populaties?
- In welk domein bevinden deze praktijken zich (preventie, behandeling, schadebeperking)?
  - (Hoe) Worden deze praktijken geëvalueerd?
  - Welke valkuilen kunnen worden geïdentificeerd en hoe kunnen we deze vertalen naar aanbevelingen voor het onderzoek naar, het beleid voor en de praktijk van de drughulpverlening?

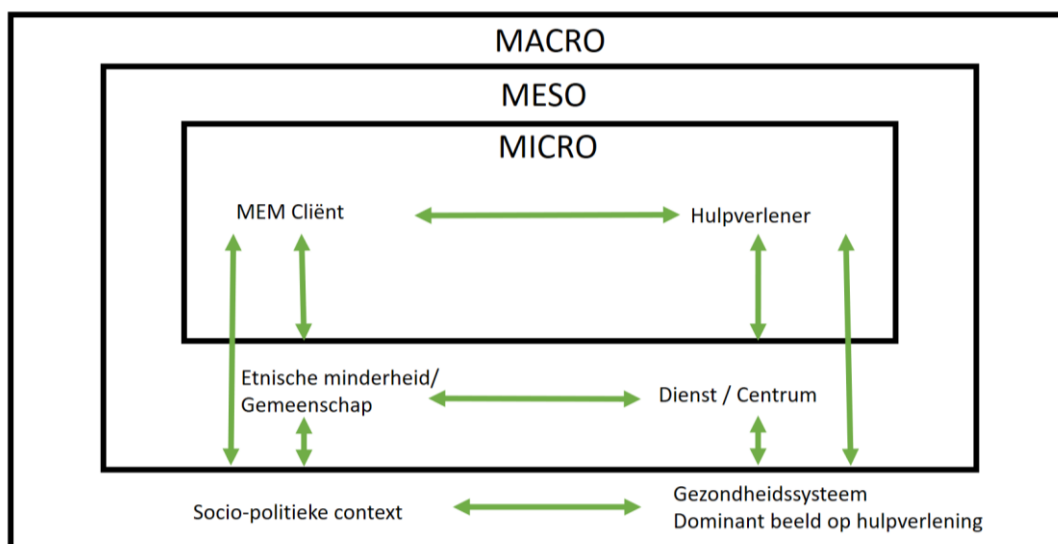
Verschillende methodes werden gebruikt om deze twee onderzoeksvragen te beantwoorden:

- Twee **Europese bevestigingen** (online, april 2019) om enerzijds etniciteit en migratie gerelateerde indicatoren en anderzijds inspirerende praktijken in de drughulpverlening te identificeren;
- Twee **Belgische bevestigingen** (Frans, Nederlands) (online, april 2019) om inspirerende Belgische praktijken te identificeren;
- Een **doelgerichte en narratieve literatuuroverzicht** (mei 2019) van Belgische en Europese (grijze) literatuur betreffende de mentale gezondheid, prevalentie van middelengebruik en drughulpverlening (2009-2019).
- Een **bevestiging** (per e-mail, augustus 2019) gericht aan alle Belgische diensten in de drughulpverlening met een RIZIV-conventie om de gebruikte migratie- en etniciteit gerelateerde indicatoren te identificeren.
- **Semigestructureerde kwalitatieve interviews met 32 professionelen** (juni 2019) in de Belgische drughulpverlening om valkuilen en inspirerende praktijken in de drughulpverlening te identificeren.

De resultaten van ons empirisch werk worden hieronder samengevat. We beginnen met het schetsen van de resultaten met betrekking tot registratie (van migratie en etniciteit gerelateerde indicatoren) (1), gevolgd door een evaluatie van de toestand van (geestelijke) gezondheid en

toegang tot gezondheidszorg en drughulpverlening voor MEM in Europa (2). Vervolgens bespreken we de kennis over de prevalentie van middelengebruik in Europa (3). In het vierde onderdeel richten we ons op het middelengebruik van en de drughulpverlening voor MEM in België (4). Vervolgens bespreken we de empirische bevindingen bij professionelen in de drughulpverlening in Vlaanderen (6), Brussel en Wallonië (7) tegen de achtergrond van het bestaande (grijze) literatuur. We sluiten af met de resultaten van de Europese bevraging over inspirerende praktijken om het bereik van, de toegang voor en de retentie van MEM in de drughulpverlening te verhogen (8).

**Deze studie vertrok vanuit een 'gelijke rechten' en ecosociaal perspectief** (Alegría et al., 2011; De Kock, 2020; De Kock, Toyinbo, et al., 2020; Krieger, 2011). Dit betekent dat we de analyse van ongelijkheden of discrepanties in de drughulpverlening steeds hebben geanalyseerd op drie niveaus: micro (cliënt, hulpverlener), meso (dienst in de drughulpverlening, etnische minderheid) en macro (beleid, dominante visie op drughulpverlening). We vertrekken ook vanuit de visie dat gelijkwaardige zorg bestaande uit (i) gelijke toegang voor gelijke noden, (ii) gelijke behandeling voor gelijke noden, (iii) gelijke (behandelings)uitkomsten voor gelijke noden (Dauvrin et al., 2019; Starfield, 2001).



*Een ecosociaal perspectief in de drughulpverlening: aanpassing van Krieger et al. 2014 (De Kock, 2020; Krieger, 2014)*

Voor meer informatie over de theoretische achtergrond van deze studie en voor de resultaten van de Belgische bevraging over inspirerende praktijken verwijzen we naar het volledig MATREMI rapport en naar de praktijk georiënteerde 'Wegwijzer voor een toegankelijke en interculturele drughulpverlening / Recueil sur l'accessibilité et l'interculturalité des services pour usagers de drogues' (online beschikbaar via [www.belspo.be](http://www.belspo.be) en in boekformaat via [www.gompel-svacina.eu](http://www.gompel-svacina.eu)).

We sluiten deze samenvatting af met concrete aanbevelingen op het Belgisch / federaal niveau, op het niveau van de regio's en op het niveau van de drughulpverlening. We maken hierbij gebruik van voorgaande studies en aanbevelingen.

### 1. Registratie van migratie en etniciteit gerelateerde indicatoren

Idealiter is een drug(hulpverlenings)beleid gebaseerd op nauwkeurige gegevens over ten minste de **behandelingsbehoefte en behandelingsvraag** in de bevolking. Gemodelleerde analyse van dit soort gegevens maakt het mogelijk om 'behandelingslacunes' te identificeren. Behandelingsbehoefte

(*treatment demand*) wordt gedefinieerd als de aanwezigheid van een diagnose waarvoor behandeling beschikbaar is, terwijl de behandelingsvraag bestaat uit de populatie die behandeling wil (Ritter et al., 2019).

**Het *Treatment Demand Indicator (TDI)* register** is de grootste betrouwbare druggerelateerde dataset in Europa (Montanari et al., 2019). Deze dataset biedt informatie over de behandelingsbehoefte waaraan werd voldaan door de drughulpverlening (in tegenstelling tot de behoefte waaraan niet werd voldaan, of, personen die nog geen beroep deden op hulpverlening). TDI is een van de vijf epidemiologische sleutelindicatoren ontwikkeld door het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving (EMCDDA). De dataset laat lidstaten toe om het aantal en het profiel van personen in de drughulpverlening te monitoren (Montanari et al., 2019).

TDI werd in België geïntroduceerd in 2011 (Antoine et al., 2016). Alle diensten in de specifieke drughulpverlening die een RIZIV-conventie hebben, registeren TDI. Deze data worden verzameld en verwerkt door Sciensano, het Belgisch nationaal *Reitox Focal Point*.

Uit onze bevraging van alle EU-28 nationale *Reitox Focal Points* (responsgraad van 68%) bleek dat in de TDI-registers van 2017 in de EU-28-lidstaten een derde van de landen gegevens over nationaliteit verzamelde (als gevolg van de richtlijnen in het 2.0 TDI-protocol). De volgende indicatoren werden ook geregistreerd in ten minste vier lidstaten: geboorteplaats, EU / niet-EU, etniciteit en nationaliteit bij de geboorte (De Kock, 2019b).

Als we naar migratie en etniciteit gerelateerde indicatoren in andere Europese bevestigingen kijken, vinden we een breed scala aan indicatoren terug. De internationale PISA-vragenlijst bevat taal gerelateerde vragen (moedertaal, thuistalen) en identificeert het geboorteland (van moeder en vader). Het '*Generation and Gender-onderzoek*' (GGG) maakt gebruik van een combinatie van geboorteplaats, geboorteplaats van moeder, nationaliteit, nationaliteit bij geboorte, naturalisatie en religieuze participatie en geloof. Europese bevestigingen zoals de Europese arbeids-, gezondheids- en sociale bevestiging (ESS) en de EU-SILC-bevestiging gebruiken op hun beurt ook indicatoren betreffende de geboorteplaats van moeder.

De Vlaamse studie '*Samenleving in diversiteit*' (Stuyck et al., 2018) maakt gebruik van de volgende indicatoren om migratieachtergronden te identificeren: geboorteland, huidige nationaliteit, geboortenationaliteit, nationaliteit vader en moeder, geboorteland vader en moeder, duur van verblijf in België en redenen voor migratie. De Vlaamse Migratie- en Integratiemonitor maakt op haar beurt vooral gebruik van STATBEL gegevens, gegevens van Eurostat, de Kruispuntdatabank van de sociale zekerheid en andere secundaire administratieve data waaronder het geboorteland (van ouders) (Noppe et al., 2018).

In de specifieke drughulpverlening, wees onze e-mail bevestiging van alle specifieke drughulpverlening met een RIZIV conventie (responsgraad 28%) uit dat er heel wat verschillende indicatoren gebruikt worden in uiteenlopende registratiesystemen (**Elektronisch patiëntendossier [CGG], CIS [VVBV Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg], MSOC.net – Digipolis, OBASI en MPG [minimale psychiatrische data] etc.**).<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Belangrijk om weten is dat enkele van deze registers niet (alleen) gebruikt worden voor administratieve en epidemiologische doeleinden maar dat zij ook gebruikt worden in het kader de opvolging van cliënten in en

De TDI data is echter alleen administratief en epidemiologisch van aard (in tegenstelling tot dossiergegevens die gericht zijn op de opvolging van de cliënt doorheen het traject) en zijn dus niet het onderwerp van de [recente regelgeving betreffende gegevensdeling](#) waar de bovengenoemde dossiergegevens wel onder vallen. Sommige van bovengenoemde registers laten toe om 'origine' gerelateerde gegevens te monitoren (i.e. EPD, CIS, MSOC.net). De indicatoren die daarvoor gebruikt worden zijn echter onvoldoende op elkaar afgestemd. Bovendien is de vergelijkbaarheid in en tussen diensten of op het niveau van het Belgisch gezondheidssysteem bijzonder moeilijk doordat de indicatoren en antwoordmogelijkheden sterk verschillen tussen de diensten.

Op basis van onze Europese bevraging (zie boven) formuleren we een voorstel voor het integreren van een minimum, medium of diepte registratie van migratieachtergrond in de TDI dataset. Deze indicatoren zijn in principe ook bruikbaar in andere registers en komen grotendeels overeen met de indicatoren die reeds worden gebruikt in de Nationale Gezondheidsenquête<sup>3</sup>:

- Minimum (2 indicatoren): **nationaliteit, geboorteland** (met ISO 3166 antwoordmogelijkheden en een herhaling van deze mogelijkheden voor wat betreft 'dubbele nationaliteit')
- Medium (4 indicatoren): **geboorteland moeder en vader** (met dezelfde als bovengenoemde antwoordmogelijkheden)
- Diepteregistratie (7 indicatoren): **Thuis taal, omgangstaal, derde taal** (met PISA-antwoordmogelijkheden)

Hoewel dit uiteraard gevoelige gegevens zijn, is dit type gegevensregistratie en –verwerking niet verboden door de privacywetgeving. De aanbevelingen met betrekking tot deze indicatoren en de conformiteit met de GDPR-regelgeving worden besproken in de [aanbevelingen op het federaal/ Belgisch niveau](#) hieronder.

## 2. Gezondheid(szorg) voor migranten en etnische minderheden in Europa

De afgelopen tien jaar heeft de Wereldgezondheidsorganisatie heel wat acties ondernomen gericht op het sensibiliseren van beleidsmakers met betrekking tot de gezondheid van MEM en de noodzakelijke aanpassingen van de nationale gezondheidssystemen.

Ook op het Europees niveau werden gedurende het laatste decennium heel wat projecten gesubsidieerd die gericht waren op het monitoren en het verbeteren van de gezondheid(szorg) van migranten (vb. [CARE](#), [AMAC](#), [CLANDESTINO](#), [EQUI-HEALTH](#), [HEALTHQUEST](#), [EUGATE](#), [HOME](#), [MIGHEALTHNET](#), [NOWHERECARE](#), [RESTOR](#), [SRAP](#)). **Helaas zijn de resultaten van veel van deze projecten niet volledig of publiek beschikbaar en is het vaak onduidelijk in welke mate de aanbevelingen werden uitgevoerd in de lidstaten.** Bovendien richtten weinig tot geen van deze projecten (behalve SRAP) zich specifiek op middelengebruik bij MEM.

In de geraadpleegde internationale rapporten hebben we weinig door de staat gefinancierde onderzoeksprojecten gevonden die specifiek verband hielden met drughulpverlening voor MEM (Ostergaard et al., in review; Salama et al., 2018; Stoever & Hariga, 2016).

---

tussen diensten. Dit is strikt genomen niet het geval voor de TDI data, die alleen epidemiologische doeleinden hebben.

<sup>3</sup> Gezien de mogelijkheid tot het verwerven de dubbele nationaliteit in België verschilt het MATREMI voorstel licht van het (Europees) voorstel zoals geformuleerd in De Kock (2019b).



We identificeerden twee onderling samenhangende thema's in de Europese literatuur die kunnen leiden tot ongelijkheden in de drughulpverlening: de **lagere toegang tot gezondheid** voor sommige MEM enerzijds en de hogere prevalentie van **risicofactoren** die middelengebruik en behandelingsverschillen beïnvloeden, anderzijds. Ook zijn twee doelgroepen bijzonder kwetsbaar voor problematisch middelengebruik en lagere toegang tot behandeling: **vluchtelingen en Roma**.

**Wat betreft de toegankelijkheid**, wijst een vergelijkende Europese studie erop dat het recht op toegang tot de gezondheidszorg voor migranten die (nog) niet over een verblijfsstatus beschikken, slechts in vijf Europese landen volledig wordt toegekend (Cuadra, 2012). Bijkomend toonden Hanssens en collega's (Hanssens et al., 2016) aan dat het hulpverleningsproces door personen met een migratieachtergrond in Europa vaker als negatief wordt ervaren. Een systematische literatuurstudie van Norredam en collega's toonde aan dat het gezondheidszorggebruik van eerste generatie migranten anders verloopt in vergelijking met niet-migranten in Europa (Norredam et al., 2009). Ten slotte rapporteren Detollenaere en collega's (2017) dat inkomensongelijkheid, expertise in de eerstelijnszorg en de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg significant gerelateerd zijn aan ongelijkheden wat betreft het tegemoet komen aan gezondheidsnoden. Daarenboven leiden taalbarrières tot een **gebrek aan kennis over en vertrouwen in de hulpverlening** die op hun beurt leiden tot een lager zorggebruik, minder zorgcontinuïteit, een lagere tevredenheid over de zorg en minder succesvolle behandeling bij deze doelgroep (Mangrio & Forss, 2017).

**Wat betreft risicofactoren**, somde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2018) de volgende risicofactoren op die bijdragen aan een slechtere gezondheid bij migranten (Lindert & Schimina, 2011; Puchner et al., 2018; WHO, 2010b): **de omstandigheden van de reis, de wijze en duur van de reis, het verlies van familie en vrienden en (acculturatie- of trauma gerelateerde) stress**. Migranten en etnische minderheden, en in het bijzonder vluchtelingen en asielaanvragers maar ook intra-Europese migranten en personen met een tweede, derde of vierde generatie migratieachtergronden worden vaak meer blootgesteld aan **trauma en sociale ongelijkheden** (Marmot & Bell, 2016; Pickett & Wilkinson, 2010) in vergelijking met niet-migranten. Verder stelden Missine en collega's (2012) in hun onderzoek in 23 Europese landen vast dat MEM meer depressieve symptomen ervaren in vergelijking met personen zonder migratieachtergrond. We kunnen dus concluderen dat zowel de pre- als post-migratie factoren een rol kunnen spelen bij zowel probleemgebruik als toegang tot de juiste zorg.

Een grootschalige Nederlandse studie nuanceert dat stress niet alleen voorkomt uit trauma bij **vluchtelingen** maar dat het post-traumatisch stress syndroom (PTSD) ook kan ontstaan door de omstandigheden in het ontvangende land en het gebrek aan financiële middelen (Knipscheer et al., 2015).

**Roma – de grootste etnische minderheid in de Europese Unie** – hebben in heel wat Oost-Europese landen maar ook in de landen waarnaar zij migreren vaak een lagere toegang tot de gezondheidszorg. Het tweede '*European Union Minorities and Discrimination report*' (FRA, 2017)

rapporteert dat Roma in vergelijking met andere minderheden het vaakst discriminatie ervaren in de toegang tot gezondheidsdiensten en dit vooral in Griekenland, Roemenië, Slowakije en Kroatië<sup>4</sup>.

Het SRAP-rapport (2012) identificeerde dat barrières tot de zorg voor Roma vooral van volgende aard zijn: **administratieve barrières** (gebrek aan gezondheidsrechten); barrières gerelateerd aan het **gezondheidssysteem** (continuïteit van zorg en het vinden van de juiste diensten) en een gebrek aan **informatie**. Deze studie geeft ook aan dat **armoede, segregatie, lage toegankelijkheid tot onderwijs, tewerkstelling en gezondheidsdiensten** belangrijke risicofactoren zijn die bijdragen aan middelengebruik in de zes bestudeerde Roma gemeenschappen in Italië, Bulgarije, Roemenië, Spanje, Slovenië en Frankrijk.

### 3. Prevalentie van middelengebruik bij migranten en etnische minderheden in Europa

Onze analyse van de nationale Reitox drugsrapporten (2012, 2014) toonde aan dat in de EU-28-landen de volgende MEM-populaties extra kwetsbaar zijn in de drughulpverlening:

- Roma in voornamelijk Midden- en Oost-Europese en Baltische lidstaten,
- Voormalige USSR-onderdanen in buurlanden en andere EU-landen,
- Personen met een andere nationaliteit in voornamelijk Noordelijke en West-Europese lidstaten.

**Noordelijke en westelijke EU-lidstaten maken geen melding betreffende intra-Europese migranten (inclusief Roma) noch over vluchtelingen. Dit is verrassend omdat deze populaties het afgelopen decennium ook in die landen aanzienlijk zijn gegroeid.**

In Europa zijn er amper studies terug te vinden wat betreft de prevalentie van de middelengebruik bij MEM (Priebe et al., 2016). Horyniak signaleerde wel dat de prevalentie van schadelijk alcoholgebruik varieert tussen 17% en 36% in vluchtelingenkampen en tussen 4% en 7% in gemeenschapsinstellingen. Zij stellen ook vast dat **mannelijk geslacht, blootstelling aan trauma en symptomen van psychische aandoeningen beïnvloedende factoren** zijn voor middelengebruik bij vluchtelingen (Horyniak et al., 2016, p.1).

Bogic en collega's (2012) identificeerden op hun beurt aanzienlijke verschillen tussen landen in de prevalentie van middelengebruik: 11,8% van de vluchtelingen in Duitsland had druggerelateerde problemen, vergeleken met 1,7% in Engeland en 0,7% in Italië; 4,7% van de vluchtelingen in Duitsland had alcohol gerelateerde problemen, vergeleken met 0,7% in Engeland en 0,3% in Italië. Bogic en collega's (2012) concludeerden dan ook dat de patronen van middelengebruik mogelijk beïnvloed worden door de sociale normen in het ontvangende land. Deze hypothese wordt ook geformuleerd door Priebe en collega's (2016) die stellen dat de prevalentie van gebruik na de eerste generatie vergelijkbaar wordt met de prevalentie in de algemene bevolking van het ontvangende land.

**Een Zweedse studie in een nationale cohorte van 43 403 vluchtelingen en hun families toonde aan dat het gebruik van psychotropische medicatie bij recente vluchtelingen laag was maar dat dit**

---

<sup>4</sup> Apart from 10 % of the respondents with Turkish background in the Netherlands and 9 % of the respondents with South Asian background in Greece, no other groups indicated having experiences with discrimination when accessing healthcare services in the 12 months before the survey.

**gebruik verhoogt naarmate men langer in het land is (Brendler-Lindqvist et al., 2014).** Dit patroon wijst volgens de auteurs mogelijks op barrières in de toegang tot de mentale gezondheidszorg, een hypothese die bevestigd werd in een latere studie (Mangrio et al., 2018).

Een literatuuroverzicht met betrekking tot middelengebruik bij Roma in Tsjechië en Slowakije (Kajanová & Hajduchová, 2014) beschrijft dat de meest gebruikte middelen in deze doelgroep buprenorfine, cannabis, toluene, heroïne en methafetamines zijn.

We kunnen besluiten dat er heel weinig geweten is over prevalentie van middelengebruik bij MEM-populaties. De nationale gezondheidsbevragingen bevatten vaak geen migratie- of etniciteit gerelateerde indicatoren of hebben een onvoldoende grote steekproef. **Doelgerichte steekproeftrekking of het uitvoeren van een bijkomende bevraging bij deze populaties zou aan deze laatste tekortkoming tegemoet kunnen komen (zie aanbevelingen).**

#### 4. Prevalentie van middelengebruik bij migranten en etnische minderheden in België

**Ook in België, is het onderzoek naar de prevalentie van middelengebruik bij MEM beperkt** (Dauvrin et al., 2012; De Kock, Decorte, Schamp, et al., 2017; Derluyn et al., 2008). Lorant en collega's (2016) toonden aan dat **meer sociale banden met niet-migranten werd geassocieerd met een verhoogd gebruik van cannabis en alcohol bij adolescenten met een migratieachtergrond. Dit lijkt de stelling te ondersteunen dat de prevalentie van middelengebruik bij personen met een migratieachtergrond na verloop van tijd vergelijkbaar wordt met de prevalentie in de algemene bevolking** (Bogic et al., 2012; Priebe et al., 2016). Berten (2012) toonde aan dat ongeacht de migratie-achtergrond van een student, het opgroeien in een 'hoog opgeleid gezin' het risico op frequent alcoholgebruik verhoogt.

Eén studie waagde zich aan het analyseren van alcoholgebruik bij respondenten met een migratieachtergrond in de nationale gezondheidsbevraging (2013) (eerste of tweede generatie en een westerse of niet-westerse migratieachtergrond) (Van Roy et al., 2018). Hoewel de omvang van de steekproef relatief klein was, was de belangrijkste conclusie dat het gebruik bij niet-westerse migranten van de eerste generatie aanzienlijk lager lag in vergelijking met niet-migranten. Bovendien melden respondenten met een westerse eerste en tweede generatie migratieachtergrond en degenen met een niet-westerse migratieachtergrond aanzienlijk minder *binge drinking* in vergelijking met 'Belgische' respondenten.

We hebben geen andere bevragingen of onderzoeken (2009-2019) geïdentificeerd die informatie geven over de prevalentie van middelengebruik bij personen met een migratieachtergrond.

**Onafhankelijk van (hypothesen over) de prevalentie van middelengebruik bij specifieke populaties is een goed begrip van risicomechanismen enerzijds en een beeld op de hiaten in het hulpverleningslandschap anderzijds onontbeerlijk voor een goed drughulpverleningsbeleid voor MEM populaties.**

In de kwalitatieve PADUMI studie (patronen van middelengebruik bij migranten en etnische minderheden, [Belspo, DR / 69](#)) werden de volgende redenen voor middelengebruik geïdentificeerd: huwelijks- en andere familie gerelateerde problemen bij Turkse en Oost-Europese respondenten. Oost-Europese respondenten gaven bijkomend aan dat ook financiële problemen hen parten speelden. Niet-gedocumenteerde migranten, vluchtelingen en asielaanvragers rapporteerden vooral

onzekerheden betreffende het verblijfsstatuut en de redenen voor migratie (De Kock, Decorte, Schamp, et al., 2017). Bijkomend ervaarden alle Oost-Europese en Turkse respondenten vormen van (inter)etnische en andere discriminatie (De Kock & Decorte, 2017). Ten slotte stelden we in een secundaire analyse vast dat Turkse probleemgebruikers meer aan identiteit gerelateerde problemen ervaarden in vergelijking met recreatieve gebruikers met dezelfde migratieachtergrond (De Kock, 2020).

**Desalniettemin blijft er onduidelijkheid bestaan over de causaliteit tussen de genoemde factoren en is meer onderzoek naar verklarende mechanismen voor probleem gebruik en herstel bij subgroepen noodzakelijk.**

### 5. Migranten en etnische minderheden in de Belgische drughulpverlening

Blomme, Colman en De Kock (2017) vertrokken vanuit de hypothese dat de aanwezigheid van MEM in de drughulpverlening (ongeveer) gelijk moet zijn aan de aanwezigheid in de algemene samenleving (Vanderplasschen et al., 2003, p. 19). Hoewel hieromtrent meer onderzoek noodzakelijk is, valt dit uitgangspunt te verdedigen aan de hand van studies die aangeven dat de prevalentie bij MEM na verloop van tijd zal samenvallen met de prevalentie in de algemene bevolking (Bogic et al., 2012; Priebe et al., 2016). Uiteraard moet men ook rekening houden met het individueel hulpzoekgedrag en individuele risicofactoren.

Hoewel de studie niet als zodanig is opgezet, werd er indirect ook van uitgegaan dat de aanwezigheid van niet-Belgen in verschillende behandelingsdiensten vergelijkbaar zou moeten zijn met die van Belgen om van gelijkwaardige behandelingsmogelijkheden te kunnen spreken. Gezien de beschikbaarheid van deze gegevens, moeten toekomstige studies deze subgroep verschillen blijven opvolgen. Het vergelijken van populaties met en zonder een migratieachtergrond is een veel gebruikte methode in MEM-gezondheidsstudies, samen met de studie van populaties met vergelijkbare achtergronden in verschillende nationale contexten (om beleidseffecten te bestuderen) en subgroep analyse van vergelijkbare populaties die wel en niet zijn gemigreerd (om de rol van migratie te bestuderen) (Agyemang & van den Born, 2019).

**De analyse van de aanwezigheid van niet-Belgen in de Belgische drughulpverlening** bracht grote verschillen aan het licht tussen behandelingstypes (Blomme, Colman, & De Kock, 2017). Europese niet-Belgen zijn minder aanwezig in residentiële behandeling in vergelijking met hun aandeel in de bevolking en in vergelijking met het aantal niet-Europese cliënten in behandeling. Een oververtegenwoordiging van niet-Belgen bij ambulante methadonsubstitutiebehandeling werd ook vastgesteld. Dit bevestigt de resultaten uit voorgaand onderzoek (Derluyn et al., 2008).

Een aanvullende analyse (De Kock, Blomme, et al., 2020) van dezelfde gegevens vond een sterke associatie tussen nationaliteit enerzijds en het type geconsulteerde dienst, geslacht en woonsituatie anderzijds. Behandelingsepisodes waarbij niet-Belgische cliënten betrokken waren, bevonden zich vaker in niet-residentiële centra in vergelijking met Belgen. Belgen werden vaker doorverwezen naar meer hoogdrempelige diensten. De gedocumenteerde Europese genderkloof (één op vier tot één op vijf is vrouwelijk) (Montanari et al., 2011) in de drughulpverlening was proportioneel groter bij cliënten uit niet-EU landen in vergelijking met Belgen.

**Een vergelijking tussen Europese en niet-Europese niet-Belgische cliënten** toonde aan dat de laatste groep vaker een lagere sociaaleconomische status (onderwijs, werk, wonen) had. Wat

doorverwijzing betreft, werden niet-nationale cliënten opgenomen in 2012-2014 minder vaak door huisartsen en ziekenhuizen doorverwezen dan Belgische cliënten. Bovendien werden zij vaker door 'andere' actoren doorverwezen. Deze resultaten bevestigen eerdere kwantitatieve analyses betreffende de behandeling van middelengebruik in België (Derluyn et al., 2008). We hebben geen Belgische onderzoeken gevonden wat betreft de tevredenheid van MEM in de drughulpverlening of over behandelingssucces.

De PADUMI-studie (zie hierboven, De Kock, Decorte, Schamp, et al., 2017) wees uit dat de soorten geraadpleegde diensten aanzienlijk verschilden naar migratieachtergrond. Respondenten met een Turkse migratieachtergrond hadden kennis van en raadpleegden alle specifieke drughulpverlening, terwijl de groep mensen zonder papieren, asielzoekers en vluchtelingen voornamelijk methadonsubstitutiebehandeling en andere ambulante diensten raadpleegden. Oost-Europese respondenten in de PADUMI-studie vroegen voornamelijk om hulp bij huisartsen, ziekenhuizen, OCMW's maar klopten ook bij vakbonden en mutualiteiten aan met druggerelateerde hulpvragen.

## 6. De Vlaamse drughulpverlening

Gezondheid en aanwezigheid van MEM in de Vlaamse drughulpverlening en beleid

**Noppe en collega's (2018) wijzen erop dat het aantal personen met een zeer slechte gezondheid (zelfinschatting) groter is bij niet-EU-onderdanen** in vergelijking met EU-onderdanen en Belgen in Vlaanderen. Bovendien is het aantal mensen dat gezondheidszorg uitstelt vanwege financiële redenen aanzienlijk groter in dezelfde groep niet-EU-onderdanen in Vlaanderen.

**De nationale gezondheidsenquête bevat op dit ogenblik een te kleine steekproef** om beleid en onderzoek te informeren over de prevalentie van recreatief en schadelijk middelengebruik in deze populaties. Een studie van deze gegevens in 2013 meldde dat de omvang van de steekproef te klein was om te rapporteren over alcoholgebruik bij personen met een migratieachtergrond in Vlaanderen (Van Roy et al., 2018).

Net zoals op Belgisch niveau, was er in de Vlaamse drughulpverlening in 2012-2013 een **oververtegenwoordiging van niet-Belgen in de methadonsubstitutiebehandeling (MSOC)** (15% van de populatie in deze behandelingsvorm, vergeleken met een bevolking van ongeveer 7%) in 2012 en 2013 (Blomme et al., 2017). Deze aanzienlijke vertegenwoordiging in de Vlaamse MSOC contrasteert met een lage aanwezigheid in crisisdiensten (3,5% en 5,8% in deze behandelingsvormen) en in therapeutische gemeenschappen<sup>5</sup> (1,8% in 2012 en 2,2% in 2013). Bovendien waren er, met uitzondering van de therapeutische gemeenschappen, twee keer zoveel personen met een niet-EU-nationaliteit in vergelijking met EU-onderdanen in alle diensten voor specifieke drughulpverlening. De overgrote meerderheid van de niet-Belgen in de populatiestatistieken 2012-2013 had daarentegen een EU-nationaliteit. **Dit wijst op een ondervertegenwoordiging van Europese nationaliteiten, ten aanzien van de aanwezigheid van deze subpopulatie in de algemene bevolking.**

---

<sup>5</sup> TG wordt hier – zoals in TDI gegevens – gedefinieerd als een langdurig residentiële programma, in een centrum met een RIZV conventie, waarin de residentiële behandeling en het leven in groep altijd een belangrijke plaats inneemt (zie: TDI registratie in de RIZIV-revalidatiecentra voor verslaafden – Jaarlijks rapport 2012).

Ambulante diensten (CGG) hadden een minder uitgesproken ondervertegenwoordiging van deze populatie (6,10% in 2012 en 5,3% in 2013). **Dit verschil was groter in Vlaanderen in vergelijking met de andere Belgische regio's** (Blomme et al., 2017).

In 2016 publiceerde het Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin een beleidsanalyse betreffende etnische diversiteit in dit Vlaams beleidsdomein (Demeyer & Vandezande, 2016). De analyse identificeert een 'etnische kloof' die eruit bestaat dat de **sociale positie van personen met een migratieachtergrond vaak slechter is in vergelijking met personen zonder een migratieachtergrond**. Dit werd bevestigd in onze analyse van de sociaaleconomische status in de behandelingsgegevens 2012-2013, vooral bij niet-EU-onderdanen in de drughulpverlening (De Kock, Blomme, et al., 2020).

Het antwoord op de hoofdvraag van de studie van Demeyer & Vandezande - "*Wat is het beleidskader met betrekking tot etnische diversiteit in de gezondheidszorg en welzijn?*" - was dat beleidsdocumenten de bereidheid tonen om aan de slag te gaan met diversiteit, maar dat de **concrete doelen vaag bleven**. De specifieke analyse van het domein van de geestelijke gezondheid wees uit dat het onderwerp hoofdzakelijk **op basis van projecten wordt benaderd en dat dit een langdurige en continue beleidsvorming en visie in de praktijk belemmert** (Demeyer & Vandezande, 2016, p. 70).

Uit onze screening van de '*Conceptnota over behandeling met middelengebruik*' met dezelfde trefwoorden die Demeyer & Vandezande gebruikten, concluderen we dat de nota geen speciale aandacht heeft voor MEM aangezien geen van de sleutelwoorden in deze tekst aanwezig zijn.

#### Een beter begrip van ongelijkheden in de Vlaamse drughulpverlening

Onderzoek naar middelengebruik en behandeling bij MEM in Vlaanderen is beperkt. Toch vonden we enkele studies terug met betrekking tot middelengebruik in specifieke populaties (Muys, 2010), de ondersteuning van MEM-familieleden (Noens et al., 2010), het in kaart brengen van behoeftes in de drughulpverlening (Bekkers, 2019; El Osri, Häuser, Stevens, Swinnen, & Berdai, 2012), zorgtrajecten (Derluyn et al., 2008) en de aard van en redenen voor probleemgebruik en hulpzoekgedrag (De Kock, Decorte, Schamp, et al., 2017).

**Gezien het onderzoeksdomein in haar kinderschoenen staat en bij gebrek aan prevalentiegegevens, kunnen we alleen op hypothesen vertrouwen voor het verklaren van de grote ondervertegenwoordiging van niet-Belgen in de residentiële drughulpverlening en de oververtegenwoordiging in laagdrempelige ambulante behandeling (voornamelijk MSOC).**

Bijgevolg werden in het kader van het MATREMI-onderzoek semigestructureerde interviews afgenomen bij 14 professionals in de drughulpverlening en de geestelijke gezondheidszorg. Het doel was om de behoeften en uitdagingen in kaart te brengen voor het verhogen van het bereik van, de toegang voor en de retentie van MEM in de drughulpverlening. Er werd gefocust op professionals vanwege de beleidsgerichte focus van dit onderzoeksproject en vanwege het feit dat we in eerder onderzoek hadden gericht op het perspectief van middelengebruikers met een migratieachtergrond (De Kock, Decorte, Schamp, et al., 2017).

Er werd ook een bevraging verspreid naar alle diensten in de drughulpverlening om inspirerende praktijken te identificeren die zijn gericht op het vergroten van het bereik van, de toegang voor en

de retentie van MEM in de drughulpverlening. In wat volgt, zullen we reflecteren over de resultaten van deze interviews en de bevraging in Vlaanderen.

**De oververtegenwoordiging van MEM in MSOC kan hoofzakelijk worden verklaard door het feit dat deze diensten laagdrempelig zijn en vaak geen of weinig vereisten stellen wat betreft sociale zekerheid.** Wat betreft de ondervertegenwoordiging van EU-nationaliteiten in residentiële diensten, is de hypothese dat Europese probleemgebruikers gebruik zouden maken van residentiële diensten in het thuisland onwaarschijnlijk gezien de meeste herkomstlanden een minder breed scala aan drughulpverlening hebben en / of een restrictiever drugsbeleid hebben in vergelijking met Vlaanderen.

**Aangezien de ondervertegenwoordiging minder uitgesproken is in Brussel en Wallonië is het meer waarschijnlijk dat enerzijds het Vlaamse gezondheidssysteem en anderzijds de aard van het individueel hulpzoekgedrag aan de basis liggen van deze onder- en over representatie.**

**Met betrekking tot de toegang tot de drughulpverlening hebben we vier redenen geïdentificeerd die bijdragen aan de ondervertegenwoordiging van niet-Belgen in residentiële diensten.** Ten eerste benadrukten geïnterviewden dat **taal een uitsluitingscriterium is in de meeste residentiële diensten.** Ten tweede hebben we in de TDI-gegevens van 2012-2014 vastgesteld dat niet-Belgen minder vaak door huisartsen werden doorverwezen dan 'Belgische' cliënten, terwijl kwalitatieve studies aantonen dat deze populaties eerder geneigd zijn een middelen gerelateerde **hulpvragen te formuleren bij de huisarts** (De Kock, Decorte, Schamp, et al., 2017).

Ten derde, wezen Noppe en collega's (2018) erop dat in Vlaanderen het uitstel van gezondheidszorg vanwege financiële redenen groter is bij de groep niet-EU-onderdanen in vergelijking met Belgen en ook dit zou een reden kunnen zijn voor ondervertegenwoordiging in residentiële behandeling. Ten vierde constateerde Mortier (2017) dat gedetineerden met een Turkse en Marokkaanse migratieachtergrond minder vaak naar residentiële behandeling werden verwezen dan Belgen.

**Bovendien moet het selectieve karakter van de residentiële drughulpverlening worden benadrukt, omdat dit bijdraagt aan een lagere formele toegankelijkheid.** De 11 Vlaamse diensten in de drughulpverlening die formeel door het RIZIV zijn erkend, bieden residentiële (naast ambulante) zorg en zijn veelal gericht op herstel en abstinentie. Dit zorgt ervoor dat zij zich op een duidelijk afgebakende (gemotiveerde) doelgroep richten aan wie zij vooral therapeutisch-pedagogische interventies bieden (VVBV, 2018). Toch zal het in de toekomst noodzakelijk zijn om na te denken over de doelen en methoden in deze diensten, opdat alle diensten in de drughulpverlening maximaal toegankelijk kunnen zijn.

Zowel de interviews als de online bevraging tonen aan dat de huidige inspanningen voor MEM (sub) populaties in de drughulpverlening **voornamelijk gericht zijn op het verbeteren van de toegang tot diensten en het bereiken van deze populaties,** terwijl retentie (kwaliteit van zorg en behandelingsresultaten) minder aandacht krijgen. Slechts één respondent uit de online bevraging heeft vastgesteld dat de implementatie van een diversiteitsbeleid op organisatieniveau heeft geleid tot een betere retentie van cliënten met een Turkse migratieachtergrond.

Twee studies (Derluyn, 2008; Mortier, 2017) wezen er echter wel op dat de uitval groter is bij specifieke MEM (sub) populaties. **Bijgevolg is verder onderzoek naar de kwaliteit van de**

**dienstverlening voor deze doelgroepen en naar de redenen voor uitval aangewezen.** Kennis over de beschikbare diensten in specifieke (sub) populaties is uiteraard ook een belangrijke factor bij het bereiken van de doelgroepen.

**Op basis van de interviews, de online bevraging en eerder onderzoek kunnen we besluiten dat er een discrepantie bestaat tussen de noden van MEM enerzijds en het beschikbare aanbod anderzijds. Zoals hierboven vermeld, merkten de meeste participanten in dit onderzoek op dat taal een uitsluitingscriterium is in de meeste residentiële diensten. Ook stelden enkele respondenten zich vragen bij de dominante focus op taalgerichte therapie in vergelijking met meer gemeenschapsgerichte en minder talige benaderingen. Dit is niet alleen het geval in de residentiële zorg, maar ook in de ambulante centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG). Beleidsonderzoek naar de haalbaarheid van het creëren van aanvullende behandelingsmethoden (zoals een minder taal- en therapiegericht aanbod) is dan ook aangewezen.**

Op het microniveau van de cliënt merkten deelnemers aan de interviews op dat de eerste hulpvraag vaak een **contextvraag** is (vb. geformuleerd door familieleden), dat de 'kernvraag' soms **verscholen zit achter een andere hulpvraag** (zoals bijvoorbeeld depressie) en / of gericht is aan een dienst die niet gerelateerd is aan de specifieke drughulpverlening. Bovendien tonen zowel eerder onderzoek als de huidige studie aan dat de gevolgen van trauma en gevoelens van uitsluiting bijdragen aan problematisch middelengebruik.

**Wat betreft taal**, werd veelvuldig gemeld dat diensten die regelmatig (willen) gebruikmaken van vertalers en interculturele bemiddelaars hierbij vaak **administratieve, financiële en organisatorische barrières** ervaren. Diezelfde barrières werden door respondenten geïdentificeerd als redenen om geen gebruik te maken van deze diensten en bovendien veroorzaken ze weerstand om gebruik te willen maken van vertalers en tolken.

Op het niveau van de drughulpverlening merken de deelnemers aan de interviews op dat **vertrouwen, cliëntgerichte zorg, openheid, authenticiteit en reflexiviteit** cruciaal zijn voor het succesvol ondersteunen van (MEM) cliënten. Alle respondenten benadrukten het belang van vertrouwen. Ze benadrukten niet alleen het vertrouwen van de cliënt in de hulpverlener, maar ook het vertrouwen van de professioneel in de cliënt en een breder vertrouwen in de gebruikte methoden en het gezondheidssysteem. Respondenten merkten bovendien op dat het falen van het gezondheidssysteem (vb. wachtlijsten, niet worden toegelaten in een dienst) het 'epistemisch' vertrouwen van de cliënt kan aantasten, wat de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener kan schaden.

Het hebben en beoefenen van deze vaardigheden en deze inzichten moet echter worden voorafgegaan door vereisten op **organisatie- en beleidsniveau**, zoals de beschikbaarheid van training en vormingen maar ook het wegwerken van wachttijden (die druk op de organisaties uitoefenen). Eerder onderzoek (Noens, 2010, El Osri et al. 2012, Sacré, 2010) en de empirische gegevens in het huidig onderzoek wijzen erop dat een grotere focus op **outreach en de uitbouw van netwerken** in de drughulpverlening cruciaal zijn voor het bereiken van MEM. Zoals aangegeven door respondenten van de online bevraging en aangetoond in internationaal onderzoek (Guerrero et al. 2017) vereist dit dat **leidinggevenden positief staan ten aanzien van deze veranderingen.**



Op het federale en Vlaamse beleidsniveau hebben geïnterviewden de volgende initiatieven geïdentificeerd die relevant zijn voor MEM in de drughulpverlening: het recht op dringende medische hulp, het recht op psychosociale ondersteuning voor vluchtelingen in afwachting van de beslissing over hun asielprocedure, eerstelijnspsychologen, het project 'vluchtelingen en asiel', ondersteuning van de 'antenne geestelijke gezondheidszorg' en de operationalisering van artikel 107 van de ziekenhuiswet. Hoewel de insteek van de maatregelen wordt toegejuicht, blijken er heel wat problemen te bestaan in de uitvoering ervan. (Deze uitdagingen worden verder besproken in de [aanbevelingen op Belgisch/ federaal niveau](#)).

**Besluitend kunnen we stellen door het combineren van de ecosociale en het intersectionele perspectief (De Kock, 2020; Krieger, 2014) ons heeft toegelaten om vast te stellen dat barrières voor behandeling niet alleen op het ene of het andere niveau liggen (micro – meso - macro) (zie ie: Scheppers et al., 2006).**

Wachlijsten bijvoorbeeld, als gevolg van onvoldoende financiering, zorgen ervoor dat diensten zich niet meer kunnen focussen op of prioriteit kunnen geven aan extra doelgroepen zoals MEM. Een gebrek aan financiering op het niveau van de overheid leidt tot een gevoel van onvermogen op organisatieniveau (meso-macro). Evenzo spreken (potentiële) klanten mogelijk niet de taal, maar professionals en diensten zijn misschien terughoudend om met hen samen te werken omdat ze onvoldoende expertise en middelen hebben om met deze klanten te werken (micro-meso). Ook hier bevindt de barrière zich niet alleen op microniveau van de cliënt. Integendeel, de taalbarrière is veel complexer omdat deze bestaat uit een verwevenheid van micro-, meso- en macrobeperkingen en -keuzes.

Hetzelfde geldt voor het hierboven beschreven fenomeen van vertrouwen. Wanneer een opname in een residentiële dienst (meso) niet mogelijk is op basis van onvoldoende kennis van de taal kan dit epistemisch wantrouwen bij de cliënt veroorzaken. Met andere woorden, de cliënt kan het vertrouwen in het behandelstelsel (macro) verliezen door ervaringen op meso-organisatieniveau die op hun beurt gereflecteerd worden in de therapeutische relatie (micro). Barrières worden vaak aan de cliënt toegeschreven (bv. taal, cultuur) waar diezelfde barrières vaak ook gerelateerd zijn aan aspecten in de dienstverlening en beleidsvorming (De Kock, 2019a).

**Dit nieuw perspectief benadrukt de verantwoordelijkheid van beleidsvorming op zowel het niveau van de overheid als de organisatie. Het laat toe zich niet alleen op de verantwoordelijkheden van de doelgroep - in casu MEM - te richten. Door deze 'geïndividualiseerde' problemen in een breder kader te zien, wordt meteen ook aan een oplossing gewerkt.**

## 7. Het perspectief van hulpverleners in Wallonië en Brussel

Ook in Wallonië en Brussel is er weinig *evidence-based* onderzoek beschikbaar naar de drughulpverlening voor MEM. Bestaand onderzoek richt zich vooral op de toegang tot (algemene) gezondheidszorg en op professionals. Hulpverleners in Brussel en in Wallonië worden echter steeds meer worden geconfronteerd met diversiteit (Dauvrin, 2016). Cliënten met een migratieachtergrond identificeren verschillende uitdagingen zoals taalbarrières, verschillende geloofssystemen, culturele ervaringen en eerdere traumatische ervaringen (Sandhu et al. 2013).

**Desondanks lijkt het erop dat gezondheidswerkers niet systematisch van mening zijn dat zij verantwoordelijk zijn voor culturele aanpassing (Dauvrin & Lorant, 2014). Personen met een**

migratieachtergrond worden in Wallonië en Brussels vaak bij de grotere groep van kwetsbare middelengebruikers gerekend. Ook de respondenten in de interviews benadrukten dat de door hen geïmplementeerde werkwijzen niet specifiek op MEM gericht zijn.

Als het gaat om drughulpverlening voor MEM, lijkt het erop dat MEM-druggebruikers tegelijkertijd over- en ondervertegenwoordigd zijn ten aanzien van hun aanwezigheid in de bevolking. **In Wallonië en Brussel is er een oververtegenwoordiging van niet-Belgen in de MSOC, zowel proportioneel als ten aanzien van hun aandeel in de bevolking.** In Wallonië zijn er veel niet-Belgen in de MSOC (21,8% vergeleken 9,7% in de algemene bevolking 2012). Een dergelijke oververtegenwoordiging contrasteert met de vertegenwoordiging van MEM in dagcentra (6,2%). In therapeutische gemeenschappen en crisisdiensten lijkt het aantal behandelingsaanvragen van niet-Belgen dan weer evenredig ten aanzien van het totale bevolkingscijfer (respectievelijk 11,5% in therapeutische gemeenschappen en 15,1% in crisisdiensten ten aanzien van een populatie van 9,7% in de totale bevolking).

Ook in het Brussels hoofdstedelijk gewest is er een oververtegenwoordiging van niet-Belgen in de behandelingsaanvragen in de medisch-sociale opvangcentra: 72% van de behandelingsaanvragen in deze diensten in 2012 had betrekking op niet-Belgen in 2012 en 68,3% in 2013, vergeleken met een vertegenwoordiging van 32,5% (in 2012) en 33% (in 2013) in de Brusselse bevolking. In 2013 en zeker in 2012 was er een ondervertegenwoordiging van niet-Belgen in de dagcentra (20,3% in 2012; 20,6% in 2013), de residentiële centra (20,2% in 2012; 28,1% in 2013) en de crisisopvang (18,9% in 2012; 31,5% in 2013). (Blomme, Colman, De Kock 2017)

Gezien de schaarse literatuur over de drughulpverlening, kunnen we alleen vertrouwen op hypothesen voor het verklaren van de grote oververtegenwoordiging van niet-Belgen in de MSOC in Brussel en de ondervertegenwoordiging in andere diensten. Ten eerste wordt in de bestaande literatuur aandacht besteed aan **stigma en taboe rond drugsproblemen in migrantengemeenschappen** (Sacré, Daumas, et Hogge 2010). Mogelijks heeft dit een invloed op het hulpzoekgedrag. Als gevolg hiervan gaat men misschien eerder op zoek naar hulp in dagcentra of in laagdrempelige ambulante behandelingen.

Ten tweede **hanteren de MSOC vaak een onvoorwaardelijk toegangsbeleid** (men vereist geen aansluiting bij de sociale zekerheid). Dit onvoorwaardelijke toegangsbeleid is misschien een sleutelfactor die de oververtegenwoordiging van MEM in MSOC in Brussel verklaart, omdat deze stad een grote MEM-populatie heeft die moeilijk toegang vindt tot een reguliere ziekteverzekering. Volgens de grijze literatuur woonde meer dan de helft van de personen die beroep deden op 'dringende medische hulp' in Brussel (13.426 van de in totaal 23.360 begunstigden in België) (FAMGB 2013).

**In Wallonië is de situatie enigszins anders dan in Brussel: niet-Belgen zijn ondervertegenwoordigd in dagcentra** (6,2% in 2012) maar er is een lichte oververtegenwoordiging in therapeutische gemeenschappen (11,5% in 2012) en crisisdiensten (15,1% in 2012). Dit kan te wijten zijn aan geografische redenen: Brussel is een stadsregio waar alle diensten (relatief) dicht bij elkaar liggen, terwijl Wallonië een groter grondgebied bestrijkt (CRESAM asbl 2015). Onze respondenten benadrukten dat MEM kunnen worden afgeschrikt door de lange afstand tussen hun woonst en de beschikbare diensten (zoals dagcentra) (Fédito-Wallonne, 2019).

Bovendien tonen zowel de interviews als de bevraging aan dat de huidige inspanningen voor MEM-populaties **vooral gericht zijn op het verbeteren van de toegang tot diensten en het bereiken van deze populaties**. Dit is in overeenstemming met het perspectief van veel van onze respondenten dat MEM-drugsgebruikers niet anders moeten worden behandeld dan andere drugsgebruikers en dat het hoofddoel voor hen vooral is om MEM-cliënten te integreren in de reguliere diensten. Er is dus vooral aandacht voor toegang tot de diensten en minder voor retentie in behandeling.

Op het microniveau van de cliënt merkten deelnemers aan de interviews op dat **taal** een grote barrière is. Hoewel veel respondenten erop wijzen dat ze oplossingen hebben gevonden om deze barrière te overwinnen, lijken er verschillende opvattingen te zijn over het omgaan met taalbarrières. Terwijl **laagdrempelige diensten creatieve oplossingen** vinden om met de taalbarrière om te gaan, concentreren hulpverleners in het domein van de geestelijke gezondheidszorg zich op de kwaliteit van de vertaling. Ze werken daarom liever met live tolken, wat administratief lastig is en de toegang bemoeilijkt vanwege de organisatorische vereisten (afspraak maken, wachttijden etc.).

Bovendien stelde een respondent dat de taalbarrière problematisch kan zijn voor residentiële behandeling: wanneer drugsgebruikers geen Frans spreken, veroorzaakt dit mogelijks spanning tussen de bewoners. **Deze verschillende benaderingen met betrekking tot taal en hoe daarmee om te gaan, kunnen verklaren waarom MEM die met het Frans worstelen, oververtegenwoordigd zijn in laagdrempelige diensten waar vertaling geen omslachtige administratieve en organisatorische procedures vereist.**

Bovendien vestigen onze respondenten de aandacht op de vaak precaire verblijfsstatus van druggebruikers met een migratieachtergrond. Zij geven aan dat de administratieve procedures om toegang te krijgen tot gezondheidszorg (en dus de toegang tot hulpverlening door bijvoorbeeld het dringende medische hulp principe) soms moeilijk verloopt. Het feit dat laagdrempelige diensten (voornamelijk MSOC) vaak minder toegangsvereisten hebben in vergelijking met andere (zoals residentiële) diensten speelt zeker een rol in de oververtegenwoordiging van MEM in deze diensten.

Op het niveau van de hulpverlener merkten de deelnemers aan de interviews op dat **vertrouwen** cruciaal is voor het succesvol ondersteunen van (MEM) druggebruikers. Zij kampen vaak met **discriminatie, administratieve problemen en soms trauma**. **Hulpverleners werkzaam in laagdrempelige eerstelijnsdiensten (voornamelijk MSOC) zullen meer geneigd zijn om dergelijke vaardigheden te ontwikkelen**, omdat ze voornamelijk in contact staan met niet-Belgische bevolkingsgroepen. Vanuit dat perspectief is het goed denkbaar dat professionals die in andere diensten werken en dus minder met MEM in contact komen, dergelijke vaardigheden niet of in mindere mate ontwikkelen.

Op het niveau van de drughulpverlening en belendende diensten werd door veel respondenten aangehaald dat een **structureel gebrek aan financiering een efficiënte aanpak bemoeilijkt**. Dit gebrek aan middelen omvat verschillende dimensies. Sommige van onze respondenten waren van mening dat het gebrek aan structurele middelen om initiatieven op lange termijn te implementeren hun werk bemoeilijkt. Andere respondenten wijzen erop dat de bestaande arbeidsomstandigheden stereotypen bevorderen onder werknemers in hun contact met MEM.

Dit fenomeen werd ook beschreven in onderzoek naar de houding van eerstelijns werknemers: **door een gebrek aan middelen hebben eerstelijns werkers meer de neiging om cliënten te**

'categoriseren' en op basis daarvan de cliënt anders te behandelen (Lipsky 2010), wat mogelijk kan leiden tot willekeur bij het aanbieden van toegankelijke gezondheidszorg. Zoals beschreven door onze respondenten, zijn MEM-drugsgebruikers vaak het slachtoffer van verschillende stereotypen en worden ze door diensten vaak aangeduid als "moeilijke" cliënten. Dit zou kunnen verklaren waarom MEM ondervertegenwoordigd zijn in bepaalde diensten.

Op beleidsniveau ervaren de Franstalige respondenten een discrepantie tussen de federale poging om de toegang tot gezondheidszorg voor drugsgebruikers met een migratieachtergrond enerzijds te verbeteren en het eerder beperkende federale migratiebeleid anderzijds. Beperkend migratiebeleid voorkomt dat bepaalde populaties toegang hebben tot hun rechten, waaronder het recht op gezondheidszorg. Dit is het meest opvallend in het geval van transitmigranten en mensen zonder papieren.

Ten slotte is - net zoals in Vlaanderen - de aanwezigheid van niet-Belgen van buiten de EU dubbel zo hoog in vergelijking met niet-Belgen met een Europese migratieachtergrond in Brussel en in Wallonië (Blomme, Colman, et De Kock 2017). De bevroegde hulpverleners bevestigen dat EU-onderdanen een bijzonder verborgen populatie zijn. De semigestructureerde gesprekken handelden vooral over asielzoekers, mensen zonder papieren en drugsgebruikers met een Noord-Afrikaanse migratieachtergrond. Een van onze respondenten vertelde dat Europese burgers in Brussel en Wallonië vaak gedetacheerde werknemers zijn waardoor zij minder beroep doen op de Belgische zorg. Bovendien is het volgens deze respondent erg moeilijk om deze populaties te bereiken omdat ze zeer mobiel zijn. Vanwege hun lage integratie in het dagelijks leven en de korte tijd die deze doelgroep in België doorbrengt, richten diensten zich in mindere mate op deze specifieke populatie.

## 8. Inspirerende praktijken in Europa

Er is weinig literatuur beschikbaar betreffende *evidence-based* methoden in de drughulpverlening voor MEM. Measham en collega's (2011) stellen zelfs dat een drugbeleid vaak bestaat uit "een systeem dat vooral gericht is op preventie bij jongeren, volksgezondheidsinformatie gericht op tieners en drughulpverleningsdiensten die vooral gericht zijn op mannelijke probleemgebruikers zonder kinderen" (eigen vertaling).

In het domein van de geestelijke gezondheidszorg stellen Sempertégui en collega's (2018) dat er weinig studies zijn naar de effectiviteit van bestaande interventies voor depressie bij personen met een Turkse en Marokkaanse migratieachtergrond. Zij concluderen in hun systematische literatuurstudie dat er een grote nood is aan *evidence-based* aangepaste therapeutische interventies. Priebe en collega's (2016) stellen op hun beurt in een systematische literatuurstudie naar geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen dat "er geen studies naar de effectiviteit van interventies gevonden werden en dat bijgevolg de bestaande data nog van onvoldoende kwaliteit zijn om klinische effectiviteit en kosteneffectiviteit aan te tonen" (eigen vertaling) (p. 20). In een recente review toonden we aan dat er ook weinig evidentie bestaat voor de implementatie van 'culturele competentie' met het oog op het verlagen van structurele ongelijkheden in de drughulpverlening (De Kock, 2019a).

**In het domein van de specifieke drughulpverlening**, toonden Kane en collega's (2019) in een literatuuroverzicht gesubsidieerd door het Vluchtelingen Agentschap van de Verenigde Naties

(UNHR) aan dat **screening en vroeg interventie** in asielcentra een kosteneffectieve maatregel zijn, hoewel evaluatiestudies in dit domein nog beperkt zijn. Dit literatuuroverzicht identificeerde geen enkele studie in de Europese context. De auteurs concludeerden dan ook dat er een grote hiaat in de Europese literatuur bestaat omdat effectiviteitsstudies betreffende preventie en drughulpverlening voor MEM onbestaand zijn.

In april 2019 hebben we een bevraging naar de EU-28 lidstaten uitgestuurd om inspirerende praktijken wat betreft het bereik van, de toegang voor en de retentie van MEM in de drughulpverlening te verhogen. We hanteerden brede inclusiecriteria en identificeerde 34 praktijken. Zeventien praktijken werden geïdentificeerd in 12 lidstaten, 12 in Portugal en vijf in Tsjechië.

De praktijken in de 12 lidstaten en Tsjechië waren vooral gericht op erkende vluchtelingen, asielzoekers en, in mindere mate, op intra-Europese en niet-gedocumenteerde migranten en personen met een tweede en derde generatie migratieachtergrond. Drie respondenten gaven aan dat hun praktijk gericht was op sekswerkers, Ierse 'travellers' en eerste en tweede generatie oorlogsslachtoffers. Slechts één van de praktijken in Portugal was specifiek gericht op MEM-probleemgebruikers, terwijl de andere Portugese praktijken voornamelijk op bredere kwetsbare gebruikerspopulaties gericht waren in het kader van het landelijk drugbeleid.

Ten minste 20 van de 34 praktijken bevonden zich in het domein van **schadebeperking** en veel minder praktijken bevonden zich in het domein van preventie en behandeling. Toegang en bereik van populaties waren de belangrijkste doelen van deze praktijken, terwijl retentie slechts een doel was in zes praktijken.

Wat de evaluatiekwaliteit betreft, gaf ongeveer de helft van de respondenten aan dat de praktijk (nog) niet werd geëvalueerd of dat men niet op de hoogte was van evaluatie. De andere helft gaf aan dat de praktijk positieve uitkomsten had en dat die voornamelijk uit het bereik van specifieke populaties bestonden. Geen van de respondenten verwees naar rapporten of evaluatiestudies bij het rapporteren van deze resultaten.

**Aan de hand van deze resultaten bevestigen we opnieuw dat er een hiaat bestaat in zowel het onderzoek naar, als de praktijk van de residentiële drughulpverlening voor MEM. Een interessant pad voor de toekomst zou eruit kunnen bestaan om kennis- en expertisedeling tussen lage en hoogdrempelige diensten (i.e. *outreach* en taalfaciliteiten) te verkennen** (zie aanbevelingen [op het niveau van diensten in de drughulpverlening](#) en op [regionaal niveau](#)).

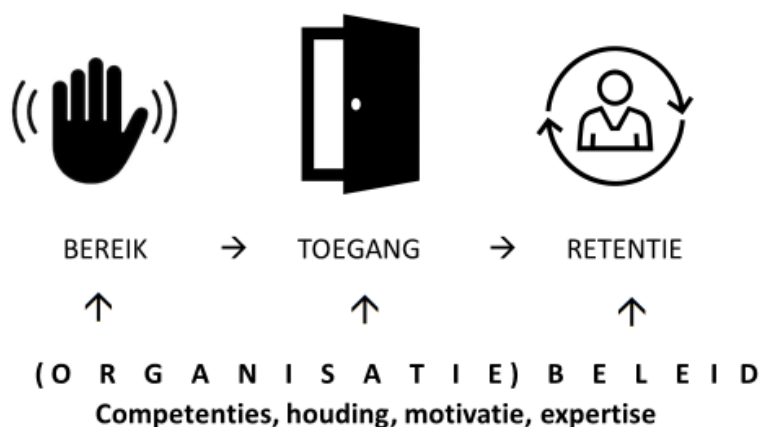
Voor een praktijkgericht overzicht van de inspirerende praktijken verwijzen we door naar de *'Wegwijzer voor een toegankelijke en interculturele drughulpverlening / Recueil sur l'accessibilité et l'interculturalité des services pour usagers de drogues'* (online beschikbaar via [www.belspo.be](http://www.belspo.be) en in boekformaat via [www.gompel-svacina.eu](http://www.gompel-svacina.eu)). De Europese praktijken worden ook besproken in de EMCDDA Background paper *Migrants, refugees and ethnic minorities: an overview of responses to drug-related issues in Europe* (De Kock, 2020 in review).

## Aanbevelingen

Om duurzame vooruitgang te boeken bij het terugdringen van **ongelijkheden in de gezondheid(zorg) en drughulpverlening voor MEM is de structurele inbedding van beleidsmaatregelen essentieel**. Een rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie betreffende de gezondheidstoestand van migranten pleit dan ook op nationaal niveau voor het "*bevorderen van een mensgericht, gender-, vluchtelingen- en migratiegevoelig gezondheidsbeleid, gezondheidssysteem en bijhorende interventies*" (2018, p. 12).

Druggebruikers met een migratieachtergrond worden vaak extra geraakt door bestaande hiaten in het gezondheidssysteem en in de specifieke (drug)hulpverlening. Daarom zullen we in wat volgt niet alleen aanbevelingen formuleren voor de specifieke MEM-populaties maar doen we ook aanbevelingen die gelden voor de brede groep van kwetsbare druggebruikers. De aanbevelingen zijn gericht op het vergroten van het **bereik van, de toegang voor en de retentie van MEM in de drughulpverlening**. Idealiter worden deze aanbevelingen opgenomen door platformen die gericht zijn op gelijkwaardige zorg voor de hele Belgische bevolking alsook in de [interministeriële conferentie](#) tegen racisme.

### INZETTEN OP DRUGHULPVERLENING VOOR MEM



#### Op het Belgisch / federaal niveau

Het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg stelt in een recent rapport dat de performantie van een gezondheidssysteem samenhangt met het vooropstellen van duidelijke doelen (KCE) (Devos et al., 2019). Wanneer die er niet zijn, blijven rapporten over het Belgisch gezondheidssysteem beschrijvend van aard. Het KCE vraagt dan ook dat:

*“Beleidsmakers ervoor zorgen dat gezondheidsdoelstellingen worden bepaald in overleg met de belanghebbenden; dat deze doelstellingen meetbaar zijn, dat er deadlines worden vooropgesteld en dat organisaties hieraan gehouden kunnen worden.”*

#### 1. Het registreren en verwerken van migratie gerelateerde indicatoren in de drughulpverlening

Ongelijkheden (zoals de onder- / oververtegenwoordiging in drughulpverlening of discrepanties in de prevalentie van middelengebruik) op basis van persoonskenmerken (zoals migratieachtergrond)

vormen het voorwerp van onderzoek in de **sociale epidemiologie**. Voor dit type onderzoek moet de aard van epidemiologische gegevens toelaten om zowel anti-categoriale (populatie-niveau), inter-categoriale (groepsvergelijkingen) en intra-categoriale (in-groep) analyses te maken (Wemrell et al., 2016; Wemrell et al., 2017).

**De registratie en beschikbaarheid van verschillende en vergelijkbare migratie gerelateerde indicatoren zijn een belangrijke voorwaarde om dit soort analyses mogelijk te maken en om positieve actie te ondernemen om ongelijkheden weg te werken (Bhopal, 2014; Rallu et al., 2004; Van Caeneghem, 2019).**

In België hebben opeenvolgende staatshervormingen (regionalisering) geleid tot belangrijke beperkingen wat betreft registratie en verwerking van gezondheidsgegevens (Devos et al., 2019). Dit wordt geïllustreerd door de **veelheid aan registratiesystemen en migratie gerelateerde indicatoren die we in het domein van de drughulpverlening hebben geïdentificeerd** in het kader van dit project.

Bovendien wordt van de Europese lidstaten, zoals vermeld in het Europees Handboek over 'gelijkheidsgegevens' (Makkonen, 2016), verwacht dat zij dit soort gegevensverzameling en -verwerking reguleren en ondersteunen. Ten slotte wordt beleidsplanning best ook gebaseerd op wat Ritter en collega's '**tiered models**' heten: modellen met verschillende uitkomsten voor verschillende groepen (Ritter et al., 2019). Deze beleidsmodellen zijn idealiter gebaseerd op verschillende data over de drughulpverlening, hulpverleningstrajecten maar ook over de prevalentie van middelengebruik. Hieronder formuleren we aanbevelingen met het oog op deze doelstellingen. De aanbevelingen op Europees niveau zijn na te lezen in [Migration and ethnicity related indicators in European Treatment Demand \(TDI\) registries](#).

- 1.1 **Het definiëren van de categorieën 'gevoelige data' (i.e. ras, geloofsovertuiging) die vermeld worden in de privacy wetgeving** en het creëren van richtlijnen die beleidsmonitoring toelaten in onder meer de gezondheidszorg (Goldblatt, 2016; Marmot, 2016) en de drughulpverlening naar het voorbeeld voor de socio-economische monitoring in het arbeidsdomein (UNIA, 2017) (i.e. door de gegevensbeschermingsautoriteit) (Farkas, 2017).
- 1.2 **Het samenbrengen van alle actoren die betrokken zijn bij de registratie van gegevens in de drughulpverlening zoals de verantwoordelijken voor EPD [CGG], CIS [VVBV], MSOC.net en OBASI met het oog op harmonisatie van de registratie van migratie gerelateerde indicatoren en het verlagen van de werklast die gepaard gaat met registratie (i.e. in Vlaanderen bijvoorbeeld in overleg met het *Vlaams Agentschap voor de Samenwerking rond Gegevensdeling tussen de Actoren in de Zorg [VASGAZ]*) (Zorgnet-Icuro, 2019) (i.e. door het KCE).**
- 1.3 **Het voorzien van fondsen** voor de intersectionele, multivariate en multi-indicator analyse (Giritli Nygren & Olofsson, 2014; Makkonen, 2016) van TDI data en de data uit de nationale gezondheidsbevraging (Dauvrin et al., 2012) (i.e. door FOD Volksgezondheid, Sciensano).
- 1.4 Het uitvoeren van een **gerichte steekproeftrekking voor de nationale gezondheidsenquête** zodat deze bevraging een representatieve steekproef van personen met een migratieachtergrond omvat en multi-indicator analyse mogelijk wordt (i.e. FOD Volksgezondheid).
- 1.5 **Het optimaliseren van de analytische capaciteit van de TDI data** door de inclusie van migratie gerelateerde indicatoren (minimum: nationaliteit, geboorteland, medium: geboorteplaats moeder en vader, diepte: taal gerelateerde indicator [thuis taal, omgangstaal, derde taal]) zoals deze die worden gebruikt in de nationale gezondheidsenquête (door Sciensano) (De Kock, 2019b).

- 1.5.1 **Diensten sensibiliseren om verouderde indicatoren uit hun registers te verwijderen** (i.e. Europees / niet-Europees, 'origine') (Sciensano).
- 1.5.2 **De integratie in het nationaal TDI protocol van een duidelijke 'doelspecificatie'** die gerelateerd wordt aan het monitoren van ongelijkheden en het ondernemen van actie in praktijk en beleid (zoals naar het voorbeeld van Public Health England: "*Public Health England exists to protect and improve the nation's health and wellbeing, and reduce health inequalities.*") (Rallu, 2004) (overleg tussen FOD Volksgezondheid en Sciensano).<sup>6</sup>
- 1.5.3 Het omzetten van de doelspecificatie in het TDI-protocol naar een procedure om een **geïnformeerde toestemming** van de cliënt in de drughulpverlening te krijgen voor de registratie van de migratie gerelateerde gegevens (i.e. door Sciensano).
- 1.5.4 **Het uitvoeren van een 'data privacy impact assessment'** (GDPR) gebaseerd op het voorbereidende werk in het MATREMI rapport (door bijvoorbeeld de *Data Protection Officer* bij Sciensano en op basis van de expertise van Infosentry).
- 1.5.5 De haalbaarheid bestuderen voor de creatie van een **unieke anonieme persoonsgebonden TDI identificatie** die multivariate TDI analyse toelaat (en zoals beargumenteerd in een recent KCE rapport voor andere gezondheid gerelateerde registers) (Devos et al., 2019) (door Sciensano).

## 2. Toegankelijke drughulpverlening en geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen

Wat de federale initiatieven betreft, juichten de respondenten in onze interviews verschillende federale initiatieven toe, zoals het gebruik van **interculturele bemiddelaars** (Verrept, 2019), het recht op **dringende medische zorg en het recht op geestelijke gezondheid voor vluchtelingen** die in een asielprocedure zitten.

De respondenten formuleerden ook aanbevelingen om de formele toegang tot (geestelijke) gezondheid en de drughulpverlening voor vluchtelingen op federaal niveau te verbeteren. Vooral de Brusselse en Waalse respondenten benadrukten dat de toegang tot 'dringende medische hulp' problematisch is. In het verlengde van aanbevelingen die geformuleerd werden in het Witboek voor een toegankelijke gezondheidszorg (RIZIV, 2014) hebben we geconstateerd dat het harmoniseren van **de toegang tot 'dringende medische hulp' en de bijhorende financiële steun, de toegang tot de drughulpverlening voor MEM indirect kan verhogen.**

- 2.1 **Het coördineren van federale, regionale en gemeentelijke initiatieven** ter bevordering van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg aan de hand van een interministeriële conferentie betreffende de gezondheidstoestand en toegang tot de zorg voor migranten en etnische minderheden (Dauvrin et al., 2012) met specifieke aandacht voor geestelijke gezondheid en drughulpverlening. (bijvoorbeeld als onderdeel van de Interministeriële conferentie tegen racisme).
- 2.2 **Het bevorderen van het recht op geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen** (door onder meer FedAsil)
  - 2.2.1 Het faciliteren van **snellere procedures** (snellere opvolging en doorverwijzing) bij het aanvragen van psychosociale hulp door vluchtelingen die de uitslag van de asielprocedure afwachten. (door FedAsil)

---

<sup>6</sup> And subsequently broaden at the national level the TDI Protocol 3.0 that stipulates that its aim is to "gain insights into the characteristics, risk behaviours and drug use patterns of people with drug problems in the community, and to help to estimate trends in the extent (prevalence and incidence) and patterns of problem drug use"



- 2.2.2 Het structureel inbedden van **drugpreventie en vroeg interventie** in de asielcentra als kostenefficiënte maatregel om probleemgebruik te voorkomen. (zie ook 3.3.2 op regionaal niveau) (Kane & Greene, 2018) (door onder meer FedAsil, OCMW's, Rode Kruis e.d.)
- 2.2.3 De mogelijkheid bieden aan vluchtelingen om een **hulpverlener zelf te kiezen** vanwege het grote belang van de vertrouwensband voor behandelings succes (FedAsil).
- 2.2.4 Het tegemoet komen aan de sociale noden (zoals sport, sociaal netwerk, onderwijs e.d.) van asielaanvragers vanwege het negatieve effect van het gebrek hieraan op de mentale gezondheid (Abbas et al., 2018).
- 2.3 **Het verbeteren van de omstandigheden in de asielcentra** heeft een positief effect op de mentale gezondheid van asielaanvragers. (Knipscheer et al., 2015; Kubal, 2014)
- 2.4 **Het verspreiden van de expertise en de rol van de federale interculturele bemiddelaars** in de regio's (Vlaanderen, Brussel, Wallonië) kan de kwaliteit van de mentale gezondheidszorg en de drughulpverlening optimaliseren (i.e. door FOD Volksgezondheid).
- 2.5 Het **bieden van training betreffende migratie, asiel en gezondheidsrechten (Dauvin et al., 2012) aan drughulpverleners (i.e. door FedAsil)**.
- 2.6 Wat betreft het recht op dringende medische hulp werd een probleem vastgesteld voor thuisloze migranten: personen zonder een domicilie kunnen vaak geen gebruik maken van de diensten van de OCMW die instaan voor de opvolging van 'dringende medische hulp'.
- 2.6.1 Medimmigrant dringt erop aan dat **OCMW en POD Migratie flexibel omspringen met deze gevallen** en dat zij eenvormig communiceren over hoe ze ermee omgaan.
- 2.6.2 Om willekeur te vermijden is het van belang om de procedure voor afhandeling van 'dringende medische zorg' bij de **OCMW te harmoniseren**. (Suijkerbuijk, 2014)

### Op het regionaal niveau

Het Vlaamse Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin heeft in haar beleidsnota 2014-2019 het volgende verklaard:

*"in overleg met de minister bevoegd voor inburgering en integratie maken we werk van een toegankelijke hulp- en dienstverlening voor diverse doelgroepen en in het bijzonder mensen van vreemde origine" (p. 65)*

Deze belangrijke en noodzakelijke verklaring betreffende de toegankelijkheid van de gezondheidszorg werd ondersteund door de vorige Vlaamse regering. In de omgevingsanalyse van de Beleidsnota voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en armoedebestrijding (*Beleidsnota ingediend door Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding*, november 2019, p. 14) lezen we:

*"De motor van de bevolkingsgroei in Vlaanderen is en blijft internationale migratie, waarvan de helft uit landen van de Europese Unie (EU) komt. "Hoe kunnen zorg- en welzijnsorganisaties omgaan met etnisch-culturele diversiteit bij de zorggebruikers?", is een vraag die aan belang wint."*

Op basis van de MATREMI-resultaten vragen we het Vlaams Departement Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding en haar verantwoordelijke Minister om de positieve intentie geformuleerd in de beleidsperiode 2014-2019 [werk maken van een toegankelijke hulp- en dienstverlening] te vernieuwen en in het bijzonder om erop toe te zien dat geestelijke gezondheidszorg en de specifieke drughulpverlening (toegang tot CGG, crisiseenheden, eerstelijnspsychologen, mobiele en crisisteam) laagdrempelig blijft voor personen met een

migratieachtergrond (onafhankelijk van het verblijfsstatuut) en dat het wegwerken van wachtlijsten een prioriteit blijft.

In 2016 heeft het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Familie een kwalitatieve analyse gefinancierd met betrekking tot 'etnische diversiteit' in haar beleidsdomein (Demeyer & Vandezande, 2016, pp. 72-78). De aanbevelingen van de auteurs blijven relevant, in het bijzonder voor de drughulpverlening en zullen hieronder nader worden toegelicht.

In Wallonië benadrukt het '*Plan Wallon de Prevention et de promotion de la santé horizon 2030*' (2017) dat de brede dimensies van en de redenen voor druggerelateerde problemen mee in rekening moeten worden gebracht bij het stellen van een diagnose. Het plan benadrukt bijvoorbeeld het belang van de toegankelijkheid van diensten en hekelt de fragmentatie van beleidsverantwoordelijkheden en specifieke problemen waarmee kwetsbare populaties kampen (jongeren, migranten, daklozen etc.) een invloed op probleemgebruik (p. 98).

Ten slotte vermeldt de Algemene Beleidsverklaring van de Brusselse regering 2019-2024 (p. 35):

*“De Regering beoogt een volledige dekking van de bevolking op het gewestelijk grondgebied met de ontplooiing van een perspectief van proportioneel universalisme en volksgezondheid waarbij het administratief statuut van uitgesloten personen geen rol speelt. Daartoe zal de Regering in het Brussels Welzijns- en Gezondheidsplan een operationeel luik opnemen dat voorziet in een “0,5-functie”, zoals deze wordt omschreven in de ordonnantie betreffende het eerstelijnszorgbeleid van 4 april 2019.”*

### 3. Bestaande aanbevelingen wat betreft toegankelijkheid en diversiteit in de praktijk omzetten

#### 3.1 De ontwikkeling van een beleidsdomeinbrede visie op diversiteit.

#### 3.2 Het structureel betrekken van zelforganisaties (die MEM bereiken) in het beleidsdomein.

#### 3.3 Het ondersteunen en afstemmen van inspirerende praktijken gericht op het omgaan met diversiteit in de drughulpverlening.

3.3.1 Het opstarten van een permanent fonds dat flexibel kan worden ingezet om snel in te zetten op veranderende trends bij kwetsbare druggebruikers (VVBV, 2018).

3.3.2 Het structureel inbedden van **drugpreventie en vroeg interventie** in de asielcentra als kostenefficiënte maatregel om probleemgebruik te voorkomen. (Kane & Greene, 2018) (zie ook 2.2.2 op federaal niveau).

3.3.3 Het voorzien in een regionaal overzicht van hulpverleners, sleutelfiguren en ervaringsdeskundigen en ervaringsdeskundigen met expertise betreffende vluchtelingen, personen met een migratieachtergrond, geestelijke gezondheid(szorg) en middelgebruik (vb. [Pharos](#)) (zie ook aanbeveling 8).

3.3.4 De ontwikkeling van een platform waarin 'inspirerende praktijken' ter beschikking worden gesteld (zoals bijvoorbeeld geïnspireerd door de wiki-web pagina van MIGHEALTHNET).

3.3.5 Het financieel ondersteunen van participatief actieonderzoek, co-creatie en het professionaliseren van ervaringsdeskundigheid in de (mentale) gezondheidsdiensten en drughulpverlening om cliëntbetrokkenheid te promoten en het vooropstellen van deze methoden in projectoproepen (Favril et al., 2015; Laudens, 2013; Piérart et al., 2008) (i.e. Cocreate initiative in the Brussels region).

#### 3.4 Accurate en beleid domein brede monitoring:

- 3.4.1 Het blijvend inzetten op het verbeteren van gezondheid gerelateerde data in de Migratie- en Integratiemonitor (Noppe et al., 2018) en deze data terugkoppelen naar het beleid.
- 3.4.2 Het (financieel) ondersteunen van (drug)hulpverleners in het voldoen aan hun administratieve verplichtingen door voltijds equivalenten ter beschikking te stellen en training te voorzien (voor bijvoorbeeld TDI-registratie, Vlaamse Zorginspectie, GDPR trainingen e.d.) (VVBV, 2018).
- 3.5 Samenwerking met andere beleidsdomeinen, in het bijzonder de Minister bevoegd voor Inburgering en Integratie.**
- 3.6 Het structureel ondersteunen van personen in afwachting van de beslissing over hun asielpcedure ter bevordering van de mentale gezondheid** (i.e. Mind Spring, Porte d' Ulysse, Clinique de l'Exil, Santé en Exil, Tabane, Espace 28, Semaphore).
- 3.7 De ontwikkeling van een actief beleid dat stereotypering en discriminatie in het gezondheidssysteem tegengaat.**
  - 3.7.1 **De ontwikkeling van preventiecampagnes die specifiek op MEM gericht zijn** (asielaanvragers, intra-Europese migranten maar ook personen met een tweede of derde generatie migratieachtergrond (i.e. hier oog voor hebben in campagnes als Te Gek!? in Vlaanderen).
  - 3.7.2 **Het opnieuw voorzien in fondsen voor de training van hulpverleners** in de geestelijke gezondheidszorg (i.e. voorheen georganiseerd door het 'Steunpunt Cultuur Sensitieve Zorg').
  - 3.7.3 **Het structureel financieren van liason en doorverwijzingsfuncties, intervisie, coaching, training** (VVBV, 2018), **casemanagement en expertisedeling** tussen de drughulpverlening, geestelijke gezondheidszorg en bredere welzijnssector.
  - 3.7.4 **Het sensibiliseren en trainen van eerstelijnsverleners** (zoals huisartsen en personen werkzaam in de asielsector) betreffende doorverwijzing naar de drughulpverlening en het werken met tolken (Meddimigrant) (Fédito-Wallonne, 2019).
  - 3.7.5 **Het gericht begeleiden van cliënten om onnodige doorverwijzing** naar de drughulpverlening te vermijden (VVBV, 2018).
  - 3.7.6 Het gebruik van **alle (ook illegale) middelen includeren** als indicatie om toegang te krijgen tot zowel ambulante als residentiële drughulpverlening (VVBV, 2018).

#### 4. Het ondersteunen en financieren van drempelverlagende praktijken en de vermaatschappelijking van de zorg

Het bestaan van wachtlijsten in de drughulpverlening en in de geestelijke gezondheidszorg werd in dit onderzoek geïdentificeerd als de hoofdreden om niet te focussen op kwetsbare populaties zoals MEM. Wachtlijsten zijn op hun beurt de grootste barrière in de toegang tot de drughulpverlening.

De Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV) heeft berekend dat 33% van de voltijdse equivalenten in hun diensten (163 van de 493 VTE's) niet wordt gefinancierd door het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. **Een derde van de sector wordt dus gefinancierd door andere bronnen zoals projecten, gemeenten en federale fondsen (VVBV, 2018).** Dit gebrek aan structurele financiering resulteert in wachtlijsten in de drughulpverlening.

Waalse en Brusselse geïnterviewden in deze studie gaven bijkomend aan dat de vermindering van ziekenhuisbedden in het kader van 'artikel 107' een negatieve impact heeft op kwetsbare drugsgebruikers. Het effect ervan is dat cliënten die meer tijd nodig hebben om te herstellen (vanwege hun sociale situatie in plaats van puur medische problemen) niet langer in deze ziekenhuizen kunnen blijven. Dit is problematisch voor precare cliënten die geen plek hebben om buiten het ziekenhuis te verblijven en moeten terugkeren naar een 'probleemgevoelige' omgeving.

Bovendien wordt het verblijf in initiatieven voor beschut wonen niet terugbetaald door de POD Migratie voor mensen zonder wettig verblijf. Zij biedt immers alleen terugbetaling voor initiatieven van beschut wonen niet betaald worden door de POD Migratie voor mensen zonder wettig verblijf.

**Het is met andere woorden erg moeilijk voor ziekenhuizen en andere residentiële hulpverlening om continuïteit van de zorgen te bieden.**

In Vlaanderen biedt het besluit van de Vlaamse regering over de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 alsook het engagement ten aanzien van de vermaatschappelijking van de zorg zoals aangehaald in de Vlaamse Beleidsnota voor het Beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (p. 40) mogelijkheden om deze aanbevelingen uit te voeren.

#### **4.1 Specifieke projecten waarvan is bewezen dat ze werken in de drughulpverlening, evenals de nieuwe taken in het kader van de vermaatschappelijking van de zorg (i.e. 'artikel 107'), behoeven structurele financiering.**

- 4.1.1 Zorgnet-Icuro (2019) schat het structureel tekort in Vlaanderen op 450 miljoen om de capaciteit voor ambulante zorg, in de psychiatrische ziekenhuizen en de initiatieven voor beschut wonen in Vlaanderen te verhogen. Soortgelijke schattingen zijn niet beschikbaar voor Brussel en Wallonië.
- 4.1.2 Vlaamse mobiele en crisisteams hebben lange wachtlijsten en hebben extra financiering nodig. Voor maximale toegankelijkheid moeten deze diensten gratis blijven (VVBV, 2018).
- 4.1.3 De Vlaamse MSOC hebben duurzame en structurele financiering nodig vanuit de regio's (VVBV, 2018), in acht genomen dat zij het grootse aandeel MEM ontvangen.
- 4.1.4 Het aan de slag gaan met de familie en in verscheidene levensdomeinen behoeft structurele financiering (VVBV, 2018), zeker gezien het belang van deze werkvormen voor MEM.
- 4.1.5 Het project 'eerstelijns psychologen' (2012-2015) werd positief geëvalueerd en behoeft structurele financiering (Coppens et al., 2015). Bovendien zou het interessant zijn om hun functie uit te breiden voor personen die illegale middelen gebruiken.
- 4.1.6 Het blijvend ondersteunen van regionale en intersectorale netwerken is noodzakelijk omdat ze van cruciaal belang zijn bij het identificeren en beantwoorden van contextvragen of aan middelengebruik gerelateerde vragen die in andere diensten gesteld worden (i.e. asielcentra, integratiecentra, CAW, OCMW, huisartsen) (zie bijvoorbeeld Adviespunt Antwerpen en samenwerking tussen CAD Limburg en asielcentra, besproken in het MATREMI rapport).
- 4.1.7 Duurzame inbedding op regionaal niveau van succesvolle projecten zoals de ondersteuning van erkende vluchtelingen in het 'trauma en asiel' project bij de CGG (AMIF, POD Maatschappelijk Integratie).
- 4.1.8 De creatie en financiële ondersteuning van een regionaal domein overschrijdend platform met als doel het delen van expertise tussen personen werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg, middelengebruik, het breder welzijnswerk en de asielcontext. (Bv. werken met EMDR in de drughulpverlening, laagdrempelige methodes, werken met vertalers etc.) (Fédito Wallonne, 2019) (zie ook 3.3.3, vb. [Pharos](#)).
- 4.1.9 Het aanmoedigen vanuit de overheid om zelforganisaties te betrekken in lokale netwerken van diensten in de drughulpverlening.

#### **4.2 Het verwijderen van de beperkende DSM IV vereisten voor toegang tot de specifieke drughulpverlening in het decreet zodat ook alcohol en andere legale middelen of gedragsafhankelijkheden in aanmerking komen<sup>7</sup> (VVBV, 2018) (zie ook 3.7.6).**

---

<sup>7</sup> Het besluit van de Vlaamse Regering over de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 opent de weg om onze conventies deze nodige aanpassingen te geven.

#### **4.3 Tegemoetkomen aan de noden wat betreft de regionale spreiding van de diensten in de drughulpverlening (VVBV, 2018; Zorgnet-Icuro, 2019) met specifiek oog voor de locatie van asielcentra en zones waar geen MSOC aanbod of crisisopvang bestaat.**

- 4.3.1 De gelijke spreiding van de specifieke drughulpverlening en de mentale gezondheidszorg veronderstelt dat de diensten in kaart worden gebracht en dat waar nodig nieuwe diensten kunnen worden opgericht (zie bijvoorbeeld de de in kaart gebrachte noden door VVBV, 2018; Fedito Wallonne, 2019).
- 4.3.2 De beschikbaarheid van drughulpverlening en geestelijke gezondheidszorg moet tegemoetkomen aan de noden van lokale asielcentra.
- 4.3.3 Het verhogen van het aantal Vlaamse crisiscentra voor personen met ernstige en complexe middelen gerelateerde problemen die de taal niet spreken (vb. ADIC Antwerpen) (VVBV, 2018) zal het bereik van de doelgroep verhogen.
- 4.3.4 Residentiële diensten zouden meer mogelijkheden moeten krijgen om cliënten na behandeling een mogelijkheid tot beschut wonen te bieden om herval te vermijden en het behandelingssucces te verhogen (VVBV, 2018).

#### **5. Het verlagen van de drempels voor het gebruik van tolken in het brede gezondheids- en welzijnsdomein en in de drughulpverlening**

Een belangrijke vaststelling in de huidige studie is dat taal een grote barrière is vanuit zowel het perspectief van de cliënt, de hulpverlener en de dienst in de drughulpverlening. We concluderen uit deze studie dat het onontbeerlijk is om de vraag te stellen over wiens taal het eigenlijk gaat: spreekt de cliënt de taal van drughulpverlening niet of spreekt de drughulpverlening de taal van de cliënt niet? Of ligt het antwoord ergens tussenin?

Concreet betekent dit het inzetten op zowel de taalvaardigheden van (potentiele) cliënten, maar ook de opleiding van hulpverleners bij het omgaan met weinig taalvaardige cliënten en het ondersteunen van (vooral residentiële) diensten in het omgaan met deze cliëntengroep door onder meer extra financiering voor sociaal tolken.

- 5.1 Planlastverlaging: Het verlagen van de administratieve barrières om gebruik te maken tolken** (zoals niet telkens opnieuw een formulier moeten invullen voor elke nieuwe afspraak met eenzelfde cliënt, het ondersteunen van hulpverleners bij de administratieve last, het bieden van alternatieven indien de cliënt niet komt opdagen).
- 5.2 Structurele samenwerking met de Minister van Integratie en Migratie voor het gebruik van sociale tolken** bijvoorbeeld aan de hand van een uitbreiding van innovatieve en kosten-efficiënte vertaaldiensten zoals *videoconferencing*, een aanbod dat momenteel niet door het Departement voorzien wordt.
- 5.3 Het structureel betoelagen van het gebruik van sociaal tolken in de specifieke drughulpverlening.**
- 5.4 Het reduceren van wachttijden voor het gebruik van tolken die specifieke talen spreken.**
- 5.5 Het standaard aanbieden van training om met vertalers en tolken te werken in de drughulpverlening** (i.e. over de ‘communicatiewaaijer’ in Vlaanderen voor alle diensten in de drughulpverlening en de geestelijke gezondheidszorg).

## Op het organisatieniveau van de drughulpverlening

Net zoals voorgaand onderzoek in dit domein (El Osri, 2012; Derluyn et al., 2008; De Kock et al., 2017; Noens et al., 2010; Fédito Wallonne, 2019) benadrukken we dat veel problemen die MEM-probleemgebruikers ervaren, dezelfde zijn als de problemen waarmee kwetsbare druggebruikers zonder een migratieachtergrond worden geconfronteerd. Vooral wachtlijsten, maar ook de behoefte aan een hoge motivatie voor behandeling, financiële vereisten en de duur van de behandeling zijn slechts enkele van deze gemeenschappelijke barrières (Tieberghien & Decorte, 2010).

Het is van groot belang om cliënten met een migratieachtergrond primair benaderen als personen die dezelfde behoeften hebben als andere probleemgebruikers (Derluyn et al., 2008). We moeten dus vanuit een populatieperspectief erkennen dat MEM-drugsgebruikers met extra barrières kampen maar tegelijkertijd stellen we vanuit een cliëntgericht perspectief vast dat niet alle personen met een vergelijkbare migratieachtergrond zonder meer dezelfde behoeften hebben.

Ten slotte is het van belang om de meerwaarde en de eigenheid van elke specifieke dienst in de drughulpverlening naar waarde te schatten en kan de vermaatschappelijking van de zorg geenszins tot doel hebben deze kernidentiteit te wijzigen. Toch zal het in de toekomst noodzakelijk zijn om iets vaker over het muurtje (i.e. bij andere diensten) te kijken na te gaan hoe alle diensten op hun eigen manier toegankelijker kunnen worden.

## 6. Investeren in een diversiteitssensitief organisatiebeleid in de drughulpverlening

### 6.1 Het initiëren en blijvend ondersteunen van een diversiteitssensitief organisatiebeleid om veranderingen teweeg te brengen op vlak van het bereik van de populatie, de identiteit van de dienst, personeelsbeleid en de behandelingsmethoden (Jalhay et al., 2016) aan de hand van 'diversiteitsambassadeurs' in de diensten.

- 6.1.1 In Vlaanderen kunnen diensten beroep doet op het *Agentschap Inburgering & Integratie*, Atlas (Antwerpen) of In-Gent vzw (Gent) voor het interculturaliseren van een organisatie.
  - 6.1.2 Werknemers aanzetten om gebruik te maken van methoden die bestudeerd werden bij en / of aangepast werden voor MEM (vb. 'cultuursensitief addendum bij de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie', DSM Cultural formulation interviews, EMDR bij vluchtelingen met PTSD). (Zie onder bij aanbeveling 7)
  - 6.1.3 Het beschikbaar stellen en promoten van training, coaching en intervisie wat betreft MEM gerelateerde vragen.
  - 6.1.4 Het overwegen van diversiteit sensitieve maatregelen en noden bij het aanwerven van nieuwe personeelsleden (in acht genomen dat een volledige weerspiegeling van diversiteit in de samenleving onmogelijk is en dat niet alle MEM-clieënten een voorkeur hebben om hulp te krijgen door 'co-etnische' hulpverleners). (vb. door ondersteuning door het sociaal fonds 339)
  - 6.1.5 Het vertalen van (delen van) de website van de dienst en informatiebrochures.
- 6.2 **Het informeren van collega's die de dienst representeren in netwerkoverleggen over hoe de intake procedure juist verloopt**, wat de vereisten zijn en waarmee flexibel kan worden omgesprongen (i.e. op voorhand invullen van intake documenten).
- 6.3 **Het ontwikkelen van divers sensitieve intake procedures** door bijvoorbeeld afspraken te maken met externe partners over hoe zij de cliënt kunnen begeleiden bij de voorbereiding om bijkomende werklast voor de ontvangende dienst te vermijden en de toegang voor MEM te verhogen.
- 6.4 **Duidelijk communiceren wat betreft de doelen en filosofie van de eigen dienst** en van het drughulpverleningslandschap zodat personen correct kunnen worden doorverwijzen,

(potentiële) cliënten een geïnformeerde keuze kunnen maken en *treatment mismatch* vermeden wordt (VVBV, 2018).

## 7. Het innoveren van methoden in de drughulpverlening

**Cliëntgerichte behandelingsbenaderingen** zijn niet nieuw en zijn goed geïntegreerd in de Belgische drughulpverlening. Het is echter noodzakelijk om als aanbieder periodiek te focussen op wat cliëntgerichtheid voor de organisatie en de cliënten betekent (El Osri, 2012) door middel van training, supervisie en intervisie.

7.1 Het opbouwen van een **vertrouwensrelatie** kan tijdrovend zijn vanwege eerdere negatieve ervaringen met diensten (in België of andere landen), discriminatie, het niet geloven in de voorgestelde behandelingsmethode of andere kwesties. Open het gesprek over dergelijke problemen met uw cliënt en informeer hen over het beroepsgeheim (vb. [tips & tricks in het omgaan met Roma](#)).

7.2 **Het betrekken van de familie in therapie** indien dit aangewezen blijkt en goedgekeurd wordt door de cliënt (El Osri et al., 2012; Noens et al., 2010) (bv. multidimensionale familie therapie, systeem therapie, dialoog).

7.3 Voldoende aandacht geven aan **andere levensdomeinen** (zoals werk of onderwijs) om bijkomende risicofactoren aan te pakken (El Osri, 2012) in het kader van herstelondersteunende zorg (De Kock, Decorte, Derluyn, et al., 2017).

7.4 De **administratieve werklast bij het gebruiken van tolken reduceren** en ondersteunende materialen ter beschikking stellen (zoals bijvoorbeeld de 'communicatiewaaier' of de brochure 'werken met tolken voor CAW / CGG' op een gedeelde harde schijf zetten) om weerstand voor het gebruiken van tolken te reduceren.

7.5 **De professionele begeleiding van cliënten die naar een wachtlijst verwezen worden om uitval te vermijden** (El Osri, 2012).

7.6 **Het includeren van psycho-educatie in het behandelingsproces om zelfreflectie en reflectie over de behandelingsmethoden mogelijk te maken** (Chow et al., 2010) en bijgevolg therapietrouw (en dus retentie) te verhogen.

### 7.7 Ten volle gebruik maken van bestaande netwerken en *outreach*.

7.7.1 Het verspreiden van informatie die u tijdens netwerkoeverleg ontvangt, in uw eigen dienst.

7.7.2 Het proactief verspreiden van informatie over de eigen dienst in cliënt- en dienst overleggen met als doel om nieuwe cliëntpopulaties met een migratieachtergrond te bereiken (via bijvoorbeeld artsen, CAW's, OCMW's, mutualiteiten e.d.) (Fédito-Wallonne, 2019).

7.7.3 Het verbreden van de nieuwe visie op vermaatschappelijking door ook zelforganisaties, asielcentra, integratiediensten en andere organisaties te betrekken in druggerelateerd netwerkoeverleg. (zie ook aanbeveling 8.7)

7.7.4 Het proactief consulteren van collega's over hun visie op de toegankelijkheid van uw dienst.

7.7.5 Het delen van de eigen expertise (bv. met betrekking tot specifieke populaties) in uw netwerk door bijvoorbeeld workshops uit te wisselen.

### 7.8 Tegemoetkomen aan taal gerelateerde problemen zal op indirecte wijze de toegankelijkheid van de dienst, het bereik van de doelgroepen en de retentie van de doelgroep in de dienst verhogen.

7.8.1 Het implementeren van minder spraakgerichte methodes in de residentiële zorg maar ook in bijvoorbeeld de CGG (El Osri et al., 2012) (vb. creatieve therapieën, vertaaltijd voorzien in groep sessies, 'community based psychology' etc.).

- 7.8.2 Het uitnodigen van personen voor een intakegesprek, zelfs wanneer er een vermoeden bestaat dat de persoon onvoldoende Nederlands spreekt.
- 7.8.3 Het voorzien van voldoende (extra) tijd indien gewerkt wordt met een vertaler.

## 8. Een stem geven aan en oog hebben voor MEM-populaties

De volgende subgroepen werden geïdentificeerd als specifiek kwetsbaar of onvoldoende bereikt door de specifieke drughulpverlening

- **Vrouwelijke gebruikers** (van alcohol en andere middelen) met een niet-Europese migratieachtergrond (ondervertegenwoordigd in de specifieke drughulpverlening)
- **Asielaanvragers, vluchtelingen, mensen zonder papieren** (hoge prevalentie van PTSD, lage toegang tot en gebruik van [geestelijke] gezondheidsdiensten en blootstelling aan risicomilieus) en in het bijzonder **niet-begeleide minderjarigen** (vanwege het ontwikkelingsstadium en het gebrek aan ouderlijke en andere ondersteuning)
- **Intra-Europese gebruikers waaronder maar niet uitsluitend** (van alcohol en andere middelen) (ondervertegenwoordigd in de specifieke drughulpverlening)
- **Personen met een eerste generatie migratieachtergrond van buiten de EU** (lage zelf ingeschatte gezondheidsstatus, lage sociaaleconomische status, zowel in de drughulpverlening als in de bredere samenleving)

Maatschappelijk stigma over en de criminalisering van problematisch middelengebruik kan schadelijk zijn voor het herstelproces (VVBV, 2018). Dit sociaal stigma culmineert vaak bij personen met een migratieachtergrond, en zeker in gemeenschappen waarin er heel wat informele normatieve regels bestaan (De Kock, 2019c). Daarom moet het stigma over problematisch middelengebruik in de samenleving, evenals het stigma over problematisch middelengebruik in bepaalde gemeenschappen maar ook het stigma over migratie (*driedubbel* stigma) worden aangepakt. Tot slot is het ook van belang dat het stigma over middelengebruik in diensten buiten de drughulpverlening aangepakt wordt.

- 8.1** Het op regelmatige basis **consulteren van sleutelfiguren en ervaringsdeskundigen** in de gemeenschappen door hen te betrekken in bestuursvergaderingen en netwerkvergaderingen (vb. Migr'En Santé network) (El Osri, 2012; Noens; 2010).
- 8.2** Het **proactief verspreiden van informatie over middelengebruik en afhankelijkheid in organisaties die MEM bereiken** (zoals asielcentra, zelforganisaties, CAW's en dergelijke) (vb. VAD stelt folders ter beschikking in het Turks, Frans, Engels, Arabisch en in andere talen. Informatie in verschillende talen is ook beschikbaar via de [DrugLijn](#))
- 8.3** Het verlagen van het **druggerelateerd stigma bij bepaalde gemeenschappen** door bijvoorbeeld sensibiliseringscampagnes vanuit een andere (minder stigmatiserende) invalshoek te laten vertrekken (vb. het aanpakken van overmatig medicatiegebruik vertrekkend uit het bespreken van depressie).
- 8.4** Het **sensibiliseren en informeren** van subpopulaties (vooral Europese nationaliteiten, vluchtelingen, vrouwen met een niet-EU-achtergrond) over de beschikbare drughulpverlening aan de hand van bijvoorbeeld het [Tuppercare](#) principe (vb. Moslim Adviespunt opvoedingsondersteuning de moskeeën).
- 8.5** **Beroep doen op media en organisaties die MEM bereiken om middelengerelateerd stigma aan te pakken** (zie bijvoorbeeld het werk van: [l'arbre à palabre](#), [Noire et psy](#), [vzw Hshoema](#)).
- 8.6** Het **ontwikkelen van een interactief netwerk van regionale sleutelfiguren en ervaringsdeskundigen** met expertise wat betreft migratieachtergrond, (mentale) gezondheidszorg en drughulpverlening naar het voorbeeld van [Pharos](#) (door bijvoorbeeld het



Agentschap Integratie & Inburgering, FOD Gezondheid of het Steunpunt Geestelijke Gezondheidszorg in Vlaanderen).

## Referenties

- Abbas, M., Aloudat, T., Bartolomei, J., Carballo, M., Durieux-Paillard, S., Gabus, L., . . . Koch, D. (2018). Migrant and refugee populations: a public health and policy perspective on a continuing global crisis. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 7(1), 1-11.
- Agyemang, C., & van den Born, B.-J. (2019). Non-communicable diseases in migrants: an expert review. *Journal of travel medicine*, 26(2), tay107.
- Alegría, M., Canino, G., Shrout, P. E., Woo, M., Duan, N., Vila, D., . . . Meng, X.-L. (2008). Prevalence of mental illness in immigrant and non-immigrant US Latino groups. *American Journal of Psychiatry*, 165, 359-369. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07040704
- Alegría, M., Carson, N., Goncalves, M., & Keefe, K. (2011). Disparities in treatment for substance use disorders and co-occurring disorders for ethnic/racial minority youth. *Journal of the American academy of Child & adolescent Psychiatry*, 50(1), 22-31.
- Antoine, J., De Ridder, K., Plettinckx, E., Blanckaert, P., & Gremeaux, L. (2016). Treatment for substance use disorders: the Belgian Treatment Demand Indicator registration protocol. *Archives of Public Health*, 74(1), 27.
- Beleidsnota ingediend door Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding*. (120 (2019-2020) - nr. 1). (november 2019). Brussel.
- Berten, H., Cardoen, D., Brondeel, R., & Vettenburg, N. (2012). Alcohol and cannabis use among adolescents in Flemish secondary schools in Brussels: effects of type of education. *Bmc Public Health*, 12(1), 215.
- Bhopal, R. (2014). *Migration, ethnicity, race, and health in multicultural societies*: Oxford University Press.
- Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., . . . Schützwohl, M. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 216-223.
- Brendler-Lindqvist, M., Norredam, M., & Hjern, A. (2014). Duration of residence and psychotropic drug use in recently settled refugees in Sweden-a register-based study. *International journal for equity in health*, 13(1), 1.
- Coppens, E., Neyens, I., & Van Audenhove, C. (2015). *Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen: onderzoeksrapport*. Leuven: Steunpunt welzijn, volksgezondheid & gezin.
- Cuadra, C. B. (2012). Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *Eur J Public Health*, 22(2), 267-271. doi:10.1093/eurpub/ckr049
- Danhier, J., & Jacobs, D. (2017). *Segregatie in het onderwijs overstijgen Analyse van de resultaten van het PISA 2015-onderzoek in Vlaanderen en in de Federatie Wallonië-Brussel*.
- Dauvrin, M., Derluyn, I., Coune, I., Verrept, H., & Lorant, V. (2012). Towards fair health policies for migrants and ethnic minorities: the case-study of ETHEALTH in Belgium. *Bmc Public Health*, 12(1), 726.
- Dauvrin, M., Detollenaere, J., De Laet, C., Roberfroid, D., & Vinck, I. (2019). *Asylum Seekers in Belgium: Options for a more equitable access to health care. A stakeholder consultation*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre.
- Dauvrin, M., & Lorant, V. (2014). Adaptation of health care for migrants: whose responsibility? *BMC Health Services Research*, 14(1), 294.
- De Kock, C. (2019a). Cultural competence and derivatives in substance use treatment for migrants and ethnic minorities: What's the problem represented to be? *Social Theory & Health, Advance online publication*. doi:10.1057/s41285-019-00113-0
- De Kock, C. (2019b). Migration and ethnicity related indicators in European drug treatment demand (TDI) registries. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse, Advance online publication*. doi:10.1080/15332640.2019.1664962

- De Kock, C. (2020). Risk factors and dangerous classes in a European context: The consequences of ethnic framing of and among Turkish drug users in Ghent, Belgium. In B. Thom & S. MacGregor (Eds.), *Risk and substance use: framing dangerous people and dangerous places*. New York / Oxon: Routledge.
- De Kock, C. (2020 in review). Migrants, refugees and ethnic minorities: an overview of responses to drug-related issues in Europe. *Background paper commissioned by EMCDDA*.
- De Kock, C., Blomme, E., & Antoine, J. (2020). Non-national clients in Belgian substance use treatment. *Drugs & Alcohol Today*.
- De Kock, C., & Decorte, T. (2017). Exploring problem use, discrimination, ethnic identity and social networks. *Drugs and Alcohol Today*, 17(4), 269-279.
- De Kock, C., Decorte, T., Derluyn, I., & Vanderplasschen, W. (2017). Probleemgebruik en sociaal herstelkapitaal bij personen met een migratieachtergrond. In W. Vanderplasschen & F. Vander Laenen (Eds.), *Naar een herstelondersteunende verslavingszorg*. Leuven / Den Haag: Acco.
- De Kock, C., Decorte, T., Schamp, J., Vanderplasschen, W., Hauspie, B., Derluyn, I., . . . Jacobs, D. (2017). *Substance use among people with a migration background: a community-based participatory research study*. Antwerpen: Garant.
- De Kock, C., Decorte, T., Vanderplasschen, W., Derluyn, I., & Sacco, M. (2017). Studying ethnicity, problem substance use and treatment: From epidemiology to social change. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(3), 230-239.
- De Kock, C., Toyinbo, L., Laudens, F., Alexandre, S., Hensgens, P., Marscia, C., . . . Decorte, T. (2020). *Migrants et minorités ethniques: Recueil sur l'accessibilité et l'interculturalité des services pour usagers de drogues / Wegwijzer voor een toegankelijke en interculturele drughulpverlening*. Antwerp: Gompel & Svacina.
- Demeyer, B., & Vandezande, V. (2016). *Etnische diversiteit in zorg en welzijn: Een kwalitatieve beleidsanalyse voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. Brussels: Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Derluyn, I., Vanderplasschen, W., Alexandre, S., Stoffels, I., Scheirs, V., Vindevogel, S., . . . Cartuyvels, Y. (2008). *Etnisch-culturele minderheden in de verslavingszorg. Les minorités ethnico-culturelles et le traitement des problèmes de drogues*. Gent: Academia Press.
- Detollenaere, J., Hanssens, L., Vyncke, V., De Maeseneer, J., & Willems, S. (2017). Do we reap what we sow? Exploring the association between the strength of European primary healthcare systems and inequity in unmet need. *PLoS one*, 12(1), e0169274.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., . . . Meeus, P. (2019). *Performance of the Belgian Health System*. Brussels: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Een globaal en geïntegreerd drugsbeleid voor België. Gemeenschappelijke verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs*. (2010). Brussel: Interministeriële Conferentie Drugs Retrieved from <https://www.belspo.be/belspo/organisation/Call/forms/drug2011/IMC%20drugs-algemene%20verklaring%2025%20januari%202010.pdf>.
- El Osri, M., Häuser, E., Stevens, P., Swinnen, C., & Berdaï, S. (2012). *Antwerpse Drughulpverlening. Een optie voor de ECM-druggebruiker*. Antwerpen: De8 Antwerps Integratiecentrum.
- EMCDDA. (2019). *Programming Document 2019-21*. Lisbon: EMCDDA.
- Farkas, L. (2017). *Data collection in the field of ethnicity*. Brussels: European Commission.
- Favril, L., Vander Laenen, F., & Decorte, T. (2015). *Schadebeperkende maatregelen voor de stad Gent. Een onderzoek naar de lokale noden en prioriteiten*: Maklu.
- Fédito-Wallonne. (2019). *Plaidoyer de la Fédito wallonne. Pour un plan wallon « Assuétudes »*. Liège: Fédito Wallonne.
- FRA. (2017). *EU-MIDIS Second European Union Minorities and Discrimination Survey*. Luxembourg: Publication office of the European Union.

- Goldblatt, P. O. (2016). Moving forward monitoring of the social determinants of health in a country: lessons from England 5 years after the Marmot Review. *Global health action*, 9(1), 29627.
- Greene, M. C., Ventevogel, P., & Kane, J. C. (2019). Substance use services for refugees. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(4), 246.
- Hanssens, L. G., Detollenaere, J., Hardyns, W., & Willems, S. J. (2016). Access, treatment and outcomes of care: a study of ethnic minorities in Europe. *International journal of public health*, 61(4), 443-454.
- Horyniak, D., Melo, J. S., Farrell, R. M., Ojeda, V. D., & Strathdee, S. A. (2016). Epidemiology of substance use among forced migrants: a global systematic review. *PLoS one*, 11(7). doi:10.1371/journal.pone.0159134
- Jalhay, S., Ceuterinck, M., & Degelin, P. e. (2016). *Bouwstenen voor een cultuursensitieve zorg- en welzijnsorganisatie*. Brussel: Politeia.
- Kajanová, A., & Hajduchová, H. (2014). Romská minorita a návykové látky v České republice a na Slovensku [The Roma Minority and Substance Abuse in the Czech and Slovak Republics]. *Adiktologie*, 14(2), 168-172.
- Kane, J. C., & Greene, M. (2018). *Addressing Alcohol and Substance Use Disorders among Refugees: A Desk Review of Intervention Approaches*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- Karl-Trummer, U., Novak-Zezula, S., & Metzler, B. (2010). Access to health care for undocumented migrants in the EU. *Eurohealth*, 16(1), 13-16.
- Knipscheer, J. W., Sleijpen, M., Mooren, T., ter Heide, F. J. J., & van der Aa, N. (2015). Trauma exposure and refugee status as predictors of mental health outcomes in treatment-seeking refugees. *BJPsych bulletin*, 39(4), 178-182.
- Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the people's health: theory and context*. Oxford: Oxford University Press.
- Krieger, N. (2014). Discrimination and health inequities. *International Journal of Health Services*, 44(4), 643-710.
- Kubal, A. (2014). Struggles against subjection. Implications of criminalization of migration for migrants' everyday lives in Europe. *Crime, law and social change*, 62(2), 91-111.
- Laudens, F. (2013). *Drugpreventie bij jongeren uit etnisch-culturele minderheden. Draaiboek voor het uitvoeren van een lokale verkenning en het opzetten van preventieve acties*. Brussel: Vlaams expertisecentrum voor alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen (VAD).
- Lemmens, P., Dupont, H., & Roosen, I. (2017). *Migrants, asylum seekers and refugees: an overview of the literature relating to drug use and access to services. Background paper commissioned by the EMCDDA. Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide*. Lisbon: EMCDDA.
- Lindert, J., & Schimina, G. (2011). Mental health of refugees and asylum-seekers. In W. Mladovsky, B. Devillé, R. Rijks, & M. M. Petrova-Benedict (Eds.), *Migration and health in the European Union*. Maidenhead: Open University Press.
- Lorant, V., Rojas, V. S., Bécares, L., Kinnunen, J. M., Kuipers, M. A., Moor, I., . . . Rimpelä, A. (2016). A social network analysis of substance use among immigrant adolescents in six European cities. *Social science & medicine*, 169(2016), 58-65.
- Mangrio, E., Carlson, E., & Zdravkovic, S. (2018). Understanding experiences of the Swedish health care system from the perspective of newly arrived refugees. *BMC research notes*, 11(1), 616.
- Mangrio, E., & Forss, K. S. (2017). Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 17(1), 814.
- Marmot, M. (2016). *The Health Gap: The challenge of an unequal world*. In. London: Bloombury Publishing.
- Marmot, M., & Bell, R. (2016). Social Inequalities in Health: a proper concern of epidemiology. *Annals of Epidemiology*, 26(4), 248-240.

- Measham, F., Williams, L., & Aldridge, J. (2011). Marriage, mortgage, motherhood: What longitudinal studies can tell us about gender, drug 'careers' and the normalisation of adult 'recreational' drug use. *International Journal of Drug Policy*, 22(6), 420-427.
- Montanari, L., Pirona, A., Guarita, B., Hedrich, D., Mounteney, J., & Vicente, J. (2019). The experience of the treatment demand indicator in Europe: A common monitoring tool across 30 countries. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement 18* (2019), 139-151.
- Montanari, L., Serafini, M., Maffli, E., Busch, M., Kontogeorgiou, K., Kuijpers, W., . . . Spyropoulou, M. (2011). Gender and regional differences in client characteristics among substance abuse treatment clients in the Europe. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 18(1), 24-31.
- Noens, L., Soyeux, V., & Thienpont, J. (2010). Bereiken, ondersteunen en begeleiden van familieleden van allochtone drugsgebruikers. *Verslaving*, 6(4), 72-83.
- Noppe, J., Vanweddigen, M., Doyen, G., Stuyck, K., Feys, Y., & Buysschaert, P. (2018). *Vlaamse Migratie- en Integratiemonitor 2018*. Brussel: Agentschap Binnenlands Bestuur.
- Norredam, M., Nielsen, S. S., & Krasnik, A. (2009). Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe—a systematic review. *European Journal of Public Health*, 20(5), 555-563.
- Ostergaard, L., De Kock, C., Alang, S., & Norredam, M. (in review). Social and health care providers' perspectives on treatment of asylum-seekers with harmful substance use.
- Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2010). Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. In K. E. Pickett & R. G. Wilkinson (Eds.), *The Spirit Level: Why greater equality makes societies better*. New York: Bloomsbury Press.
- Piérart, J., Bodeux, F., Francq, B., Snauwaert, B., Willems, S., & De Maeseneer, J. (2008). *Stad en gezondheid. Een actieonderzoek in drie wijken*. Brussel: Grootstedenbeleid.
- Plan Wallon de Prevention et de promotion de la santé horizon 2030*. (2017). Brussel: Gouvernement Wallon.
- Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region.
- Puchner, K., Karamagioli, E., Pikouli, A., Tsiamis, C., Kalogeropoulos, A., Kakalou, E., . . . Pikoulis, E. (2018). Time to rethink refugee and migrant health in Europe: Moving from emergency response to integrated and individualized health care provision for migrants and refugees. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1100.
- Rallu, J.-L., Piché, V., & Simon, P. (2004). Démographie et ethnicité : une relation ambiguë. In V. J. a. W. G. Caselli G. (Ed.), *Démographie : analyse et synthèse (Vol. VI : Population et société)*. Paris: INED-PUF.
- Ritter, A., Mellor, R., Chalmers, J., Sunderland, M., & Lancaster, K. (2019). Key considerations in planning for substance use treatment: Estimating treatment need and demand. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement s18*((2019)), 22-30.
- RIZIV. (2014). *Witboek voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg*. Retrieved from Brussels:
- Salama, E., Niemelä, S., Suvisaari, J., Laatikainen, T., Koponen, P., & Castaneda, A. E. (2018). The prevalence of substance use among Russian, Somali and Kurdish migrants in Finland: a population-based study. *Bmc Public Health*, 18(1), 651.
- Saloner, B., & Lê Cook, B. (2013). Blacks and Hispanics are less likely than whites to complete addiction treatment, largely due to socioeconomic factors. *Health Affairs*, 32(1), 135-145.
- Sempértegui, G. A., Knipscheer, J. W., Baliatsas, C., & Bekker, M. H. (2018). Symptom manifestation and treatment effectiveness,-obstacles and-facilitators in Turkish and Moroccan groups with depression in European countries: A systematic review. *Journal of affective disorders*.
- SRAP. (2012). *Understanding drug addiction in Roma and Sinti communities*: Executive agency for health and consumers.
- Starfield, B. (2001). Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*, 31(3), 545-566.

- Stoever, H., & Hariga, F. (2016). Prison-based needle and syringe programmes (PNSP) - Still highly controversial after all these years. *Drugs-Education Prevention and Policy*, 23(2), 103-112. doi:10.3109/09687637.2016.1148117
- Stuyck, K., Doyen, G., Feys, Y., Buyschaert, P., Noppe, J., & Jacques, A. (2018). *Samenleven in Diversiteit 2017*. Brussel: Agentschap Binnenlands Bestuur.
- Suijkerbuijk, H. (2014). *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*. Waterloo: Wolters Kluwer Belgium SA.
- Tieberghien, J., & Decorte, T. (2010). *Antwerpse Monitor Jongeren, Alcohol en Drugs (AMJAD): jongeren en middelengebruik in een lokale context* (Vol. 6): Acco.
- UNIA. (2017). *Socio-Economisch monitoring 2017 - Arbeidsmarkt en origine*. Brussels: FOD werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg & Interfederaal centrum voor gelijke kansen.
- Van Caeneghem, J. (2019). *Legal Aspects of Ethnic Data Collection and Positive Action*. New York / London: Springer.
- Van Roy, K., Vyncke, V., Piccardi, C., De Maesschalck, S., & Willems, S. (2018). *Diversiteit in gezondheid en gezondheidszorggebruik: analyse van de data uit de Belgische gezondheidsenquête*. Ghent: Ghent University.
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Lievens, K., & Broekaert, E. (2003). De Oost-Vlaamse drughulpverlening in cijfers: kenmerken, zorggebruik en uitstroom van personen in behandeling. *Orthopedagogische reeks Gent*, 15.
- Vandeurzen, J. (2018). *Zorg voor elkaar*. Antwerpen: Polis.
- Verrept, H. (2019). *What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region?* Copenhagen: WHO Regional Office Europe.
- VVBV. (2018). *Memorandum 2019. Speerpunten voor een doeltreffende en kwaliteitsvolle Vlaamse Verslaafdenzorg*. Retrieved from <http://www.verslaafdenzorg.be/index.php/23-vlis/182-memorandum-vvbv-2014>
- Wemrell, M., Merlo, J., Mulinari, S., & Hornborg, A. C. (2016). Contemporary epidemiology: a review of critical discussions within the discipline and a call for further dialogue with social theory. *Sociology Compass*, 10(2), 153-171. doi:10.1111/soc4.12345
- Wemrell, M., Mulinari, S., & Merlo, J. (2017). An intersectional approach to multilevel analysis of individual heterogeneity (MAIH) and discriminatory accuracy. *Social science & medicine*, 178, 217-219.
- WHO. (2010a). *Global consultation on migrant health. Migrant-Sensitive Health Systems*. Madrid, Spain: National School of Public Health.
- WHO. (2010b). *How Health systems can adress health inequities linked to migration and ethnicity. WHO - Regional office for Europe*.
- WHO. (2018). *Health of refugees and migrants: Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward*: WHO European Region.
- Zorgnet-Icuro. (2019). *Speerpunten Zorgnet-Icuro voor de legislatuur 2019-2024*.