

Wegwijzer voor een toegankelijke
en interculturele drughulpverlening

Wegwijzer voor een toegankelijke en interculturele drughulpverlening

Charlotte De Kock
Lyssa Toyinbo
Fred Laudens
Sébastien Alexandre
Pascale Hensgens
Carla Mascia
Stéphane Leclercq
Dirk Jacobs
Tom Decorte

Charlotte De Kock, Lyssa Toyinbo, Fred Laudens, Sébastien Alexandre, Pascale Hensgens,
Carla Mascia, Stéphane Leclercq, Dirk Jacobs & Tom Decorte
Wegwijzer voor een toegankelijke en interculturele drughulpverlening
Oud-Turnhout / 's-Hertogenbosch
Gompel&Svacina
2020

115 blz. – 24 cm
ISBN 978-94-6371-174-6
D/2019/14.401/78
NUR 751/747

Omslagbeeld: Liesbet De Kock

© 2020 Gompel&Svacina en de auteurs

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de bij wet bepaalde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, op welke wijze ook, zonder de uitdrukkelijke, voorafgaande en schriftelijke toestemming van de auteurs en van de uitgever.

Al het mogelijke werd gedaan om de informatie in dit boek zo juist en actueel te maken als kan. Auteurs of uitgever kunnen niet verantwoordelijk worden gesteld voor mogelijke nadelen die lezers door eventuele onvolkomenheden in het boek zouden ondervinden.

Gompel&Svacina bvba
Uitgevers

Reebokweg 1, B-2360 Oud-Turnhout | info@gompel-svacina.be
Rietveldenweg 60, NL-5222 AS 's-Hertogenbosch | info@gompel-svacina.nl
www.gompel-svacina.eu

Inhoud

Voorwoord	9
1. Introductie	13
1.1 Meteen aan de slag!	15
1.2 Wie? Over wie het nu eigenlijk gaat	17
1.3 Waarom? Over de noodzaak van deze wegwijzer	18
1.4 Hoe? Over gelijkwaardige zorg, kruispuntdenken en het ecosociaal perspectief	19
1.5 Structuur van de wegwijzer	21
1.6 Inspirerende praktijken?	24
2. Preventie en vroeginterventie	27
① Brochure: Tabak, alcohol en andere drugs in België	28
② Drugpreventie bij jongeren met een migratieachtergrond	29
③ Tuppercare (homeparty's)	30
④ Preventie voor asielaanvragers	31
⑤ Opvoedingsondersteuning	33
⑥ Mind-Spring© en andere psychosociale ondersteuning voor vluchtelingen	36
⑦ Vroeginterventie via groepswerking voor jonge druggebruikers	37
3. (Drug)hulpverlening en schadebeperking	39
3.1 Microniveau: (drug)hulpverlener – cliënt	39
3.1.1 Aandacht voor diversiteit in de zorgrelatie	39
⑧ Cultural Formulation Interview (CFI)	40
⑨ Ecogram	41
⑩ Bijzonderheden binnen het gezin in kaart brengen	42
⑪ Gezondheidszorg per verblijfsstatuut	43
⑫ Casusondersteuning en expertisedeling bij het werken met erkende vluchtelingen	43

⑬	MEM begeleiden en middelengebruik bespreken	44
⑭	Toegankelijke zorg voor Roma: tips & tricks	47
3.1.2	Taalondersteuning en bemiddeling	48
⑮	Interculturele bemiddeling	48
⑯	Vertaling en interpretatie in de Brusselse sociale sector	50
⑰	Sociaal tolken en vertalen	51
⑱	Drugs ABC in your language	53
⑲	Welkomstbrochure in pocket- en audioformaat	53
3.2	Mesoniveau: werken aan diversiteit in de drughulpverlening	55
3.2.1	Ondersteuning bij het interculturaliseren van de organisatie	55
⑳	Reflectietool	56
㉑	Advies en begeleiding	57
㉒	Stellingenspel	58
㉓	Meetinstrument interculturalisering	59
㉔	Competentieprofiel	60
㉕	Drempelmeter	61
3.2.2	Outreach en samenwerkingsverbanden	61
㉖	Reach out!	62
㉗	PACCT®: Psychiatry Assisting the Cultural diverse Community in creating healing Ties	64
㉘	Transit: laagdrempelige onvoorwaardelijke opvang	64
㉙	Samenwerken in netwerken	65
3.3	Bruggen bouwen tussen de drughulpverlening en het brede welzijnswerk	67
⑳	Een alcohol- en drugbeleid in opvangcentra voor asielzoekers	68
3.4	Verbinding: MEM kunnen doorverwijzen naar de (drug-) hulpverlening of de geestelijke gezondheidszorg	69
㉑	Gids en begeleiding voor een toegankelijke geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen in Brussel	69
㉒	Mobiele begeleiding naar de drughulpverlening	70
㉓	Medische hulp bij Dokters van de Wereld	71
㉔	Begeleidings- en Liaisonsteam voor asielzoekers	73
㉕	POZAH: Psychiatrische Ondersteuning en Zorg voor Asielzoekers aan Huis	74
㉖	Draaiboek (zorg)netwerken	74
㉗	Zelf doorverwijzen in Vlaanderen	77
㉘	Anderstalige hulpverlening	78

Inhoud	7
(39) Zelfhulpgroepen	79
(40) Samenwerking tussen drughulpverlening en OCMW	79
3.5 MEM kunnen doorverwijzen buiten de (drug)hulpverlening	80
(41) Toeleiders in diversiteit	80
(42) Wegwijs via de smartphone	81
(43) Juridische ondersteuning	81
(44) Sociale activering/maatschappelijk herstel	82
(45) Trajectbegeleiding vluchtelingen/Housing Café	83
(46) Mentor 2 work	84
4. Gluren bij de burens	85
4.1 Europese bevraging en drugrapporten 2014	85
4.1.1 Doelgroepen	85
4.1.2 Sectoren en type drughulpverlening	87
4.1.3 Noden en doelen	88
4.1.4 Conceptuele en evaluatie kwaliteit	89
4.2 Leren van Europa?	90
5. Meer weten	93
5.1 Ondersteunende organisaties	93
5.2 Verdiepende literatuur	96
6. Conclusie en reflectie	99
Trefwoordenregister	109
Referentielijst	111

Voorwoord

Deze wegwijzer is één van de twee resultaten van het MATREMI-onderzoeksproject dat staat voor '*mapping and enhancing substance use treatment for migrants and ethnic minorities*'.

Het MATREMI-project werd in 2019 gefinancierd door het Federaal Wetenschapsbeleid (www.belspo.be, DR/84). Dit project is een vervolg op het PADUMI-onderzoeksproject (*Patterns of drug use among migrants and ethnic minorities*) (www.belspo.be, DR/69).

Het eerste doel van het MATREMI-project is theoretisch: het beter in kaart brengen van migranten en etnische minderheden (MEM) in de drughulpverlening aan de hand van cliëntregistratie. Je leert alles over dit doel en de bijhorende beleidsaanbevelingen in het online MATREMI-rapport (www.belspo.be). Het tweede doel bestaat uit het in kaart brengen van inspirerende praktijken in binnen- en buitenland voor het verhogen van de toegankelijkheid voor, de retentie en het bereik van MEM in de drughulpverlening. Deze wegwijzer wil inspirerende praktijken ontsluiten aan Belgische hulpverleners en brengt praktijken uit zowel het Frans- als Nederlandstalige landsdeel samen.

Dit project werd gecoördineerd door Universiteit Gent (UGent) (Charlotte De Kock, prof. dr. Tom Decorte) in nauwe samenwerking met Université Libre de Bruxelles (ULB) (Carla Mascia, prof. dr. Dirk Jacobs) en de koepels die de gespecialiseerde drughulpverlening vertegenwoordigen in België: het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD) (Lyssa Toyinbo, Fred Laudens), de Fédération Bruxelloise Francophone des Institutions pour Toxicomanes (FEDITO BXL) (Sébastien Alexandre, Stéphane Leclercq) en de Fédération Wallonne des Institutions pour Toxicomanes (Fedito Wallonne) (Pascale Hensgens).

De nauwe samenwerking tussen academische partners en professionals in de drughulpverlening liet de projectmedewerkers toe om de vinger aan de pols van het werkveld te houden. Zo werd de initiële projectfocus op drughulpverlening verbreed naar het preventiedomein.

Daarnaast ging het team ook op zoek naar expertise in het breder welzijns-werk (onder meer OCMW's en CAW's). [Vorig onderzoek](#) toonde immers aan dat personen met een migratieachtergrond die niet door de drughulpverlening worden bereikt, vaak wel door deze diensten worden bereikt.

Deze wegwijzer geeft een overzicht van praktijken in het noorden en zuiden van het land. De socio-politieke context en het zorgaanbod verschillen uiteraard over de taalgrenzen heen. Ook het omgaan met de MEM-doelgroep verschilt in de Belgische regio's: in het Franstalige landsdeel focust men eerder op de kwetsbaarheid van specifieke doelgroepen dan op 'ethniciteit'. Door praktijken uit de Belgische regio's samen te presenteren in deze wegwijzer hopen we nieuwsgierigheid op te wekken en misschien wel muren en schotten tussen diensten en sectoren te kunnen slopen.

Deze wegwijzer biedt een snel en handig overzicht van praktijken die de professional kan gebruiken om een doelgroep te ondersteunen die vaak moeilijk toegang tot de zorg vindt. De lezer kan dan ook op twee manieren met deze wegwijzer aan de slag: je kan ervoor kiezen om erin te vliegen met het onderdeel '[Meteen aan de slag!](#)' of je kan de tijd nemen om de introductie volledig te lezen om eerst meer te weten te komen over de Belgische situatie en de insteek van het onderzoeksproject.

Heel wat praktijken in deze wegwijzer kunnen snel en met minimale investering worden ingezet. De beschreven uitdagingen en praktijkverhalen laten ook toe om lessen te trekken uit de eerdere ervaringen met deze praktijken. De lezer vindt ook telkens een verwijzing naar meer info terug die toelaat om met de praktijk aan de slag te gaan.

We besluiten graag met een woord van dank voor Aziz Naji (programma-beheerder Drugs, Belspo) en zijn assistent Emmanuèle Bourgeois. We willen ook alle hulpverleners danken in onder meer de Centra Geestelijke Gezondheidszorg, onafhankelijke vzw's, het Steunpunt Geestelijke Gezondheidszorg,

de wijkgezondheidscentra en de specifieke drughulpverlening voor het delen van hun expertise en ervaring tijdens interviews en focusgroepen. In het bijzonder bedanken we Katarsis, CGG Mandel & Leie, CGG Waas & Dender en ADIC.

Beste lezer, we hopen van harte dat deze wegwijzer je kan ondersteunen in je dagelijkse praktijk.

De auteurs

Charlotte De Kock
Lyssa Toyinbo
Fred Laudens
Sébastien Alexandre
Pascale Hensgens
Carla Mascia
Stéphane Leclercq
Dirk Jacobs
Tom Decorte

1. Introductie

In een rapport van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving (EWDD of EMCDDA) benadrukte Jane Fountain (1) dat het belangrijk is om etnische identiteit niet per definitie als een indicator van kwetsbaarheid (voor druggebruik) te hanteren. Aan etniciteit gerelateerde kenmerken (zoals religie) als risicofactor identificeren, kan inderdaad het sociaal stigma van personen met een migratieachtergrond versterken.

Toch zijn migranten en etnische minderheden (kortweg MEM in wat volgt) vaak over gerepresenteerd in maatschappelijk uitgesloten en kwetsbare groepen en krijgen zij vaker te maken met discriminatie. Dit alles kan bijdragen aan het initiëren van middelengebruik of aan voortgezet probleemgebruik (2) (3). Zo staat in de meest recente EMCDDA-programmatienota (4) te lezen dat MEM extra aandacht verdienen in beleid en praktijk van de drughulpverlening in Europese landen en wel om de volgende reden:

“ Sommige [MEM] zijn meer kwetsbaar voor probleemgebruik door blootstelling aan trauma, werkloosheid, armoede, verlies van familie en sociale steun en door de migratie naar een setting met een ander normatief kader. ”

(EMCDDA, 2019)

Verkennde studies in de Belgische drughulpverlening suggereren dat personen met een migratieachtergrond op een latere leeftijd bij gespecialiseerde diensten aankloppen en minder lang in de hulpverlening verblijven in vergelijking met personen zonder migratieachtergrond (5).

Er werd ook vastgesteld dat personen met een **andere nationaliteit** ondervertegenwoordigd zijn in hoogdrempelige residentiële zorg en oververtegenwoordigd zijn in de laagdrempelige medisch-sociale opvangcentra (MSOC) in vergelijking met hun

aanwezigheid in de algemene bevolking in 2012-2013 (6). Personen met een andere nationaliteit in de drughulpverlening hebben een hogere kans op laaggeschooldheid, precair werk of werkloosheid en een precare woonsituatie in vergelijking met Belgen (7). Deze personen hebben met andere woorden een grotere socio-economische kwetsbaarheid.

Vrouwen met een niet-Europese nationaliteit zijn op hun beurt bijna afwezig in de Belgische drughulpverlening (7). Voor **vluchtelingen en asielaanvragers** is de toegang tot duurzame specifieke drughulpverlening zeer beperkt vanwege het principe van ‘dringende medische hulp’¹ (8) (9). Ten slotte blijkt de kennis over de drughulpverlening beperkt te zijn bij personen met een **niet-Belgische Europese** migratieachtergrond, asielaanvragers en andere vluchtelingen (10) (11).

De Belgische – zowel Vlaamse, Brussels als Waalse – drughulpverlening krijgt dus te maken met complexe vragen wat betreft de **toegankelijkheid** van de diensten, het **bereiken** van de doelgroepen en de **retentie**² (gerelateerd aan kwaliteit en uitkomst van zorg) van individuen met een migratieachtergrond.

Personen met een niet-Europese migratieachtergrond maar ook personen met Centraal- en Oost-Europese migratieachtergronden, vrouwen met een migratieachtergrond die middelen gebruiken, asielaanvragers en vluchtelingen zijn kwetsbare doelgroepen wat betreft zowel de oorzaken van middelengebruik als de toegang tot de zorg en het doorlopen van een succesvol traject in de drughulpverlening.

Heel wat studies deden dan ook aanbevelingen zoals het inrichten van sensibiliserende (preventieve) acties om kennis over probleemgebruik en de drughulpverlening te verhogen bij intra-Europese migranten, asielaanvragers en vluchtelingen, vrouwen met een migratieachtergrond maar ook personen met een ‘oudere’ tweede, derde

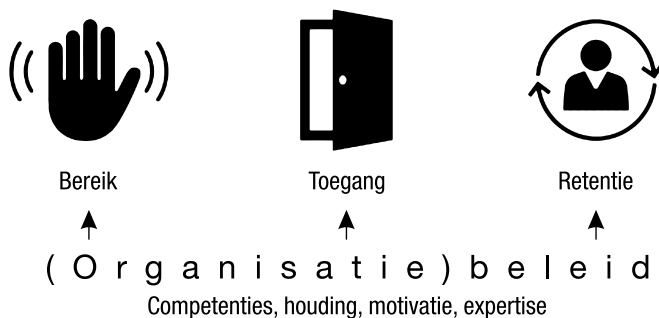
-
1. Dringende Medische Hulp (DMH) heeft als doel de toegang tot medische zorgen voor mensen zonder wettig verblijf te waarborgen maar is, zoals de term aangeeft, beperkt tot dringende medische hulp die veelal geen mentale gezondheid behelst. De overheid heeft verder niet bepaald op welke medische zorg mensen zonder wettig verblijf recht hebben en op welke niet. Het is aan de behandelende arts om te bepalen of de medische zorgverstrekking noodzakelijk is om de lichamelijke en geestelijke integriteit van de persoon te beschermen. Voor meer info over goede praktijken bij het toepassen van ‘dringende medische hulp’ kan je terecht bij www.medimmigrant.be.
 2. Het in de zorg blijven en therapietrouw kunnen bijdragen aan het succesvol doorlopen en/of afronden van een hersteltraject (verminderen van gebruik of abstinentie). Retentie is daarom een indicator voor kwaliteit van zorg (12).

en vierde generatie migratieachtergrond (5) (10) (13-15). Zo werden bijvoorbeeld het inzetten van mobiele diensten en *outreach* werk naar voren geschoven als praktijken die de toegankelijkheid kunnen verhogen (16-18).

Ten slotte werden in 2011 op vraag van federaal minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie De Block, aanbevelingen geformuleerd voor het optimaliseren van het gezondheidszorgbeleid voor MEM (8) (9). De acht prioritaire aanbevelingen op dit macroniveau bestonden onder meer uit het vereenvoudigen van de dringende medische hulpprocedure en het verhogen van de toegankelijkheid tot geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast benadrukte de groep experts dat de implementatie van nieuwe maatregelen structureel en door de overheden ondersteund dient te worden.

1.1 Meteen aan de slag!

In deze wegwijzer willen we inspiratie bieden om de toegankelijkheid voor, het bereik en de retentie van MEM in de drughulpverlening te verhogen.



Figuur 1. Inzetten op drughulpverlening voor MEM

Je kan op twee verschillende manieren inspirerende praktijken terugvinden in deze wegwijzer:

1. Je kan gebruikmaken van het trefwoordenregister achteraan deze wegwijzer.
2. Je kan het volgende overzicht volgens de hoofddoelgroep (hulpverlener, MEM-populatie, organisatie) en het doel van de praktijk raadplegen.

	Hoofdstuk	Pagina
Preventie		
Ik wil/wij willen <i>probleemgebruik voorkomen</i> en/of <i>vroegtijdig interveniëren</i>	2.	27
Micro – drughulpverlener en (potentiële) cliënt		
Ik wil/wij willen beter kunnen <i>omgaan met diverse cliënten</i>	3.1	39
Ik wil/wij willen <i>taalondersteuning</i>	3.1.2	48
Meso – organisatie		
Ik wil/wij willen werken aan een inclusief <i>diversiteitsbeleid</i> in de drughulpverlening	3.2.1	55
Ik wil/wij willen werken aan een aangepast <i>drugbeleid</i> in onze organisatie	3.3	67
Meso – personen met een migratieachtergrond en etnische minderheden		
Ik wil/wij willen diverse <i>doelgroepen beter bereiken</i>	3.2.2	61
Verbinding		
Ik wil/wij willen cliënten kunnen <i>doorverwijzen</i> naar (drug)hulpverlening/geestelijke gezondheidszorg	3.4	69
Ik wil/wij willen cliënten kunnen <i>doorverwijzen</i> buiten de (drug-)hulpverlening	3.5	80

We benadrukken dus twee onontbeerlijke aandachtspunten: aandacht voor cliënt én hulpverlener en aandacht voor de context van deze actoren.

Vandaag zien we immers dat er heel wat aandacht gaat naar het ondersteunen van culturele competenties op het microniveau van de hulpverlener maar dat de organisatiecontext, een kritische reflectie over het gezondheidssysteem en de context van de cliënt met een migratieachtergrond in het kader van herstel van probleemgebruik vaak onderbelicht blijft (19).

Ten eerste maken we een analytisch onderscheid tussen drie niveaus:

- 1) het **microniveau van de cliënt** en diens meso- (maakt deel uit van een etnische minderheid, sociale context) en macro- (socio-economische) context enerzijds,
- 2) het **microniveau van de drughulpverlener** en diens meso- (drughulpverlening), en
- 3) de macro- (gezondheidssysteem en visie op goede zorg) context anderzijds.

Ten tweede focussen we op de **verbinding tussen micro-, meso- en macrodimensies** om de kloof tussen personen met een migratieachtergrond en de drughulpverlening te verkleinen.

Ten slotte leggen we de nadruk op de noodzaak om **op alle niveaus en op alle actoren in te zetten** en om dit vanuit het beleid ook te ondersteunen zodat ook migranten en etnische minderheden gelijkwaardige zorg kunnen genieten en gelijke toegang hebben tot zorg en kwaliteit van zorg.

1.2 Wie? Over wie het nu eigenlijk gaat

Naar schatting heeft 20% van de Belgische bevolking een migratieachtergrond (20) en die diversiteit neemt gestaag toe, vooral in de stedelijke gebieden. Kijken we in de bevolkingsstatistieken alleen naar 'nationaliteit', dan zakt dat percentage tot 11% (21).

Personen met een dubbele nationaliteit en personen die de Belgische nationaliteit reeds hebben verworven, worden bij de registratie van nationaliteit immers als Belg geregistreerd. Aan de hand van de Belgische bevolkingsstatistieken kunnen we drie groepen onderscheiden:

1. **personen met een niet-Belgische nationaliteit** (waaronder zij die internationale bescherming en een duurzaam verblijf verkregen);
2. **personen met een tweede, derde of vierde generatie migratieachtergrond** met de dubbele of Belgische nationaliteit wier moeder of vader al dan niet in het buitenland is geboren;
3. **vluchtelingen en personen die (nog) geen wettige verblijfsdocumenten hebben**, zowel zij die internationale bescherming aanvragen als zij die dat niet deden.

We kiezen in wat volgt voor de gecombineerde terminologie 'migrant en etnische minderheden' (MEM) en 'personen met een migratieachtergrond' (30), die ook in het Witboek Toegankelijke Gezondheidszorg (22), de ETHEALTH-aanbevelingen (8) en het WHO-rapport over ongelijkheden in de gezondheidszorg (23) gehanteerd wordt.

Hoewel deze brede doelgroepen gevarieerde en veranderende kenmerken hebben, worden zij veelal aan gelijkaardige risicofactoren blootgesteld. Individuele ervaringen en migratieachtergronden kunnen een bron van sterkte of kwetsbaarheid zijn voor het individu (24). Etniciteit en het behoren tot of gecategoriseerd worden als een

‘minderheid’ kunnen op hun beurt complexe sociale en individuele gevolgen hebben die de mentale gezondheid, probleemgebruik en hulpzoekgedrag beïnvloeden³.

1.3 Waarom? Over de noodzaak van deze wegwijzer

Personen met een migratieachtergrond en etnische minderheden (MEM) hebben het vaak moeilijker in de samenleving vanwege hun verblijfsstatuut, socio-economische status, taalkennis en structurele of gepercipieerde discriminatie. Dit heeft gevolgen voor de mentale gezondheid en kan probleemgebruik – in combinatie met andere factoren zoals de beschikbaarheid van middelen en individuele coping mechanismen – en toegang tot de juiste zorg beïnvloeden. We maken hier uiteraard de kanttekening dat niet iedereen die strikt genomen tot een MEM-populatie behoort, per definitie aan elk van deze risicofactoren wordt blootgesteld.

Er bestaat in België weinig onderzoek naar geestelijke gezondheid, probleemgebruik en drughulpverlening bij personen met een migratieachtergrond. Zoals aangegeven in de introductie, tonen verkennende studies wel aan dat net als in andere landen (25) (26) zowel de toegang tot de drughulpverlening, het bereiken van de doelgroepen en de retentie van deze cliënten in de drughulpverlening moeilijk verloopt. Deze wegwijzer wil professionals in het werkveld en beleidsmakers inspireren om in te zetten op toegankelijkheid, bereik en retentie van deze doelgroepen.

Factcheck

- De dalende toegang tot de algemene gezondheidszorg voor personen die onder de armoedegrens leven, gaat nergens in West-Europa zo snel als in België (27).
- De helft van de personen met een niet-Europese nationaliteit leeft onder de armoedegrens in Vlaanderen. In Wallonië ligt dit cijfer nog hoger (28).
- Het aandeel personen dat de eigen gezondheid als slecht beschrijft ligt duidelijk hoger bij personen met een niet-Europese nationaliteit in Vlaanderen, in vergelijking met de Belgen (28).

3. De studie van de oorzaken van probleemgebruik bij personen met een migratieachtergrond of het verband tussen etniciteit en middelgebruik behoren niet tot het bestek van het MAT-REMI-onderzoeksproject. Voor een goed begrip van etniciteit en geestelijke gezondheid verwijzen we alvast graag door naar een basiswerk in de sociale psychologie: *Verkuyten, Majkel (2018). The social psychology of ethnic identity. London: Routledge.* Ook in het PADU-MI-onderzoek (www.belspo.be) lag de focus op deze oorzakelijke verbanden.

- Onafhankelijk van verblijfsstatus hebben MEM meer depressieve klachten die mogelijks te wijten zijn aan socio-economische omstandigheden en etnische discriminatie (29).
- Cliënten in de drughulpverlening met een niet-Belgische nationaliteit hebben een lagere tewerkstellings- en opleidingsgraad in vergelijking met Belgische cliënten (5) (7).
- Er is een hoge aanwezigheid van cliënten met de niet-Belgische nationaliteit in de medisch-sociale opvangcentra (MSOC) en een zeer lage aanwezigheid in hooghropelige residentiële drughulpverlening (5) (7).
- Cliënten in de drughulpverlening met de niet-Belgische nationaliteit behoren tot hogere leeftijdscategorieën in vergelijking met Belgen wat op ander hulpzoek- en doorverwijsgedrag kan wijzen (7).
- Vrouwen met een niet-Europese migratieachtergrond zijn zo goed als afwezig in de drughulpverlening (7).
- Asielzoekers hebben beperkte toegang tot de drughulpverlening (8).

De factcheck geeft slechts een beperkt beeld van de situatie van MEM met of zonder een middelenproblematiek. Toch geeft het bestaande onderzoek aan dat het noodzakelijk is extra aandacht te hebben voor eerdergenoemde kwetsbaarheden van MEM en ongelijkheden in de drughulpverlening.

1.4. Hoe? Over gelijkwaardige zorg, kruispuntdenken en het ecosociaal perspectief

De structuur en de inhoud van deze wegwijzer vertrekken vanuit drie gecombineerde theoretische perspectieven⁴:

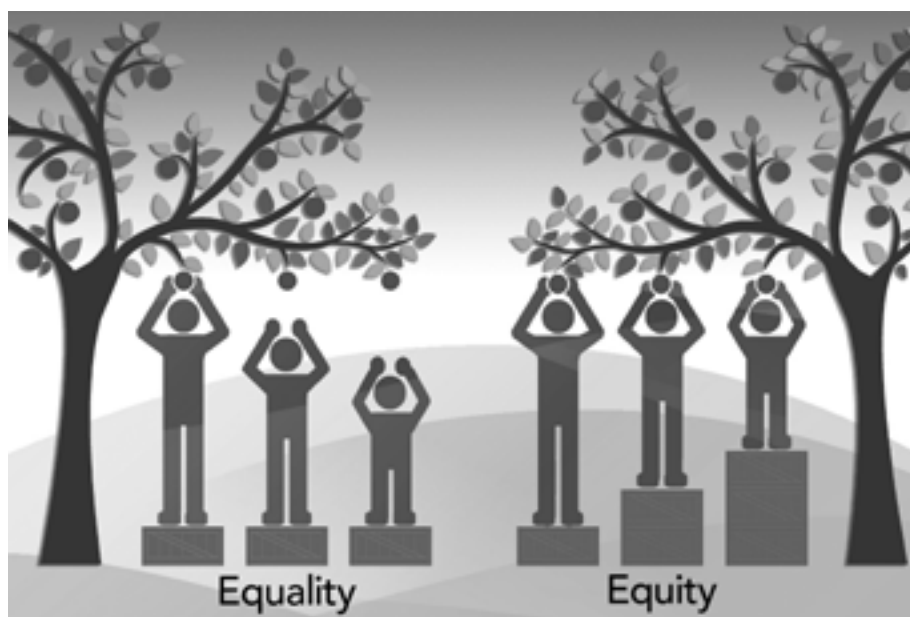
1. **Gelijkwaardige gezondheidszorg voor iedereen:** Gelijkwaardige gezondheidszorg wordt bereikt wanneer mensen met gelijkaardige behoeften vergelijkbare zorg krijgen (horizontale gelijkheid) en wanneer mensen met grotere behoeften specifieke zorg krijgen die aan deze behoeften voldoet (verticale gelijkheid) (31).
2. **Het ecosociaal perspectief op gezondheidsongelijkheden:** De oorzaken voor gezondheidsongelijkheden zoals de oorzaken en prevalentie van probleemgebruik

4. Voor een uitgebreide toelichting bij deze drie gecombineerde theoretische perspectieven verwijzen we naar (42) (30).

maar ook het beroep doen op gepaste zorg, liggen niet alleen bij het individu, maar ook in de context van het individu en de bredere samenleving (32) (33).

3. **Het kruispunt- of intersectioneel perspectief:** Verschillen tussen groepen kan je alleen aanpakken en begrijpen door het niveau van de cliënt en hulpverlener (micro), de dienst in de hulpverlening (meso), het gezondheidsbeleid en de dominante visie op herstel van probleemgebruik (macro), met elkaar in verbinding te brengen.

De Wereldgezondheidsorganisatie streeft naar gelijkwaardige, rechtvaardige en billijke gezondheidszorg voor iedereen. Dat betekent dat we rekening moeten houden met de specifieke noden van kwetsbare doelgroepen (34). Deze strategie wordt in het kader van het *'Strategisch plan: de Vlaming leeft gezonder in 2025'* benoemd als 'proportioneel universalisme'.



Figuur 2. Gelijkheid is niet hetzelfde als billijkheid

Het **ecosociaal perspectief** werd ontwikkeld vanuit de kernvraag *'Wie en wat is de drijfveer van sociale ongelijkheden in de gezondheid?'*. Nancy Krieger stelt dat de oorzaken van gezondheidsongelijkheden zich niet alleen op het niveau van het individu (micro) situeren (35) (36). Ook op het niveau van sociale groepen en organisaties (meso), de overheid en samenleving (macro) moeten oorzaken geïdentificeerd én aangepakt

worden. Zij beargumenteert dat populatiekenmerken voortkomen uit de voortdurende dynamische ontwikkeling van individuen (micro) die behoren tot sociale groepen (meso) die worden beïnvloed door de bredere sociale en ecologische context (macro).

Margarita Alegria gebruikte dit perspectief om een beter begrip van ongelijkheden in de drughulpverlening te krijgen. Zij stelt dat ongelijkheden in de drughulpverlening ontstaan wanneer ongelijkheden in het gezondheidssysteem interageren met ongelijkheden in de sociale context van personen met een migratieachtergrond. Zij signaleert ook dat het ontbreken van een algemeen kader voor onderzoek naar de structuren, processen en mechanismen die ten grondslag liggen aan ongelijkheden, de ontwikkeling van interventies verhindert (37).

Het ecosociaal perspectief laat ons toe om drie niveaus van (oorzaken van) ongelijkheden te identificeren en aan te pakken (het micro-, meso- en macroniveau).

Uiteraard is het van belang om deze niveaus niet van elkaar te isoleren en daarvoor kunnen we ons zowel in onderzoek als in de hulpverlening beroepen op het **kruispuntdenken** (38) (39). Deze theorie ontstond uit een kritiek op het vroege feminisme.

Kimberley Crenshaw gaf als eerste aan dat het vroege feminisme vooral op blanke vrouwen was gericht en bijgevolg te weinig aandacht had voor de bijkomende kwetsbaarheden en discriminatie waarmee zwarte vrouwen in de Verenigde Staten te maken krijgen.

Het kruispuntdenken wordt gehanteerd om individuele ongelijkheden in een bredere context te begrijpen door het in kaart brengen van de kruising van verschillende individuele factoren (gender, etniciteit, socio-economische status, enz.) en de inclusie van factoren die eerder structureel dan individueel van aard zijn (de organisatie van de drughulpverlening op mesoniveau en het gezondheidssysteem op macroniveau bijvoorbeeld).

1.5 Structuur van de wegwijzer

Door de combinatie van een gelijkwaardigheidsperspectief, het ecosociaal perspectief en het kruispuntdenken komen we tot een kader dat ons toelaat ongelijkheden in de

drughulpverlening enerzijds te analyseren en anderzijds ook aan te pakken (30). De basis van dit perspectief is dat verschillende ongelijkheden elkaar kunnen kruisen en tot grotere ongelijkheden kunnen leiden.

Het micro-, meso- en macroniveau kruisen elkaar zowel op het niveau van de (potentiele) cliënt als op het niveau van de drughulpverlener. De cliënt en de drughulpverlener blijven uiteraard de twee belangrijkste actoren in de drughulpverlening maar hun beleving moet gekaderd en ondersteund worden in een bredere context.

De onderdelen van deze wegwijzer (zie [inhoudstafel](#)) zijn dan ook geënt op dit perspectief en situeren zich vooral op het micro- (cliënt – hulpverlener) en mesoniveau (etnische gemeenschappen/sociale context – drughulpverlening).

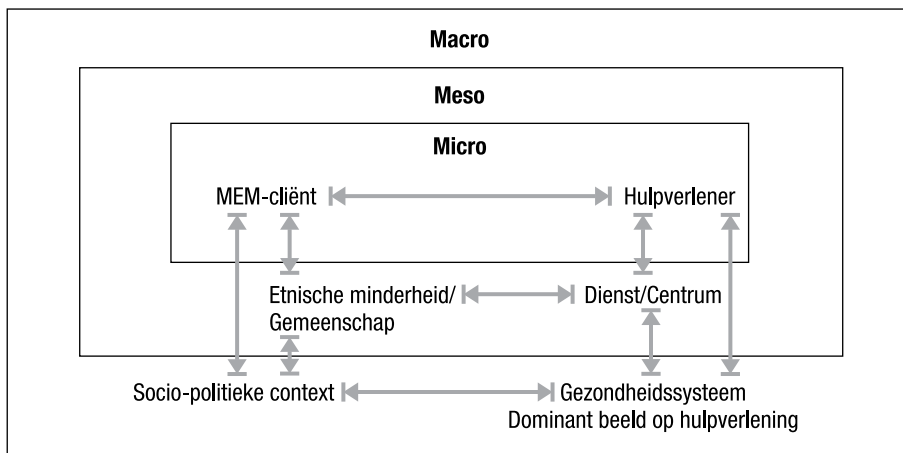
“ De relatie tussen hulpverlener en cliënt kan pas slagen als er binnen de organisatie ruimte en tijd gegeven wordt om hieraan te werken en als er gewerkt wordt aan de interculturalisering van de hele organisatie. ”

(Jalhay et al., 2016, p. 19) (24)

Deze benadering sluit aan bij de visie op cultuursensitieve zorg (24) (40) in de *Reflectietool Cultuursensitieve Zorg*, die werd uitgewerkt door VIVO vzw, het Agentschap Integratie en Inburgering en Atlas Integratie en Inburgering stad Antwerpen, met de steun van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse Overheid. In deze visie staan vooral de micro- en mesodimensie centraal (24) (41).

- Micro: Cultuursensitieve zorg is het aannemen van een cultuursensitieve houding in de individuele zorgrelatie.
- Meso: Cultuursensitieve zorg past in een breder organisatiebeleid. De organisatie moet randvoorwaarden creëren. Een cultuursensitief beleid is nodig voor de verankering.

Alleen de hulpverlener, cliënt en de organisatie? Op basis van het ecosociaal perspectief willen we het grote belang van het macroperspectief benadrukken. De socio-politieke context, het gezondheidssysteem en de dominante visie op ‘goede zorg’ beïnvloeden immers de toegang tot hulp maar ook de retentie en het bereik van MEM in de drughulpverlening. Als hulpverlener is het cruciaal om rekening te houden met dit macrokader en de invloed ervan op de identiteitsvorming, de zorgrelatie maar ook op de eigen beroepshouding.



Figuur 3. Een ecosociaal perspectief in de drughulpverlening gebaseerd (42) op Krieger en collega's, 2013 (Epidemiology and the People's Health) (19)

In deze wegwijzer focussen we vooral op het ondersteunen van micro- en mesocontext. Voor aanbevelingen op het macroniveau verwijzen we naar de MATREMI-aanbevelingen (www.belspo.be) en aanbevelingen in het *Witboek voor een Toegankelijke gezondheidszorg* (22), *Etniciteit in Zorg en Welzijn* (43) en de *ETHEALTH*-aanbevelingen (8).

Meer info over de gezondheidsrechten van cliënten per verblijfsstatuut vind je terug bij 'Gezondheidszorg per verblijfsstatuut' (p. 43). Dynamieken op Europees niveau worden besproken in 'Gluren bij de burens', (p. 85) en de Belgische beleidscontext wordt besproken in het MATREMI-rapport (www.belspo.be).

Toegankelijke Belgische wijkgezondheidscentra

De wijkgezondheidscentra in Vlaanderen en de Maisons Médicales in het Franstalige landsdeel willen een toegankelijke zorg voor iedereen garanderen. Zij hanteren een multidisciplinaire en universele aanpak. Deze centra hechten veel belang aan inbedding in de buurt, multidisciplinair cliëntoverleg en participatie van de cliënten.

Niet zelden zetten deze centra in op *community health* projecten, gericht op zowel de fysieke als de mentale gezondheid van MEM. De vereniging van Vlaamse en Brusselse Wijkgezondheidscentra streeft naar 'gezondheid als basisrecht voor allen' en naar 'het verkleinen van sociale ongelijkheid in gezondheid'.

Meer info: www.vwgc.be en www.maisonmedicale.org

1.6 Inspirerende praktijken?

Om inspirerende praktijken te identificeren werden drie methodes toegepast:

1. Een online bevraging (april 2019) gericht aan de brede drughulpverlening en belendende sectoren in België;
2. Interviews met 32 experten in Vlaanderen, Wallonië en Brussel;
3. De inclusie van praktijken die reeds bekend waren bij de projectpartners (VAD, Fédito Bxl, Fédito Wallonne en Universiteit Gent op basis van het onderzoeksproject 'Patronen van middelengebruik bij migranten en etnische minderheden' [PADUMI] www.belspo.be).

Het hoofddoel van de online bevraging bestond erin om op een laagdrempelige wijze zoveel mogelijk praktijken te identificeren die gericht zijn op de toegankelijkheid voor, het bereik en de retentie van personen met een migratieachtergrond in de drughulpverlening.

Vanuit een herstelondersteunende visie op drughulpverlening (44) en de vermaatschappelijking van de zorg (45) was het doel om de brede ondersteuningsmogelijkheden voor MEM-cliënten in kaart te brengen. De enige inclusiecriteria waren dat praktijken:

- gericht waren op drughulpverlening of ondersteunende geestelijke gezondheidszorg voor MEM;
- niet langer dan tien jaar geleden geïmplementeerd werden.

In de bevraging werd getoetst naar het domein in de drughulpverlening (van preventie tot schadebeperking), de doelgroep, de doelen, de conceptuele kwaliteit (dragen acties bij tot het bereiken van het doel?) en evaluatiekwaliteit (werden de praktijken geëvalueerd?). Daarnaast werden ook de uitdagingen bij het implementeren in kaart gebracht.

115 Nederlandstalige en 34 Franstalige respondenten beantwoordden de eerste vragen van de vragenlijst. De antwoorden van 109 respondenten konden echter niet geanalyseerd worden omdat zij niet de volledige vragenlijst invulden (88 Nederlandstalige en 21 Franstalige respondenten). Bijgevolg werden slechts 23,5% van de Nederlandstalige en 38,3% van de Franstalige antwoorden meegenomen in deze wegwijzer.

Voor de volledige methodologie en de resultaten van deze bevraging en de interviews verwijzen we je graag door naar het volledige onderzoeksrapport (www.belspo.be).

De praktijken die geïdentificeerd werden aan de hand van de online bevraging, zijn de kern van deze wegwijzer. In de 'praktijkverhalen' vind je onderdelen van de interviews terug die relevant zijn voor de drughulpverlening.

Het was niet mogelijk om voor elke praktijk een eindverantwoordelijke te identificeren. De informatie over inspirerende praktijken in deze wegwijzer is gebaseerd op de informatie die door respondenten in de MATREMI-bevraging werd gegeven en werd door de projectmedewerkers aangevuld door informatie die online ter beschikking is. De projectmedewerkers stelden alles in het werk om deze informatie accuraat en waarheidsgetrouw weer te geven.

2. Preventie en vroeginterventie

Preventie kan enerzijds bijdragen aan het voorkomen van (probleem)gebruik (46) en anderzijds aan het verhogen van de kennis die personen hebben over zowel de drughulpverlening als mentale klachten (47).

In het kader van geïndiceerde preventie zijn er ook heel wat methodieken die tijdens een individueel gesprek bruikbaar zijn om middelengebruik bespreekbaar te maken en in te schatten. Je vindt deze methodieken bij '[MEM begeleiden en middelengebruik bespreken](#)' (p. 44).

Vroeginterventie situeert zich op het scharnierpunt tussen preventie en hulpverlening. Soms worden signalen die wijzen op riskant gebruik herkend of opgemerkt door de omgeving van een persoon. Een goed afgebakende en in de tijd beperkte interventie zoals vroeginterventie is dan beter op zijn plaats dan een klassieke behandeling.

Internationale literatuur schuift vroeginterventie naar voren als goede praktijk in asielgerelateerde settings zoals asielcentra. Vanuit het perspectief van het gezondheidssysteem verlaagt gerichte vroeginterventie de kosten in het gezondheidssysteem op het niveau van behandeling en drughulpverlening (48) (49).

PRAKTIJKVOORBEELD

Vlaamse preventiewerkers en vroeginterventie

Vlaanderen beschikt over een netwerk van preventiewerkers die consult, advies en coaching voorzien bij het opzetten en uitvoeren van preventieactiviteiten op lokaal of regionaal vlak. Contactgegevens van de preventiewerkers vind je in de doorverwijsgids op www.vad.be. Deze werking is niet specifiek aangepast voor doelgroepen met een migratieachtergrond maar is in principe bruikbaar voor alle doelgroepen.

De methodieken in dit onderdeel werden gemaakt voor (of aangepast aan) specifieke doelgroepen met een migratieachtergrond door bijvoorbeeld in te spelen op hun specifieke noden.

Let op: In wat volgt zijn sommige praktijken beperkt tot (product)informatie (via folders bijvoorbeeld). Het is belangrijk om mee te geven dat alleen het geven van informatie (kennis) minder effectief is in vergelijking met gecombineerde methoden die ook inspelen op bijvoorbeeld gedragselementen. Combineer het geven van informatie dus met methoden die eerder op gedrag zijn gericht.



1

Brochure: Tabak, alcohol en andere drugs in België

Wat? Je wilt MEM informeren over de effecten, risico's en wetgeving van tabak, alcohol, medicatie, cannabis, speed, cocaïne, energiedranken en gokken.

Hoe? Gebruik deze brochure losstaand of als ondersteuning bij een andere methodiek voor MEM. De brochures kunnen bijvoorbeeld in een wachtzaal of op jouw bureau ter beschikking van cliënten liggen. De brochure is beschikbaar in het Nederlands, Frans, Engels, Arabisch, Turks, Roemeens, Russisch, Pasjtoe, Pools, Albanees, Somalisch en Dari/Farsi.

Uitdagingen: Probeer op maat van de persoon die voor je zit de informatie in de brochure te kaderen of licht de brochure toe in het kader van andere acties.

Meer info: Download deze brochure via www.vad.be, klik op de rubriek materialen en filter je zoekopdracht naar de doelgroep 'Etnisch-culturele minderheden' of gebruik de zoekbalk.

Tags: bereik, (geestelijke) gezondheidszorg, preventie, welzijnswerk, integratie-asielsector, MEM, brochure, taalondersteuning, VL

PRAKTIJKVERHAAL

Het belang van vertalingen

Uit de interviews blijkt dat Franstalige hulpverleners vaak brochures gebruiken om hun boodschap over te brengen. Taal blijft cruciaal om bepaalde groepen van MEM te bereiken:

“ Er zijn heel wat tools om te werken rond schadebeperking (...) maar vaak enkel in het Nederlands en Frans. Heel wat MEM hebben een te beperkte kennis van deze talen om met de tools aan de slag te gaan. ”

De geïnterviewde professionals proberen hier op verschillende manieren mee om te gaan: tools laten vertalen of samen werken met zelforganisaties⁵ waar de gevraagde talenkennis aanwezig is. Eén van de respondenten wees op het belang van de vertrouwensrelatie met de persoon of organisatie die de vertaling op zich neemt. De respondent doet enkel een beroep op vertalers die hij kent en vertrouwt om zeker te zijn dat de boodschap overkomt zoals bedoeld:

“ De eerste brochure die ik heb laten vertalen in het Turks, heb ik aanvankelijk niet gebruikt omdat ik niet helemaal zeker was of de vertaling op een goede manier is gebeurd. Aangezien ik het Turks niet machtig ben, heb ik gezocht naar iemand die ik volledig en absoluut kan vertrouwen om de brochure te valideren. Als ik nu een brochure laat vertalen naar het Arabisch of Pasjtoe, kan ik er dankzij mijn vertrouwen in de vertalers van op aan dat alles in orde is. ”



2 Drugpreventie bij jongeren met een migratieachtergrond

Wat? Je wilt in jouw regio of in de buurt van jouw organisatie de maatschappelijke problemen, het middelengebruik of gokken en de contextuele oorzaken ervan in kaart brengen. Het draaiboek ‘Drugpreventie bij jongeren uit etnisch-culturele minderheden’ is gebaseerd op de *Rapid Assessment* methode en ondersteunt je bij het ontwikkelen, plannen en uitvoeren van preventieactiviteiten.

Hoe? Gebruik het draaiboek voor het uitvoeren van een lokale verkenning en het opzetten van preventieve acties. Er zijn een veertigtal ondersteunende documenten (vragenlijsten, handleidingen, rasters, procesevaluatie...) beschikbaar om de lokale verkenning uit te voeren. In dit draaiboek wordt verwezen naar deze (downloadbare) documenten. Er worden ook een aantal *evidence-based* interventies beschreven.

5. Zelforganisaties: alle voorzieningen voor en door migranten opgericht. Pauwels, K. & Deschamps, L. (1991). Eigen organisaties van migranten. C.B.G.S. – werkdocument, nr. 74. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.

Deze worden aangevuld met een overzicht van de preventieactiviteiten die in de drie pilootregio's zijn uitgevoerd.

Uitdagingen: Tracht op zoek te gaan naar partners en fondsen om mee samen te werken zoals (zelf)organisaties die mogelijks andere signalen opvangen dan jouw eigen organisatie.

Meer info: Download dit draaiboek via www.vad.be, klik op de rubriek materialen en filter je zoekopdracht naar de doelgroep 'Etnisch-culturele minderheden' of gebruik de zoekbalk.

Tags: bereik, welzijnswerk, MEM, draaiboek, VL, preventie



3

Tuppercare (homeparties)

Wat? Je wilt het drugthema op een laagdrempelige manier bespreekbaar maken binnen een vertrouwde omgeving. Dit kan bij iemand thuis zijn of op een vertrouwde ontmoetingsplek. De sleutelfiguren die als vrijwilligers (*adviseurs*) deze voorlichtingsbijeenkomsten organiseren, hebben doorgaans zelf een migratieachtergrond.

Hoe? Organiseer, met behulp van het draaiboek, 'homeparties' en ga de uitdaging aan om moeilijk bereikbare MEM in jouw regio te bereiken. Het draaiboek geeft concrete handvaten voor het opzetten, uitvoeren en evalueren van een *homeparty*.

Uitdagingen: Vrijwilligers hebben heel wat inhoudelijke en andere ondersteuning nodig. Tracht daarom *Tuppercare* in te bedden in een bredere vrijwilligerswerking zoals bijvoorbeeld die van (sociaal) adviseurs, een plaatselijke moskeewerking of jeugdhuis.

Meer info: Het draaiboek *Homeparty* vind je via www.docplayer.nl. Ook Vormingplus Antwerpen, Stad Gent en CAD Limburg zetten in op homeparty's als preventiemethodiek. De Antwerpse adviseurs kan je contacteren via www.vormingplusantwerpen.be.

Tags: bereik, (geestelijke) gezondheidszorg, preventie, welzijnswerk, MEM, draaiboek, participatieve gemeenschapsgerichte werking, VL

PRAKTIJKVERHAAL**Vrijwilligers met een uniek bereik via hun informeel netwerk**

Tijdens infomomenten in het Marokkaanse of Turkse verenigingsleven bereikten we bijna uitsluitend mannen. Door de keuze voor *homeparties* met vrijwilligsters met een Marokkaanse en Turkse migratieachtergrond bereikten we ook deze doelgroep. Enkele vrijwilligers zijn uitgegroeid tot echte sleutelfiguren: ze hebben een uniek bereik via hun informeel netwerk. De betrokkenheid van de vrijwilligers heeft er zelf voor gezorgd dat sommigen verdere studies in de sociale sector hebben aangevat (CGG VAGGA).

**4 Preventie voor asielaanvragers**

Wat? Je wilt (al dan niet als begeleider in een asielcentrum) middelengebruik bespreekbaar maken bij asielaanvragers.

Hoe? Gebruik één of meerdere methodieken uit de toolkit van de map 'Een alcohol- en drugbeleid in opvangcentra voor asielzoekers' of laat je inspireren.

- **Workshop affiches**

Educatieve activiteiten in de organisatie dragen bij tot een open gesprekscultuur waarbij alcohol en drugs uit de taboesfeer worden gehaald. Organiseer een workshop met jongeren uit jouw organisatie. Creëer met de jongeren een nieuwe affiche rond alcohol en drugs, speciaal gemaakt voor jullie organisatie, met beelden die voor de jongeren herkenbaar zijn.

- **Infosessie voor volwassenen**

Bevorder productkennis bij mensen met minimale kennis van de Nederlandse taal en maak drugs en verslaving bespreekbaar. Ga in gesprek met behulp van een illustratieve PowerPointpresentatie. Geef elkaar informatie over de verschillende middelen, de effecten en risico's, de Belgische wetgeving en de verschillen en gelijkenissen in de herkomstlanden van de deelnemers.

- **Wat is verslaving?**

Samen bekijken en bespreken van 'Nuggets', een kort en niet-talig filmpje dat het proces van verslaving verbeeldt.

– **Drugrace: spel voor jongeren**

Drugrace is een interactief bordspel waarbij jongeren informatie krijgen over alcohol, drugs, gamen en gokken, leren omgaan met groepsdruk en situaties leren beoordelen. Het spel werkt vooral met beelden om tegemoet te komen aan de minder talige doelgroep. Je speelt het spel met 2 teams van minimaal 2 en maximaal 5 jongeren tussen de 15 en 18 jaar.

– **Omgaan met groepsdruk**

Groepsdruk kan ervoor zorgen dat men slechte gewoontes overneemt, zoals het gebruik van alcohol en illegale middelen. Het is daarom belangrijk dat vooral jongeren de effecten van groepsdruk goed kunnen inschatten. Hoe vanzelfsprekend is alcoholgebruik bijvoorbeeld? Dit is een methodiek voor een groep van minimum 5 jongeren. De deelnemers ervaren zelf groepsdruk en gaan daarmee aan de slag.

– **Opvoedingsondersteuning**

Het doel is dat ouders zich bewust zijn van verschillende preventieve mogelijkheden om niet-gebruik te stimuleren en de beginleeftijd van gebruik uit te stellen. Ouders voelen zich gesterkt in hun opvoedende rol ten aanzien van middelengebruik. Deze drie thema's komen op een interactieve manier aan bod: signalen van gebruik herkennen, communicatie en grenzen stellen.

Uitdagingen: Er kan een taalbarrière zijn, wat een uitdaging kan zijn om de methodiek toe te passen. Probeer op voorhand te weten te komen welke talen de deelnemers verstaan en doe een beroep op een vertaler indien nodig. Verder kan het een uitdaging zijn om asielzoekers te motiveren om begeleiding te aanvaarden en deel te nemen. Vaak is praten over hun verblijfsdocumenten prioritair.

Meer info: Download deze toolkit via www.vad.be, klik op de rubriek materialen en filter je zoekopdracht naar doelgroep 'Etnisch-culturele minderheden' of gebruik de zoekbalk.

De handleiding is te vinden in de toolkit (methodieken) en in het tweede deel van de map 'Een alcohol- en drugbeleid in opvangcentra voor asielzoekers'.

Tags: bereik, integratie-asielsector, asielaanvragers, erkende vluchtelingen, educatief materiaal, spel-materiaal, audiovisueel, VL, preventie



5

Opvoedingsondersteuning

Wat? Je wilt de opvoedingsvaardigheden van ouders versterken zodat ze mee het gebruik van tabak, alcohol en drugs van hun kinderen kunnen voorkomen of uitstellen.

Hoe? Gebruik de zeven geëvalueerde methodieken ontwikkeld door VAD in samenwerking met het Vlaams Instituut Gezond Leven die geschikt zijn voor diverse MEM:

– **Tieners opvoeden over alcohol, roken en cannabis**

Deze brochure geeft informatie en advies voor ouders van jongeren met een migratieachtergrond. Ouders krijgen in een notendop enkele tips over hoe ze hun zoon of dochter kunnen leren om verantwoordelijk om te gaan met tabak, alcohol en drugs. De brochure is beschikbaar in het Nederlands, Frans, Engels, Arabisch en Turks.

– **Driedaagse opvoedingscursus over tieners en tabak, alcohol en drugs**

De cursus voor ouders (van jongeren van 12 tot 16 jaar) met een migratieachtergrond duurt drie halve dagen (3 x 3 uur). Je kan gebruikmaken van de PowerPointpresentatie die de rode draad vormt van de cursus.

– **Werkboekje: Tabak, alcohol en drugs. Hoe kan jij je kind ondersteunen?**

Wat moet je als ouder weten over drugs? Hoe praat je met je tiener? Hoe kan je grenzen stellen? Het werkboekje bevat heel wat herkenbare quotes en voorbeelden. Er is ook ruimte voorzien om notities te nemen.

– **Ouders uit etnisch-culturele minderheden aan het woord**

Ouders van tieners met diverse migratieachtergronden vertellen hoe zij tabak, alcohol en drugs aanpakken in de opvoeding. De montages zijn opgedeeld in vier thema's: uitspraken over praten met je kind, grenzen stellen, opvolging en voorbeeldgedrag. Daarnaast is er ook een algemene montage waarin de vier thema's samen aan bod komen. Er zijn ook montages beschikbaar waarin alleen Afrikaanse ouders aan het woord zijn. Je kan deze montages gebruiken als ijsbreker bij een vorming, als voer voor discussie, om een bepaald thema aan te kaarten of als intermezzo. Ze zijn beschikbaar met ondertitels in drie talen: Nederlands, Frans en Engels.

– **Eénmalige vorming: Als Kleine Kinderen Groot Worden**

Tijdens deze interactieve vorming krijgen ouders tips om tabak-, alcohol- en ander druggebruik bij hun kinderen te helpen voorkomen of uitstellen. Een vormingsmap biedt preventiewerkers, opvoedingsondersteuners en andere professionals een leidraad bij het organiseren van die vorming. Er zijn twee aparte leidraden beschikbaar voor Marokkaanse ouders en voor Turkse ouders. Als extra materiaal zijn er ook brochures en postkaarten met een kort overzicht van de belangrijkste punten uit de vorming.

– **Filmpjes: Als Kleine Kinderen Groot Worden – ondertiteld**

Deze filmpjes hebben ondertitels in het Nederlands, Frans, Engels, Spaans, Russisch, Pools en Roemeens. Het draaiboek voor de vorming en de bijhorende materialen zijn te bestellen via de VAD-website.

– **Grand Temptationz: omgaan met tabak, alcohol, drugs en andere verleidingen binnen de opvoeding**

Een nepdocumentaire of *mockumentary* met de titel ‘Grand Temptationz’ biedt ouders steun in het aangaan van een gesprek over druggebruik. Dit materiaal is beschikbaar in het Nederlands, Frans en Engels.

– **Praatcafé over opvoeding, tabak, alcohol en drugs voor etnisch culturele minderheden**

De methodiek wil een discussie tussen de aanwezige ouders onderling op gang trekken. Het inlevingsvermogen van de ouders in de situatie van de jongere wordt gestimuleerd. Daartoe wordt gebruik gemaakt van stellingen, gebracht als sketches gemaakt door jongeren onder begeleiding van een toneelregisseur. Een handleiding van deze methodiek is beschikbaar in het Nederlands, Frans en Engels.

– **Route 12+, opvoedspel over tabak, alcohol en drugs voor etnisch culturele minderheden**

Route 12+ is een interactief spel waarbij dialoog, discussie en het voeren van groepsgesprekken centraal staan. Dit spel bestaat uit fotomateriaal en spelkaarten in de taal van de groep. De spelkaartjes zijn vertaald van het Nederlands naar het Frans, Engels, Arabisch, Turks, Russisch, Pools, Roemeens en Spaans.

– **Les over tabak, alcohol, drugs en opvoeding voor inburgeraars**

De leidraad vormt een bijlage bij de vorming van VAD 'Als Kleine Kinderen Groot Worden', zodat deze aan de inburgeraars kan worden gegeven. In deze leidraad staan extra tips over het gebruik van de verschillende methodieken, in de context van een inburgeringstraject. Organiseer of geef deze les van circa twee uur voor inburgeraars. Deze les kan ook gegeven worden binnen de lessen Maatschappelijke Oriëntatie. Je kan het materiaal (PowerPointpresentatie, leidraad en filmpjes) downloaden in het Nederlands, Frans, Engels, Spaans, Russisch, Pools en Roemeens.

Uitdagingen: Het activeren van ouders die het al druk hebben met allerlei andere zaken kan het een hele uitdaging zijn. Probeer de doelgroep warm te maken door te denken aan de omkadering: voorzie een hapje en een drankje, organiseer op een gemakkelijk bereikbare locatie en nodig hen uit met een bericht dat hen echt aanspreekt.

Meer info: Download al deze materialen via www.vad.be, klik op de rubriek materialen en filter je zoekopdracht naar doelgroep 'Etnisch-culturele minderheden' of gebruik de zoekbalk.

Tags: bereik, (geestelijke) gezondheidszorg, welzijnswerk, MEM, educatief materiaal, spelmateriaal, audiovisueel, brochure, taalondersteuning, VL, preventie

PRAKTIJKVERHAAL

Ouder zijn in een nieuw land

Waalse hulpverleners gaven tijdens de interviews aan dat er vaak spanningen zijn tussen ouders en kinderen omdat ouders het moeilijk hebben met de culturele verschillen in opvoedingsstijl.

Sommige respondenten geven aan dat heel wat ouders die beseffen dat hun kinderen het moeilijk hebben toch geen professionele hulp zoeken:

“ Het is een taboe in de gemeenschap om toe te geven dat er een probleem is, laat staan om hulp te gaan zoeken. ”

Het is belangrijk om de angsten en moeilijkheden van ouders niet te onderschatten aangezien deze een invloed hebben op de hulpvraag en preventie complexer maken:

“ Ouders doen vaak lange tijd alsof ze de problemen niet zien. Ze veronderstellen dat de problemen uit zichzelf zullen verdwijnen. Maar in plaats van preventief op te treden, zoeken ze pas een oplossing als de situatie onhoudbaar wordt. Dus vandaar (...): het probleem is dat ze vaak te laat zijn. ”



6

Mind-Spring© en andere psychosociale ondersteuning voor vluchtelingen

Wat? Mind-Spring© is een psycho-educatief groepsaanbod van enkele sessies voor vluchtelingen en migranten in de eigen taal. Het doel is om de mentale weerbaarheid te verhogen vanuit de eigen kracht. In sessie 3 ‘Omgaan met stress’ komen ook alcohol-, druggebruik en gokken beperkt aan bod door het thema bespreekbaar te maken, de problematiek te leren (h)erkennen, door het te benoemen en de nodige informatie te bezorgen (folders van VAD).

Care4refugees.org is een website met twaalf ademhalings- en ontspanningsoefeningen in tien verschillende talen (Pasjtoe, Arabisch, ...). Ze kunnen zowel gelezen als beluisterd worden. Bovendien is de website gebruiksvriendelijk en gratis.

Hoe? Verwijs asielaanvragers, erkende vluchtelingen en MEM door naar het plaatselijk CAW of vraag zelf na waaruit het Mind-Spring© aanbod in jouw buurt bestaat. Verwijs door naar *care4refugees.org* of geef hen een flyer (deze kan afgedrukt of gedownload worden via smartphone). Men kan er zelf mee aan de slag maar je kan deze oefeningen ook gebruiken in jouw begeleiding.

Uitdagingen: Motivatie en toeleiding van de doelgroep kan een uitdaging zijn. Een voorwaarde voor deelname aan Mind-Spring© is dat de persoon kan functioneren in groep (en dus geen zware psychologische problemen heeft). Mind-Spring© is enkel preventief en omvat geen therapeutisch aanbod.

Meer info:

Ga naar www.caw.be en klik op de rubriek ‘Hoe wij helpen’, dan op ‘Preventie’ en vervolgens op ‘Mind-Spring’.

Ga naar www.care4refugees.org om ademhalings- en ontspanningsoefeningen en de bijhorende infolyer (in het Nederlands, Frans en Engels) te downloaden.

Download via www.pharos.nl de voorlichtingsfolder ‘Als je stress hebt, veel denkt en slecht slaapt’. Typ in de zoekbalk ‘voorlichting vluchtelingen’. De folder is herzien voor

vluchtelingen in verschillende talen (Engels, Arabisch, Farsi en Tigrinya), maar is ook geschikt voor anderen met vragen over stressklachten.

Tags: bereik, (geestelijke) gezondheidszorg, welzijnswerk, integratie-asielsector, asielaanvragers, erkende vluchtelingen, educatief materiaal, taalondersteuning, VL

PRAKTIJKVERHAAL

De meerwaarde van groepsessies voor vluchtelingen

Mind-Spring® is een psycho-educatief groepsaanbod voor vluchtelingen, ontwikkeld in Nederland door Paul Sterk. Het programma verhoogt de mentale weerbaarheid vanuit de eigen kracht en helpt om uitdagingen in de toekomst aan te pakken. De groep wordt in de eigen taal begeleid door een speciaal daarvoor opgeleide ervaringsdeskundige Mind-Spring-trainer en een professional uit de sociale, medische, onderwijs- of andere sector die hiertoe een opleiding tot Mind-Spring co-begeleider volgde. Mind-Spring is toegankelijk en laagdrempelig omdat het plaatsvindt in de eigen contacttaal. Het groepsgebeuren zorgt ervoor dat eigen problemen gerelativeerd worden door het contact met anderen. Ga op zoek naar het aanbod in jouw buurt via www.caw.be.



7 Vroeginterventie via groepswerking voor jonge druggebruikers

Wat? In het project ‘Vroeginterventie via groepswerking’ werd een interventie ontwikkeld om jongeren die riskant middelen gebruiken inzicht te geven in hun gebruik en hen te motiveren om hun gedrag te veranderen.

Hoe? Verwijs jongeren uit MEM door naar het vroeginterventieaanbod. De interventie is kort (3 à 5 sessies), afgebakend qua inhoud en daardoor meer aanvaardbaar voor de jongere dan een klassieke behandeling. Voor heel wat jongeren is dit aanbod voldoende om het gebruikspatroon te veranderen. Als groepsdeelname niet mogelijk of niet aangewezen is – bijvoorbeeld omwille van beperkte verbale mogelijkheden – krijgt de jongere een individuele interventie op maat. Er wordt nauw samengewerkt met personen in de omgeving die de signalen van riskant gebruik opmerkten en doorverwezen.

Uitdagingen: Het bereiken van MEM-jongeren vanuit het vroeginterventieaanbod is niet altijd eenvoudig. Taal, motivatie en lage betrokkenheid van de ouders kunnen net zoals bij andere doelgroepen een rol spelen. Je kan contact opnemen met de vroeginterventiebegeleiders om hier samen een antwoord op te zoeken.

Meer info: Het vroeginterventieaanbod vind je via www.vad.be in de rubriek doorverwijsgids. Klik hiervoor op 'Vroeginterventie'. Voor elk aanbod kan je zien rond welke thema's gewerkt wordt en voor welke leeftijdsgroep het aanbod beschikbaar is. Je kan ook contact opnemen met het plaatselijk Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) om het aanbod in jouw buurt te leren kennen. Op www.vad.be vind je het draaiboek om zelf een vroeginterventieaanbod voor jongeren met riskant middelengebruik op te starten.

Tags: bereik, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, MEM, draaiboek, educatieve methodiek, draaiboek, VL

3. (Drug)hulpverlening en schadebeperking

3.1 Microniveau: (drug)hulpverlener – cliënt

3.1.1 Aandacht voor diversiteit in de zorgrelatie

“ De belangrijkste uitdaging in de zorg is het creëren van vertrouwen. Vertrouwen ligt aan de basis van goede communicatie. ” (een Vlaamse hulpverlener)

We trappen een open deur in, maar de hulpverlener-cliëntrelatie staat of valt bij vertrouwen. Vanuit het oogpunt van de (drug)hulpverlener kan werken met migranten en etnische minderheden soms een uitdaging lijken. Door je open, authentiek en reflexief op te stellen en alle relevante achtergrondkenmerken van de cliënt mee te nemen in het gesprek, kan je bijdragen aan retentie, therapietrouw en een meer succesvolle hulpverlening (24) (50-52).

“ Ook hulpverlening is cultureel gekleurd. Het model van westerse hulpverlening is op zich niet cultureel neutraal. De wijze waarop hulpverleners verwachten dat hulp wordt gezocht – maar ook waar en op welke manier is cultureel bepaald. De relatie tussen hulpverlener en cliënt wordt in de westerse hulpverlening opgevat als een persoonlijke, vertrouwelijke overdrachtsrelatie (Gailly, 2008). Dit wordt door hulpverleners vaak als vanzelfsprekend gezien, terwijl het dat niet voor iedereen is. ” (Jalhay et al., 2016, p. 25) (24)

In dit onderdeel vind je inspirerende praktijken die je als (drug)hulpverlener kan toepassen om beter om te gaan met het doelpubliek.



8

Cultural Formulation Interview (CFI)

Wat? Je wilt weten of en hoe cultuur invloed heeft op belangrijke aspecten van het klinisch beeld van je cliënt en wil dit bespreekbaar maken.

Hoe? Gebruik het CFI-basisinterview dat bestaat uit zestien vragen tijdens een intakegesprek in de geestelijke gezondheidszorg of drughulpverlening. Maak gebruik van één (of meerdere) van de twaalf aanvullende modules om dieper in te gaan op bepaalde domeinen zoals het sociaal netwerk. Gebruik de handleiding ‘Cultureel interview met ouders’ (gebaseerd op het CFI) met richtvragen en thema’s om gezinscultuur met ouders bespreekbaar te maken.

Uitdagingen: Rohlof en collega’s (53) benadrukken de nood om bij het CFI ook aandacht te hebben voor andere aspecten die zowel klinisch als voor het hulpzoekgedrag relevant zijn:

- de sociale perceptie van mentale problematieken en hulpzoekgedrag;
- ervaringen met discriminatie;
- slechte ervaringen in de zorg en de invloed daarvan op het individu;
- migratie-ervaringen;
- religieuze en spirituele aspecten;
- genderaspecten;
- cultuur als proces in de plaats van een statisch gegeven.

Meer info: Download het CFI-instrument via www.dsm-5.nl en typ in de zoekbalk ‘cultural formulation interview’. Download de handleiding ‘Cultureel interview met ouders’ via www.detouter.be, klik op ‘kleurrijke maatzorg’, dan op ‘werkinstrumenten’ en vervolgens op ‘hulpverlening’.

Tags: *retentie, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, MEM, erkende vluchtelingen, screeningsinstrument, VL*

PRAKTIJKVERHAAL

Communicatie met de familie

“ Wij brengen de zaken [bij de familie] toch ook nog net iets anders aan: we vertellen dan eerder in de parabelstijl. Daardoor viseren we de persoon niet rechtstreeks.

Je kent bijvoorbeeld een verhaal van een derde persoon, en vertelt dan dat het zus of zo is gelopen. Iedereen weet dan wel over welke persoon het gaat maar hij wordt niet benoemd en dat geeft veel meer ingang [voor familie en hulpverlener]. ”

(een Vlaamse hulpverlener)



9

Ecogram

Wat? Je wilt de sterktes en zwaktes van het sociaal netwerk samen met een cliënt visueel in kaart brengen. Je wilt identificeren welke relaties in de leefomgeving van belang zijn en welke nog versterkt kunnen worden. Door dit te bespreken wordt er niet alleen gefocust op problemen maar ook op de positieve relaties.

Hoe? Gebruik het ecogram in de zorgverlening bij migranten en etnische minderheden om (de aard van) familiale en andere banden in kaart te brengen.

Uitdagingen: Probeer familiale banden bespreekbaar te maken en na te gaan of en hoe die banden hinderend dan wel steunend kunnen zijn.

Meer info: Download de handleiding via www.kennisplein.be en typ in de zoekbalk 'Ecogram'.

Tags: *retentie, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, MEM, screeningsinstrument, VL*

Werken met familie

KRITISCHE NOOT

Indien de (potentiële) cliënt binnen de familie met stigma geconfronteerd wordt, kan het voor de cliënt haalbaarder zijn om 'maar' 6 weken in opname te gaan in de plaats van langere tijd. Binnen de familie wordt dan wel eens een andere verklaring gegeven voor de afwezigheid van het familielid of de cliënt kan er zelf voor kiezen om aan de periode van afwezigheid een andere invulling te geven naar de buitenwereld toe.

“ Vandaar dat we minder MEM in de TG [Therapeutische gemeenschap] zien. De MEM die zich wel in een TG laten opnemen, kunnen vaak geen beroep meer doen op familie (bruggen lijken verbrand) of maar heel beperkt (bv. enkel partner die nog wil investeren). Het sociaal netwerk bij deze MEM in de TG is dus vaak heel erg ingeperkt. ”

(een Vlaamse hulpverlener)



10 Bijzonderheden binnen het gezin in kaart brengen

Wat? Je wilt culturele bijzonderheden van het gezin van een cliënt in kaart brengen.

Hoe? Gebruik de ‘checklist voor cultuursensitieve zorg’ om zicht te krijgen op de rollen en gezinsstructuur, de migratiegeschiedenis, de opvoeding en waarden en normen, de kijk op de hulpverlening, de taal en de communicatie en het sociaal netwerk van een cliënt.

Uitdagingen: Tracht op voorhand goed met de cliënt te overleggen over wat het doel is van deze checklist in het kader van jouw hulpverlening zodat de cliënt er mee op vertrouwt dat dit bij zal dragen aan zijn of haar proces.

Meer info: Download de ‘checklist voor cultuursensitieve zorg’ via www.detouter.be, klik op ‘kleurrijke maatzorg’, dan op ‘werkinstrumenten’ en vervolgens op ‘hulpverlening’.

Tags: *retentie, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, MEM, screeningsinstrument, VL*

PRAKTIJKVERHAAL

Reflecteren over vooronderstellingen

Atlas, integratie en inburgering Antwerpen ondersteunt organisaties die willen inzetten op diversiteit. Tijdens een van de begeleidingen kreeg een coach (die door ons bevraagd werd in een interview) een vraag over hoe om te gaan met mannelijke cliënten die geen vrouwelijke hulpverlener wilden.

Wanneer deze vraag van dichtbij werd bekeken, merkten de coach en de hulpverlener samen op dat het ging om een cliënt met acute ontwenningverschijnselen. Eerder dan geen contact te willen met een vrouwelijke hulpverlener, leek de cliënt op zoek te gaan naar zwakke punten bij de hulpverlener om het eigen probleem te ontwijken.

Door als hulpverlener reflexief met de situatie om te gaan en in directe dialoog te gaan met de cliënt kon enerzijds de onderliggende vraag van de cliënt beter beantwoord worden en voelde de hulpverlener zich niet langer bedreigd in haar identiteit als vrouwelijke professional.

In het boek ‘Bouwstenen voor cultuursensitieve zorg- en welzijnsorganisaties’ lezen we dat het van belang is jezelf als hulpverlener onbevangen de vraag te kunnen stellen naar wat de cliënt jou écht vertelt (Jalhay, 2016, p. 26) (24). Door gerichte vragen te stellen kan je polsen naar het hele verhaal.



11 Gezondheidszorg per verblijfsstatuut

Wat? Je wilt te weten komen welke regeling, wat betreft (de betaling van) medische zorgverlening, voor een persoon met een bepaald verblijfsstatuut, van toepassing is. Je wilt jouw cliënt doorverwijzen en inlichten over zijn of haar rechten.

Hoe? Ga na voor jouw cliënt wat mogelijk is qua medische zorgen en de betaling hiervan en breng hem of haar hiervan op de hoogte.

Meer info: Ga naar www.medimmigrant.be, typ in de zoekbalk ‘verblijfsdocumenten’ of klik op ‘Gezondheidszorg per betalingsregeling’ en je vindt informatie betreffende de mogelijkheden tot begeleiding voor jouw patiënt. Klik op ‘publicaties’ en je vindt fiches betreffende de terugbetaling van medische kosten bij MEM (‘Info fiches. Verblijfsdocumenten en ten laste name van de medische kosten’) en boekjes met algemene informatie over gezondheidszorg voor mensen in een preciaire verblijfssituatie (Boekjes ‘Het systeem van gezondheidszorg in België: goed om weten’).

Ga naar www.agii.be, klik op ‘sociaal en medisch’ en vervolgens op ‘Wie betaalt welke medische kosten?’.

Tags: *toegankelijkheid, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, welzijnswerk, integratie-asielsector, asielaanvragers, erkende vluchtelingen, personen zonder wettige verblijfsdocumenten, professionals in de zorg, VL, BRU, WAL*



12 Casusondersteuning en expertisedeling bij het werken met erkende vluchtelingen



Wat? Je wilt als professional uit de gezondheidszorg of welzijnssector (casusgebonden) ondersteuning met betrekking tot het begeleiden van erkende vluchtelingen.

Hoe? Doe een beroep op de casusondersteuning die enkele Vlaamse CCG’s bieden of deel als hulpverlener of als organisatie jouw expertise over MEM met andere hulpverleners of organisaties. Maak afspraken rond deze doelgroep, zowel intern als met andere hulpverleners/organisaties.

Uitdagingen: Het is een uitdaging om met beperkte permanente middelen deze werking uit te bouwen. Voor dergelijk project is een (project)team nodig.

Meer info: In de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg vond het 'project vluchtelingen' plaats, waardoor expertisedeling rond dit thema en samenwerkingsverbanden meer aandacht kregen. Dit project heeft plaatsgevonden in CGG Andante en CGG Vagga (regio Antwerpen), CGG De Pont (regio Mechelen) en in CGG Noord West-Vlaanderen. In CGG Kempen en CGG Mandel & Leie (Zuid West-Vlaanderen) is dit project geïntegreerd in het reguliere aanbod.

Ga naar www.health.belgium.be en typ in de zoekbalk 'overzicht GGZ aanbod voor vluchtelingen en asielzoekers' om casusondersteuning in jouw buurt te vinden.

Tags: bereik, toegankelijkheid, retentie, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, welzijnswerk, professionals in de zorg, VL

PRAKTIJKVERHAAL

Groeiende samenwerkingsverbanden

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid voorzag financiële middelen om geestelijke gezondheidsexpertise binnen te brengen bij professionals die werken met vluchtelingen. Zo kon de doelgroep van erkende vluchtelingen relatief snel instromen in de geestelijke gezondheidszorg, waar deze doelgroep voordien niet bereikt werd. Naast het leren kennen van de noden van deze doelgroep, zo vertelt een professional werkzaam in een CCG, ging men meer en meer stilstaan bij de impact van migratie in andere dossiers.

Daarnaast groeide de samenwerking met andere diensten zoals het OCMW, het sociaal huis, het wijkgezondheidscentrum en met de brugfiguren. De samenwerking met deze diensten bracht nieuwe expertise en netwerken binnen in het CCG (een Vlaamse hulpverlener).



13

MEM begeleiden en middelengebruik bespreken

Wat? Je wilt als begeleider in een OCMW of asielcentrum, als huisarts of als drughulpverlener middelengebruik bespreekbaar maken, problemen inschatten en werken aan verandering.

Hoe? Gebruik de methodieken uit deze toolkit of laat je erdoor inspireren. De toolkit werd ontwikkeld voor gebruik in opvangcentra voor asielzoekers maar de methodieken zijn ook bruikbaar in andere settings en bij MEM in het algemeen.

– **ASSIST**

Het *evidence-based* screeningsinstrument ASSIST bestaat uit acht hoofdvragen waarmee je als arts of andere hulpverlener eenvoudig en snel een inschatting kan maken van de ernst van het alcohol- of druggebruik van de cliënt. Via de website van de Wereldgezondheidsorganisatie is de vragenlijst te vinden in het Nederlands, Arabisch, Chinees, Frans, Duits, Hindi, Perzisch, Portugees, Spaans en Vietnamees (www.who.int).

– **Kortdurende interventie (aansluitend bij ASSIST)**

Met de kortdurende *evidence-based* ASSIST-interventie koppel je de screeningscore terug naar de cliënt. De interventie is geschikt voor cliënten met een matig risico en voor cliënten bij wie je een mondelinge screening hebt uitgevoerd. Je kan de cliënt ook begeleiden bij het ontwikkelen van zelfhulpstrategieën. Download de volledige methodiek via www.who.int.

– **CRAFFT**

Het *evidence-based* screeningsinstrument CRAFFT bestaat uit negen vragen om een inschatting te maken van de ernst van het gebruik van een jongere (12-21 jaar). Dit is een cultuursensitieve screeningsmethodiek. De vragenlijst is beschikbaar in het Nederlands, Engels, Chinees, Haitiaans Creools, Hebreeuws, Frans, Japans, Khmer, Loatiaans, Portugees, Russisch, Spaans, Turks en Vietnamees via www.crafft.org.

– **Levenslijn**

Je probeert in gesprek met de cliënt meer zicht te krijgen op het bredere verhaal rond het middelengebruik. Je toont interesse in zijn of haar afkomst, leefwereld en de persoon achter het gebruik. Door te vragen of hij of zij de info op een levenslijn kan zetten, breng je het gebruik op een veilige manier ter sprake en hou je rekening met de grenzen van jullie groeiende vertrouwensband. Je leert hem of haar er beter door kennen, je ontdekt welke bagage hij of zij meedraagt, maar ook wat zijn of haar sterktes zijn om met deze bagage vooruit te komen.

– **Welke middelen ken ik?**

Je praat met een open en geïnteresseerde houding over verschillende middelen die jouw cliënt kent. Samen brengen jullie in kaart welke middelen hij of zij kent en eventueel gebruikt. Dit gebeurt aan de hand van afbeeldingen en foto's.

– **Voor- en nadelenbalans**

Door oog te hebben voor de voor- en nadelen van middelengebruik, toon je begrip voor de situatie van jouw cliënt. Je erkent dat er wel degelijk positieve effecten zijn bij gebruik en dat stoppen niet altijd gemakkelijk is. Na de voor- en nadelen af te wegen, gaan jullie samen op zoek naar alternatieven. Omdat deze gedachten en gevoelens soms moeilijk te verwoorden zijn als iemand de taal niet kent, worden pictogrammen gebruikt om deze te uiten.

– **MMM-inschatting**

Je probeert in gesprek met de cliënt zicht te krijgen op hoe riskant zijn of haar gebruik is, wat, hoe vaak en hoeveel hij of zij gebruikt, maar ook in welke mate zijn of haar gebruik een impact heeft op verschillende levensdomeinen. Met behulp van vragen uit het MMM-model krijg je er een beter zicht op. Het middelengebruik staat immers nooit op zich en wordt steeds beïnvloed door zowel het middel, de mens (de gebruiker) en zijn of haar milieu. Deze factoren kunnen de cliënt extra kwetsbaar maken voor de negatieve gevolgen van zijn of haar gebruik.

– **Wondervraag**

Je probeert samen met de cliënt stil te staan bij wat hij of zij nu echt wil. Hierdoor vergroot je zijn of haar motivatie om te werken aan verandering. De cliënt zoekt naar wat voor hem of haar een gewenste situatie is. Het perspectief verschuift van de negatieve problemen die hij of zij ervaart naar een positief toekomstbeeld. Dit versterkt het vertrouwen in verandering, geeft de cliënt hoop en zicht op een daadwerkelijke aanpak.

– **Trappenvraag**

Samen met de cliënt ga je op zoek naar wat hij of zij belangrijk vindt en wat hij of zij wil bereiken. Je komt te weten of hij zijn gebruik wil stoppen of enkel wil minderen. Samen werken jullie een veranderplan uit. Door met een trap te werken wordt de oefening visueel duidelijker.

– **Verkorte BackPAC**

In BackPAC begeleid je jongeren die experimenteren met alcohol of cannabis, rekening houdend met hun specifieke persoonlijkheidskenmerken. Samen gaan jullie op zoek naar hun type persoonlijkheid en bijhorende manieren om met moeilijke situaties te leren omgaan. Ze leren hun automatische gedragingen kennen, ze

leren deze uit te dagen en alternatieven aan te wenden. Deze methodiek bevat twee inleidende filmpjes en ondersteunende pictogrammen.

Meer info: Download deze methodieken via www.vad.be, klik op de rubriek materialen en filter je zoekopdracht naar doelgroep 'Etnisch-culturele minderheden' of gebruik de zoekbalk om de map 'Een alcohol- en drugbeleid in opvangcentra voor asielzoekers' te vinden en te downloaden. De methodieken zijn te vinden in de toolkit.

Tags: bereik, welzijnswerk, integratie-asielsector, asielaanvragers, erkende vluchtelingen, screeningsinstrument, taalondersteuning, VL



14

Toegankelijke zorg voor Roma: tips & tricks

Wat? Je wilt werken aan kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorg voor Roma door aandacht te hebben voor diversiteit en de randvoorwaarden voor goede zorg te versterken.

Hoe? Gebruik deze brochure om een overzicht te krijgen van de drempels die Roma ervaren in de eerstelijnsgezondheidszorg. Kom tips en tricks te weten om de zorg voor Roma toegankelijker te maken. Deze brochure werd (in samenwerking met UGent) ontwikkeld voor Gentse hulpverleners in de eerstelijnszorg maar is ook bruikbaar in andere sectoren.

Uitdagingen: Een complex verblijfsstatuut of een acuut geldgebrek kan voor deze doelgroep een grote drempel betekenen en er bijvoorbeeld voor zorgen dat men niet bij de hulpverlening aanklopt. Flexibel omgaan met weerstand en samen oplossingen zoeken is dan ook een must.

Meer info: Ga naar www.pigmentzorg.be en typ in de zoekbalk 'zorg voor Roma'.

Tags: toegankelijkheid, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, Roma, professionals in de zorg, brochure, VL

3.1.2 Taalondersteuning en bemiddeling

Vanuit het oogpunt van de cliënt met een migratieachtergrond kan het om diverse redenen (taal, vertrouwen, negatieve ervaringen in de zorg in het land van herkomst, etc.) moeilijk zijn om zich open te stellen in of voor de (drug)hulpverlening.

Taal- en cultuurverschillen kunnen een rol spelen (54). In dit onderdeel vind je inspirerende praktijken, tools en methodes om aan de noden van jouw cliënt tegemoet te komen.

Op de website www.integratie-inburgering.be maakt de Communicatiewaaijer je, met behulp van handige tools en infosheets, wegwijs in de verschillende mogelijkheden om taaldrempels te verkleinen.

PRAKTIJKVERHAAL

Taal hoeft geen barrière te zijn

Vzw Katarsis (residentiële verslavingszorg in Genk) zet sinds 2011 in op diversiteit in de organisatie. Een belangrijke factor daarbij is uiteraard taal. Het programma vertalen voor de cliënten of delen van de website vertalen in de talen die veel lokale MEM spreken of goed verstaan, kan bijdragen aan het bereiken van de doelgroep. Een respondent gaf tijdens de interviews aan dat taal niet per definitie een barrière in de residentiële zorg hoeft te zijn indien er voldoende op alternatieve groeps- en andere methodieken wordt ingezet.

Heel wat respondenten in de interviews benadrukten ook de nood aan kortdurende residentiële crisis programma's zonder wachtlijsten en zonder taalvereisten. Zo biedt de zorgafdeling van het Antwerps Drug Interventie Centrum (ADIC) een kortdurend crisisprogramma aan voor mensen met een middelenproblematiek die dringende psychosociale of medische begeleiding nodig hebben. Cliënten hoeven hier geen Nederlands te spreken.



15

Interculturele bemiddeling



Wat? Je wilt aan de slag gaan met de taalbarrière en socio-culturele barrières in de context van de hulpverlening oplossen. Door het werken met een bemiddelaar streef je mee naar een toegankelijke zorg met gelijke kwaliteit voor iedereen (55).

Hoe? Werk samen met een intercultureel bemiddelaar om communicatie te faciliteren bij hulpverlening aan MEM. Raadpleeg een coördinator interculturele bemiddeling voor bijstand bij het uitwerken van een diversiteitsbeleid (bv. door het identificeren en inventariseren van drempels,...).

Uitdagingen: Een valkuil kan zijn dat de taakomschrijving of het mandaat van de bemiddelaar voor een van de partijen onduidelijk is. Werken met een bemiddelaar zorgt er ook voor dat je meer tijd moet vrijmaken voor een consultatie.

Meer info: Ga naar www.health.belgium.be en gebruik de zoekbalk met de zoekterm 'interculturele bemiddeling'. In 2018 werd gestart met interculturele bemiddeling via videoconferentie bij wijkgezondheidscentra, 'klassieke' huisartsenpraktijken, medische diensten van opvangcentra en Dokters van de Wereld. Ga bij deze (lokale) diensten of een ziekenhuis na of ze ondersteuning kunnen aanbieden bij het communiceren of misschien kan je gebruik maken van hun diensten.

Tags: *toegankelijkheid, retentie, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, MEM, professionals in de zorg, taalondersteuning, VL, BRU, WAL*

Belang van financiering

KRITISCHE NOOT

Algemene en psychiatrische ziekenhuizen kunnen jaarlijks een aanvraag indienen bij de FOD Volksgezondheid voor de financiering van een intercultureel bemiddelaar of coördinator interculturele bemiddeling. Andere zorginstellingen kunnen deze financiering (nog) niet krijgen en kunnen dus geen beroep doen op face-to-face interculturele bemiddeling. Heel wat zorginstellingen kunnen wel gebruik maken van interculturele bemiddeling op afstand (via videoconferentie of telefoon). Ga in de Communicatiewaaijer na op welke diensten jouw organisatie recht heeft.

PRAKTIJKVERHAAL

Een bemiddelaar, meer dan een tolk

“ Een bemiddelaar of een tolk inschakelen, is altijd de beslissing van de hulpverlener, niet de keuze van de patiënt. Het verschil is dat een bemiddelaar meer doet dan een tolk, omdat er ook culturele duiding bijkomt via voor- en nagesprekken met hulpverleners. Bemiddelaars bieden taalondersteuning, bijstand en begeleiding. Tegelijk

kunnen ze ook tolken zoals sociaal tolken. Bemiddelaars mogen daar in tegenstelling tot tolken hun interpretatie aan toevoegen. ”

“ De meerwaarde van interculturele bemiddeling situeert zich op verschillende vlakken. Om te beginnen al hoe ze verbale en non-verbale communicatie kunnen duiden. Soms heeft een hulpverlener niet door dat in een bepaalde cultuur zogenaamd ‘ja’ of ‘nee’ knikken iets heel anders kan betekenen. Een bemiddelaar hertaalt dat. Daarnaast is het zo dat we een hele goede gezondheidszorg hebben, maar laagdrempelig is het systeem niet. Heel wat patiënten uit kansengroepen hebben de ins en outs niet helemaal door. De bemiddelaar neemt dan met toestemming van de hulpverlener de tijd om op maat van de zorgvrager het gezondheidszorgsysteem uit te leggen. ”

Hamida Chikhi, coördinator van het team Intercultureel Bemiddelaars van vzw Foyer in Brussel en bestuurder van het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Brussel. Lees het volledige interview (28 juni 2019) op de website www.zorgandersnieuws.be.



16 Vertaling en interpretatie in de Brusselse sociale sector



Wat? SeTIS Bruxelles ondersteunt een betere communicatie tussen enerzijds actoren in de publieke en non-profitsector en anderzijds personen met een migratieachtergrond die de Franse taal niet of onvoldoende beheersen. Op die manier draagt SeTIS bij aan het verhogen van de toegang tot de zorg voor onder meer mensen met een precair verblijfsstatuut (asielaanvragers, mensen zonder papieren, erkende vluchtelingen). SeTIS ondersteunt ook uitwisseling tussen buitenlandse professionelen.

Hoe? *SeTIS Bruxelles Formation en droits des étrangers* biedt onder meer vorming in ziekenhuizen aan asiel en ondersteuning bij het werken met tolken. Daarnaast kan de non-profitsector ook terecht bij SeTIS voor tolken.

Uitdagingen: De organisatie wil niet alleen vertaling aanbieden maar hulpverleners ook helpen bij het identificeren van vooroordelen. Het is dan ook van belang dat de hulpverlener een gedegen opleiding krijgt voor hij of zij aan de slag gaat met tolken.

Meer info: Ga naar <http://www.setisbxl.be>

Tags: toegankelijkheid, retentie, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, welzijnswerk, MEM, professionals in de zorg, taalondersteuning, BRU



17 Sociaal tolken en vertalen



Wat? Je wilt de taalbarrière in de context van de hulpverlening overbruggen. Sociaal tolken en vertalers zetten een boodschap zo getrouw en volledig mogelijk om naar een andere taal. Ze werken in opdracht van een hulpverlener of een ambtenaar.

Hoe? Doe een beroep op de sociaal tolkendienst indien er geen bemiddelaar beschikbaar is. Bij hen kan je een (sociaal) tolk reserveren. De meeste (sociaal) tolken werken face-to-face, maar anderen werken ook via videoconferentie of via telefoon.

Uitdagingen: Sociaal tolken zijn beperkt tot het volledig omzetten van mondelinge boodschappen van bron- naar doeltaal op neutrale en getrouwe wijze. Zij doen dus niet aan bemiddeling, in tegenstelling tot interculturele bemiddelaars. Maak afspraken met de tolk voor het gesprek start om misverstanden te vermijden. Het kan een uitdaging zijn om de nodige financiële middelen te bekomen voor het gebruik van een tolk. Informeer je over sociale tolken in jouw buurt bij het Agentschap Inburgering en Integratie.

Meer info: Ga naar <http://www.integratie-inburgering.be/sociaal-tolken-en-vertalen> en gebruik de zoekbalk met de zoekterm 'sociaal tolken'.

Meer info over Babel, de gratis Vlaamse Tolkentelefoon, vind je via www.agii.be; typ in de zoekbalk 'op zoek naar een sociaal tolk'.

Tags: toegankelijkheid, retentie, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, welzijnswerk, MEM, professionals in de zorg, taalondersteuning, VL, BRU, WAL

PRAKTIJKVERHAAL

Uitdagingen bij het werken met een tolk

Een Vlaamse hulpverlener vertelde:

“ In ons centrum maken we gebruik van Babel, dat is een telefonische tolk. Voor de gangbare talen is dat eigenlijk geen probleem: je moet quasi niet op afspraak werken. Maar voor minder gangbare talen moet je toch wel op afspraak werken en dat is niet altijd even evident als je een publiek hebt dat niet zo afspraak vast is.

Je moet er ook als hulpverlener wat aan wennen [aan een tolk]. Want het is niet gemakkelijk met een tolk. Ik vind dat ook geen evidente gesprekken samen met een tolk. Ten eerste: het gaat niet vooruit (lacht), het gaat maar half zo snel vooruit dan je zou willen of zoals je het gesprek zou willen doen. Soms moet je ook heel gevoelige materie bespreken en dat is ook niet altijd evident met een tolk. ”

PRAKTIJKVERHAAL

Vertalen, meer dan alleen woorden

Sommige Franstalige respondenten werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg geven aan dat het handig is om zoveel mogelijk met dezelfde tolken te proberen werken:

“ Wanneer we een traject doorlopen met dezelfde tolk, dan kunnen we verder werken op basis van een vertrouwensrelatie. We kunnen niet bij elk gesprek van tolk veranderen. ”

De respondenten hebben ook aandacht voor de relaties tussen groepen die dezelfde taal spreken. Het is belangrijk dat er geen spanningen kunnen ontstaan tussen cliënt en tolk omwille van geopolitieke redenen:

“ Voor een cliënt afkomstig van Tsjetsjenië hebben we een beroep gedaan op een Russische tolk. Aangezien veel Tsjetsjenen in het verleden slecht behandeld zijn door Russen weigerde de cliënt samen te werken met de tolk. Toevallig werkte er bij ons een verpleger van Russische afkomst die al 20 jaar in België is en aangaf niets met het conflict te maken te hebben. Hij werd wel aanvaard door de cliënt. ”

Gelijkaardige situaties kunnen zich voordoen bij bijvoorbeeld personen met een Turkse, Bulgaarse, Pakistaanse, Afghaanse of andere migratieachtergrond. Zowel Nederlandstalige als Franstalige respondenten benadrukten dat een beroep doen op een gesubsidieerde tolk een administratieve belasting kan zijn. Het is dus van belang dat ook de organisatie administratieve ondersteuning biedt. Hulpverleners doen daarom bijvoorbeeld een beroep op collega's:

“ Soms hebben we geen andere oplossing, aangezien we geen tolken hebben, maar wel beschikken over een verpleger van Russische afkomst. Dat is sowieso ook makkelijker dan een tolk naar Brussel te laten komen die bovendien veel duurder is en in tegenstelling

tot de verpleger niet altijd beschikbaar. Daarom doen we indien mogelijk altijd eerst een beroep op onze interne capaciteit, zelfs indien dit niet altijd de beste oplossing is. ”

(een Franstalige hulpverlener)



18 Drugs ABC in your language

Wat? Je wilt de productkennis bij MEM verbeteren via meertalige, laagdrempelige info op De DrugLijn-website over alcohol, cannabis, gokken, slaap- en kalmeringsmiddelen, speed en cocaïne.

Hoe? Gebruik het drugs-ABC van De DrugLijn-website in het Frans, Engels, Albanees, Farsi, Pasjtje, Arabisch als ondersteuning bij consultaties, vormingen of gesprekken of verwijs ernaar bij anderstalige cliënten.

Meer info: Ga naar www.druglijn.be en gebruik de zoekbalk met de zoekterm 'talen'.

Tags: bereik, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, welzijnswerk, integratie-asielsector, taalondersteuning, MEM, professionals in de zorg, VL



19 Welkomstbrochure in pocket- en audioformaat



Wat? Je wilt de kennis over de dienstverlening bij personen met een migratieachtergrond verhogen.

Hoe? Deze welkomstbrochure werd ontwikkeld door migranten in het kader van een leertraject Frans. De brochure gaat in op verschillende thema's, zoals gezondheid en sociale bijstand. De brochure is vertaald in zeven talen, beschikbaar op papier en in audiovorm en heeft als doel personen wegwijs te maken in de verschillende (welzijns)diensten. De brochure is beschikbaar in het Arabisch, Russisch, Pools, Engels, Spaans, Albanees en Chinees.

Uitdagingen: Het kan een uitdaging zijn om de nodige betrokkenheid op het welzijns- en gezondheidssysteem te creëren wanneer iemand bijvoorbeeld nog niet zeker is of hij of zij in België zal kunnen blijven.

Meer info: Ga naar www.andenne.be.

Tags: bereik, toegankelijkheid, taalondersteuning, audiovisueel, brochure, MEM, toegankelijkheid, WAL

Meer dan taal en interculturaliseren alleen**KRITISCHE NOOT**

Heel wat Vlaamse hulpverleners merkten op dat taal vaak een exclusiecriteria voor opname in de drughulpverlening is. Een hulpverlener haalde tijdens een interview het volgende aan:

“ Groepstherapieën zijn in het Nederlands of in het Frans in het Franse taalgedeelte. De mensen moeten echt die taal spreken. Voor kortdurende programma's waar mensen een week tot tien dagen blijven en wat kunnen bekomen, gaat dat nog. Die zeggen: we kunnen u helpen in het Engels of zo. Voor die programma's is er nog wel een mogelijkheid om binnen te geraken. Mits goed onderhandelen lukt dat en als de mensen toch één van de reguliere talen nog spreken zoals Engels of Duits. ”

Een andere Vlaamse hulpverlener voegt eraan toe:

“ Sommige centra zeggen: als ze de taal niet spreken, kunnen wij ze niet opnemen. Punt. En er wordt totaal geen oplossing gezocht. Je blijft als hulpverlener of doorverwijzer helemaal machteloos achter. En er wordt ook totaal geen andere oplossing aangeboden. Niets. Je moet het zelf maar oplossen. Stel je voor dat je zelf op een spoedafdeling terecht komt en men je niet wil opnemen omdat je geen Nederlands spreekt. Dat is hetzelfde gevoel. Het gaat echt om crisissen waar ik het over heb: mensen die het echt gewoon even niet meer kunnen en waarvan de familie het gewoon niet meer kan dragen. Die mensen zijn dan bereid om zich te laten opnemen, of hun partner te laten opnemen, maar afdelingen weigeren dan [. . .]. Dat kan ik niet uitgelegd krijgen aan mijn cliënten [. . .]. Dat is discriminatie en daar moeten we het ook over hebben. Het gaat niet alleen over interculturaliseren en over culturele verschillen. Het gaat over risicopatiënten, risicogevalen en risico situaties, over mensen die hulp nodig hebben. En dan is die cultuur of die religie misschien wel belangrijk, maar dat staat op de tweede plek voor hen, hoor. ”

Een derde hulpverlener vertelde:

“ Een psychiatrisch ziekenhuis zegt vaak meteen: niet Nederlandstalig? Neen. En de deur is dicht. Ik denk dan: komaan, luister en plan een intake. Laat die man eens komen. Ik heb zelf jaren residentieel gewerkt. Ik had daar altijd wel Franstalige mensen. Ik heb die mensen altijd gewoon in mijn groep gelaten. Ja, hoe deden wij dat? Nu vraag ik mij dat ook af, hoe heb ik dat gedaan? (lacht). Dat vertraagt uw groep, dat is een feit. En af en toe waren er mensen die geen Frans kenden die dat niet helemaal begrepen. Af en toe werd er dan vertaald [. . .]. Ik herinner mij dat ik al die jaren mijn plan daarin getrokken heb maar dat dat eigenlijk geen reden was om niet aan groepsgesprekken deel te nemen. En dan denk ik: in een psychiatrisch ziekenhuis hebt ge uw deel verbale therapieën en uw deel non-verbale therapieën. En dan denk ik van: ja, mensen komaan, zorg dan voor meer non-verbale therapieën. ”

3.2 Mesoniveau: werken aan diversiteit in de drughulpverlening

3.2.1 Ondersteuning bij het interculturaliseren van de organisatie

Als organisatie in de drughulpverlening kan je heel wat ondernemen om personen met een migratieachtergrond te bereiken en om zowel medewerkers als cliënten te ondersteunen bij het omgaan met diversiteit.

Guerrero, Fenick & Kong (56) definiëren dit type competentie op het niveau van de organisatie als “de erkenning en responsiviteit betreffende de noden van diverse doelgroepen” en verbinden hier de volgende doelen aan: “het verbeteren van de kwaliteit van zorg, de betrokkenheid van diverse cliënten in de zorg en het verminderen van gezondheidsongelijkheden”.

Jalhay en collega's (2016) (24) definiëren vier niveaus voor het werken aan een cultuur- of diversiteit sensitieve organisatie: **het organisatiebeleid, het personeelsbeleid, het aanbod en het bereik van doelgroepen**. Acties op deze niveaus kunnen bijdragen aan zowel een hoger bereik van migranten en etnische minderheden als een betere retentie en therapietrouw van de cliënten die jouw dienst bereiken.

Een belangrijke uitdaging bij het interculturaliseren van een organisatie is de gedragenheid van het thema bij het personeel en leidinggevendenden (56). Tracht een goede inschatting te maken van de weerstanden en mogelijkheden die bestaan en kies op basis daarvan een gepaste methode om aan de slag te gaan.

Geef als leidinggevende een duidelijk mandaat aan ‘diversiteitsambassadeurs’ zodat zij werk kunnen maken van duurzame veranderingen. Werk bijvoorbeeld volgens het principe van [veranderingsmanagement](#) (57).

PRAKTIJKVERHAAL

Interculturalisatieproces in OPZC-Rekem

Enkele jaren geleden zette het OPZC-Rekem in op interculturalisatie door een werkgroep transculturele psychiatrie op te richten. De aanpak, belangrijke uitgangspunten, uitdagingen, valkuilen en kritische succesfactoren worden beschreven op www.pigmentzorg.be en kunnen je inspireren bij het opzetten van een gelijkaardig traject. Gebruik de zoekbalk en de zoekterm ‘OPZC Rekem’.

Noot: De workshop transculturele psychiatrie wordt momenteel niet meer georganiseerd.



20

Reflectietool



Wat? Deze tool helpt zorg- en welzijnsorganisaties om een beleid uit te werken rond cultuursensitieve zorg. De tool zet in op vier dimensies: identiteit van de organisatie, medewerkers, aanbod en het bereik van de doelgroep. De tool zet aan tot nadenken over volgende vragen: Hoe speel je met je aanbod in op diversiteit? Hoe zorg je er vanuit het management voor dat een cultuursensitief beleid deel uitmaakt van het kwaliteitsbeleid van je organisatie? Hoe ga je als zorg- en welzijnsorganisatie om met superdiversiteit bij je cliënten?



Hoe? Gebruik de *quick scan* van de reflectietool om in kaart te brengen wat de belangrijkste drempels zijn in jouw organisatie. Met deze resultaten kan je (meer) draagvlak creëren in jouw organisatie en dit thema op de agenda zetten. De tool bevat ook een *full scan* en een inspiratielijst. Als organisatie kan je kiezen op welke dimensies je wil inzetten om te streven naar cultuursensitieve zorg.

Meer info: Download de reflectietool via www.vivosocialprofit.org. Gebruik de zoekbalk met de zoekterm 'tool bouwen aan cultuursensitieve zorg'.

Tags: bereik, toegankelijkheid, retentie, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, welzijnswerk, professionals in de zorg, screeningsinstrument, VL

PRAKTIJKVERHAAL

Verbeterde retentie bij MEM

Vzw Katarsis (residentiële verslavingszorg in Genk) zet sinds 2011 in op diversiteit in de organisatie. Er werd met steun van VIVO ingezet op het organisatiebeleid, het personeelsbeleid, de bewonersgroep en het aanbod. In het kader van het diversiteitsbeleid onderging Katarsis verschillende aanpassingen op organisatie- en hulpverlenersniveau en bouwde Katarsis ook cliëntparticipatie in voor de ontwikkeling van het diversiteitsbeleid. Er ging dus aandacht naar zowel het bewustzijn en de gevoeligheden bij collega's als bij de cliënten om gedragenheid rond het thema te creëren.

In 2019 werd een interne assessment van de aanpassing in het organisatiebeleid uitgevoerd om nieuwe prioriteiten te identificeren. Katarsis stelde ook een informatiebundel voor haar medewerkers samen met daarin *tips & tricks* voor transculturele communicatie. Bij Katarsis leidde dit alles tot een langere verblijfsduur in het programma (retentie) bij mensen met een migratieachtergrond.

Verder vertelden de mensen van Katarsis ook:

“ We hebben diversiteit altijd heel ruim gezien. Dus het gaat ook over LGBTQ: we hebben een genderwerking. Dus eigenlijk zit daar heel veel in. Het gaat over superdiversiteit dus niet alleen over cultuur, maar ook onder meer over geaardheid. We hebben bijvoorbeeld ook personeel nodig waarin de maatschappij een stukje terugkomt. Stom voorbeeld, we hebben alleen maar vrouwelijke intakekers, en ik kan me voorstellen dat als een moslimman hier binnenkomt, al gauw denkt: ja maar, ik vertel het tegen mijn eigen vrouw nog niet, dus waarom zou ik dat hier tegen een vrouw vertellen? Dus daar moet over nagedacht kunnen worden. ”



21 Advies en begeleiding



Wat? Je wilt vanuit jouw organisatie een vorming of training op maat volgen of advies en begeleiding krijgen. Het Kruispunt Migratie-Integratie ontwikkelt en verspreidt ondersteunende instrumenten en methodieken. Ook tracht het Kruispunt bruggen te bouwen tussen verschillende organisaties. Ook het *Centre Bruxellois d'Action Interculturelle* (CBAI) organiseert vormingen rond interculturelisering en kan organisaties begeleiden.

Hoe? Neem contact op met deze organisaties wanneer je (extra) advies en begeleiding wenst bij het intercultureliseren van jouw organisatie.

Meer info: Ga naar www.agii.be en gebruik de zoekbalk met de zoekterm 'interculturaliseren'.

Ga naar www.cbai.be en klik op 'vormingen' voor meer informatie over vormingen door het *Centre Bruxellois d'Action Interculturelle*.

Tags: bereik, toegankelijkheid, retentie, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, welzijnswerk, professionals in de zorg, consult organisatie, VL, BRU

PRAKTIJKVERHAAL

De instroom van MEM verdubbelde bijna

In het kader van Managers van Diversiteit 2007 ging De Kiem aan de slag met diversiteitsmanagement tussen 2007 en 2010. De organisatie stelde drie doelen: het beter bereiken en informeren van jongeren en ouders, vroegtijdige stopzetting van behandeling voorkomen door in te zetten op zelfredzaamheid en de volledige bewonersgroep en het personeel diversifiëren door de wederzijdse beeldvorming en communicatie te verbeteren (18) (59).

De Kiem zette verschillende samenwerkingsverbanden op en zette onder meer in op het Tuppercare-project (zie hoofdstuk 'Preventie'), sensibilisering van vaders, het vertalen van brochures en posters naar het Turks, Arabisch, Frans, Engels, het leggen van contacten met zelforganisaties, maandelijkse casusbespreking met intervisor en inbreng van een diversiteitsconsulente op personeelsvergaderingen.

Het opgestelde diversiteitsbeleid werd geëvalueerd en ingebed in de structurele werking van De Kiem. De instroom van mensen met migratieachtergrond in hun residentiële programma verdubbelde bijna van 6,5% naar 12% in vier jaar tijd, in 2010.



22 Stellingenspel



Wat? Je wilt het thema superdiversiteit in een team of groep bespreekbaar maken, de knelpunten in de organisatie detecteren en een actieplan opmaken.



Hoe? Met behulp van het 'Stellingenspel superdiversiteit in de organisatie' kan je samen met collega's knelpunten identificeren die zich situeren op structureel, personeels- en inhoudelijk niveau in jouw organisatie.

Meer info: Download het 'Stellingenspel superdiversiteit in de organisatie' via www.detouter.be, klik op 'kleurrijke maatzorg', dan op 'werkinstrumenten' en vervolgens op 'organisatie'.

Tags: toegankelijkheid, bereik, retentie, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, welzijnswerk, professionals in de zorg, spelmateriaal, screeningsinstrument, VL

PRAKTIJKVERHAAL

'Checklist Equity standards'

Een respondent vertelde tijdens een interview dat de Werelgezondheidsorganisatie een *migration diversity task force* ondersteunt die tools ontwikkelt voor diversiteit in de gezondheidszorg.

Zo werd de *Introductory Checklist Equity* ontwikkeld. Met deze Engelstalige tool kan je nagaan hoe goed jouw organisatiebeleid is afgestemd op kwetsbare groepen en hoe goed de zorg georganiseerd is om tot rechtvaardige en gelijkwaardige zorg voor iedereen te komen. Het doel van de *migration diversity task force* is om instellingen een pakket

aan te bieden waarmee men echt aan de slag kan gaan en om een forum te bieden aan vooral ziekenhuizen om over het thema in dialoog te gaan.



23 Meetinstrument interculturalisering



Wat? Je wilt meten waar de organisatie staat op vlak van interculturalisering. Het doel is om een concreet plan van aanpak met acties uit te werken ter bevordering van de kwaliteit van een cultuursensitieve hulpverlening.



Hoe? Breng de interculturalisering in jouw organisatie in kaart op het niveau van de structuur, het personeel en de doelgroep. Je kan deze oefening alleen maken of meteen gedragenheid creëren door erover in dialoog te gaan met collega's. Op basis van deze inzichten kan je een actieplan voor de organisatie ontwikkelen.

Meer info: Download het 'Meetinstrument interculturalisering' via www.detouter.be, klik op 'kleurrijke maatzorg', dan op 'werkinstrumenten' en vervolgens op 'organisatie'.

Tags: toegankelijkheid, bereik, retentie, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, welzijnswerk, professionals in de zorg, screeningsinstrument, VL

PRAKTIJKVERHAAL

Kleine aanpassingen, groot verschil

Kleine aanpassingen kunnen soms een groot verschil maken. Zo paste vzw Katarsis (residentiële verslavingszorg in Genk) het groepsaanbod aan in functie van diversiteit. Daarnaast kan het aanbieden van aangepaste voeding, het bieden van bidmomenten op de kamer of het mogelijk maken van moskeebezoeken op vrijdag drempelverlagend werken voor moslims die religie belangrijk vinden. Je kan bijvoorbeeld aan de hand van het meetinstrument samen met collega's nagaan in welke mate er gedragenheid voor dit type veranderingen is.

Uit het PADUMI-onderzoek bleek dat zeker niet alle moslims per definitie religie als een helpende factor in het herstelproces ervaren. Het is dan ook van belang om het gesprek daarover aan te durven gaan met de cliënt (43). Een Waalse hulpverlener vertelt op zijn beurt:

“ De noodzaak om geen veronderstellingen te hebben betreffende de religie van de patiënt geldt voor alle doelgroepen, niet alleen voor patiënten die moslim zijn. Een psychiater vertelde ons dat sommige patiënten zich slachtoffer voelen van hekserij, daar waar anderen afkomstig uit dezelfde regio aangaven dat hekserij geen impact heeft op hun leven. ”

Het is dus belangrijk om dergelijke thema's aan te snijden met de cliënten. Een van de geïnterviewde Waalse artsen suggereerde om zich te informeren en de cliënt op een empathische en nieuwsgierige wijze te bevragen.

“ Het is nog iets dat moeilijk is, namelijk dat je toch ook wat nieuwsgierig moet zijn naar wat in andere culturen gebeurt. Je moet veel lezen en vaak vragen aan mensen: 'Tiens, hoe gebeurt dat bij jullie?'; anders vind je bepaalde zaken vreemd die eigenlijk normaal zijn. ”

Omgekeerd kan je ook vooronderstellingen hebben over culturele gebruiken die helemaal niet kloppen of onbelangrijk zijn voor de cliënt die voor jou zit.



24 Competentieprofiel



Wat? Je wilt medewerkers aantrekken die kunnen omgaan met diversiteit binnen de doelgroep.

Hoe? Gebruik deze checklist voor het opmaken van nieuwe vacatures of tijdens een intervisie met hulpverleners. Kom zo te weten in welke mate een medewerker beschikt over de competentie 'Omgaan met diversiteit binnen de doelgroep'. Deze tool kan ook voor zelfontwikkeling gebruikt worden.

Meer info: Download het 'Competentieprofiel dagcentrummedewerker' en het 'Competentieprofiel contextbegeleider' via www.detouter.be, klik op 'kleurrijke maatzorg', dan op 'werkinstrumenten' en vervolgens op 'werknemer'.

Bekijk ook de 'checklist voor een leesbare vacature' om diverse medewerkers aan te trekken via www.hrwijs.be en typ in de zoekbalk 'leesbare vacature'.

Tags: toegankelijkheid, retentie, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, welzijnswerk, professionals in de zorg, screeningsinstrument, VL



25

Drempelmeter



Wat? Met de drempelmeter kan je een beeld krijgen van hoe toegankelijk een organisatie is voor kwetsbare groepen, waaronder migranten en etnische minderheden. Zo kunnen drempels of knelpunten in een organisatie in kaart gebracht worden die mensen tegenhouden om gebruik te maken van het aanbod.

Hoe? De drempelmeter bestaat uit een vragenlijst én een materialenbox met literatuur, die gratis te downloaden zijn. Voor Hasseltse organisaties en verenigingen kan een expert ondersteuning op maat geven bij de verdere stappen.

Uitdagingen: Draagvlak creëren bij collega's voor het werken aan de toegankelijkheid voor kwetsbare doelgroepen kan een uitdaging zijn.

Meer info: Ga naar www.hasselt.be en gebruik de zoekbalk met de zoekterm 'drempelmeter'.

Tags: toegankelijkheid, retentie, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, welzijnswerk, professionals in de zorg, screeningsinstrument, consult organisatie, VL

3.2.2 Outreach en samenwerkingsverbanden

Als de doelgroepen niet door de organisatie bereikt worden, is het van belang dat de organisatie toenadering zoekt tot de doelgroepen (59). Zo kan je als organisatie duurzame samenwerkingsverbanden aangaan met naburige (zelf)organisaties of organisaties die de doelgroep wel bereiken. Vooral voor de meest kwetsbare mensen en voor personen waarbij sprake is van sociaal isolement, is het van belang outreachend te werken (10).

PRAKTIJKVERHAAL

Netwerken versterken door samen te werken

Het project Medibus in Charleroi groepeert verschillende verenigingen die preventief werken en faciliteert de samenwerking op dat vlak. In het mobiel dokter cabinet kunnen personen met lage toegang tot de reguliere zorg terecht. Een deelnemer aan het project vertelde tijdens een interview:

“ We kennen elkaar vrij goed binnen het netwerk, maar zodra we echt zijn gaan samenwerken op het terrein, hebben we onze samenwerking heel erg versterkt. Hoe beter je elkaar kent, hoe beter je elkaars sterke punten kent. Dit laat toe om makkelijker een beroep te doen op elkaar zodat, als een case wat buiten mijn competentiegebied valt, ik even een belletje doe en vraag of mij te helpen. ”

Meer info vind je hier: www.sida-charleroioms.be



26 Reach out!



Wat? Je wilt MEM-doelgroepen bereiken die je niet of onvoldoende in jouw organisatie ziet. Door te werken in hun leefwereld kunnen het aanbod en de werking beter aansluiten bij hun specifieke context en behoeften en kan de drempel naar het vragen van ondersteuning worden verlaagd.

Hoe? Start met outreach in jouw organisatie wanneer je merkt dat bepaalde MEM-groepen moeilijk worden bereikt. Beslis samen met collega's in welke mate je dit duurzaam kan integreren in jouw organisatie (bv. occasioneel of als vast onderdeel).

Het praktijkboek 'Reach Out!' van Sandra Beelen en collega's (59) kunnen je hierbij op weg helpen. In dit boek staan de auteurs stil bij de betekenis van outreachend werken, de competenties van een outreacher en zijn of haar mandaat binnen en buiten de organisatie.

Meer info: Ga naar www.kennisplein.be en gebruik de zoekbalk met de zoekterm 'outreach' en klik op 'meer weten' om artikels, tools, publicaties, vraag & antwoord en externe links over outreach terug te vinden.

Tags: bereik, toegankelijkheid, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, welzijnswerk, MEM, professionals in de zorg, VL

PRAKTIJKVERHAAL**Outreach bij methadonverstrekking**

Een surveyrespondent werkzaam in een methadonprogramma gaf aan dat de dienst geconfronteerd werd met illegale opkopers (soms onder dreiging) van methadon door Russisch sprekende heroïne gebruikers. Outreachers benaderden deze personen met de vraag om in het reguliere programma te stappen. De deelnemers van het lopende programma werden ondersteund in het weigeren van de verkoopsvraag. Uiteindelijk resulteerde dit in de deelname van deze groep gebruikers aan het reguliere aanbod. (een Vlaamse hulpverlener)

PRAKTIJKVERHAAL**Outreachend netwerken**

Een CGG-medewerker vertelde tijdens de interviews dat actief netwerken buiten de organisatie en ten rade gaan bij sleutelfiguren in de gemeenschappen een grote meerwaarde waren voor het CGG en haar werking. Zo kwam het CGG in contact met voor hen minder gekende diensten zoals brugfiguren, 'toeleiders' in diversiteit, tolken, wijkgezondheidscentra of reeds gekende diensten (consulenten OCMW) met nieuwe deelwerkingen. Zo konden de partners actief uitwisselen over elkaars werking, doorverwijzen, samenwerkingsafspraken maken en gedifferentieerde afstemming voor de cliënten mogelijk maken. Het CGG kon op die manier cliënten sneller en doelgerichter laten instromen voor traumahulpverlening en doorverwijzen naar andere partners met betrekking tot andere levensdomeinen (wonen, school, vrije tijd).

Mobiele teams van de toekomst?**KRITISCHE NOOT**

Een Vlaamse hulpverlener aan het woord:

“ We [CGG] zijn ongelofelijk beperkt momenteel door een enorme instroom van mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben, maar waar therapeutisch niet zoveel resultaat mee valt te behalen en die ook nergens anders heen kunnen om het oneerbiedig te zeggen. Dat is een ongelofelijke uitdaging momenteel. Onze wachtlijsten lopen op tot periodes die eigenlijk niet meer verantwoord zijn. En om dan [in die werkcontext] te zoeken naar methodieken om nieuwe doelgroepen aan te boren, ja dat staat niet echt bovenaan de agenda. En dat is spijtig. Maar ik denk dat het idee van die mobiele teams wel goed is: stel dat je een paar van die mobiele teams aan de Rode Kruis of in de Fedasil werking zou kunnen zetten, voor vroegdetectie, dat zou fantastisch zijn. Maar de mobiele teams zijn sowieso momenteel ook onderbemand om de klassieke populatie te bedienen... ”



27

PACCT®: Psychiatry Assisting the Cultural diverse Community in creating healing Ties

Wat? Je wilt een cliënt begeleiden met behulp van een outreachende, aanklappende, empowerende methodiek met respect voor cultuurverschillen. Solentra heeft de PACCT®-methode ontwikkeld om de psychische hulpverlening toegankelijker en efficiënter te maken voor vluchtelingen en migranten. Deze methode bestaat uit community-based (CBC) en/of ethnotherapeutische consultaties (ETC).

Hoe? CBC's zijn rondetafelgesprekken met alle betrokkenen, waaronder het cliëntensysteem. Dit heeft tot doel de hulpvraag te verduidelijken of te creëren om te komen tot een gedeelde probleemomschrijving én oplossing, die gedragen wordt door heel het systeem. Binnen dit gebeuren speelt Solentra de rol van mediator.

ETC's bestaan uit transculturele psychologische begeleiding. Een belangrijke basis-attitude hierbij is de (h)erkenning van de last, maar tevens van de veerkracht van deze mensen.

Meer info: Ga naar www.solentra.be en klik op 'expertisecentrum' om een handleiding van de PACCT®-methode te downloaden.

In Brussel begeleidt het Franstalig centrum 'D'ici et d'Ailleurs vzw' ook ethnotherapeutische consultaties en bemiddelingsmissies. Hierbij wordt gefocust op individuele, familie- en/of sociale aspecten en wordt de link gelegd met voor de cliënt herkenbare verklaringsmodellen. Ga naar www.dieda.be voor meer info.

Tags: bereik, retentie, (geestelijke) gezondheidszorg, MEM, erkende vluchtelingen, VL, BRU



28

Transit: laagdrempelige onvoorwaardelijke opvang

Wat? Transit voorziet opvang in Brussel voor druggebruikers die moeilijk of geen toegang tot andere diensten vinden omwille van hun psycho-medische of sociale situatie.

Hoe? Transit biedt onvoorwaardelijke laagdrempelige opvang (gratis, weinig exclusiecriteria) waaronder dag- en nachtopvang gedurende dertien dagen, psychische, medische en sociale ondersteuning en doorverwijzing op basis van specifieke behoeftes en toegang tot steriel injectiemateriaal. Talen: Frans, Engels, Nederlands en Spaans.

Uitdagingen: Overbevraging van de diensten omwille van het ontbreken van gelijkaardige initiatieven in België is een uitdaging voor Transit. Daarenboven vormt het precaire verblijfstatuut van het doelpubliek een barrière die ervoor zorgt dat men weinig toekomstperspectief heeft. Het gevolg daarvan is dat sommige druggebruikers Transit zien als een eindstation terwijl men er eigenlijk slechts een tijdelijke oplossing kan bieden.

Meer info: Ga naar www.transitasbl.be, klik op ‘resources’ en vervolgens op ‘documents internes’.

Tags: toegankelijkheid, laagdrempelig, universeel, BRU

Belang van financiering

KRITISCHE NOOT

Tijdens het PADUMI-onderzoek (10) verklaarde een hulpverlener in de residentiële drughulpverlening dat de organisatie – wegens besparingen – geen outreacher meer in dienst kan houden. Het directe gevolg was dat de organisatie minder cliënten met een migratieachtergrond aantrok. Het aantal cliënten met een migratieachtergrond daalde verder op het moment dat brugorganisatie vzw De Eenmaking in 2012 werd opgedoekt.

Verschillende sleutelfiguren erkenden op hun beurt het belang van outreachende brugorganisaties en outreachers voor toeleiding naar de drughulpverlening.

Een van de aanbevelingen in het PADUMI-onderzoek was dan ook de financiering van outreachers in residentiële settings (p. 254) en het versterken van banden tussen socio-culturele, welzijns- en gezondheidsgerichte outreachers (p. 259) (www.belspo.be).



29 Samenwerken in netwerken



Wat? De toegang van MEM tot diensten in de gezondheidszorg en de specifieke drughulpverlening kan verbeterd worden door structureel samen te werken. Zo werden in het kader van Artikel 107 van de ziekenhuiswet in heel België een 20-tal netwerken opgericht die enerzijds organisaties in de drughulpverlening en bredere geestelijke gezondheidszorg met elkaar verbinden en anderzijds netwerken die de uiteenlopende organisaties waarmee één cliënt in contact komt, met elkaar verbinden met het oog op zorgcontinuïteit. In deze netwerken is ook samenwerking met asielcentra en zelforganisaties mogelijk voor toeleiding naar de juiste zorg.

Hoe? Ga binnen jouw lokaal netwerk op zoek naar nieuwe partners die in contact komen met en/of expertise hebben met kwetsbare personen met een migratieachtergrond zoals bijvoorbeeld asielcentra of zelforganisaties. Zo werd in het Franstalig landsdeel een partnerschap opgezet tussen de verenigingen *Diapason & Relais Santé de Charleroi*:

- **Diapason:** samenwerking met Fedasil en interculturele bemiddeling voor simultaanvertaling via internet. Doel is het verlenen van onvoorwaardelijke toegang voor druggebruikers, zelfs zonder zorgverzekering (voor mensen zonder papieren).
- **Relais gezondheid** heeft als doel om toegang te verlenen tot de dringende medische hulp, informatie voor patiënten betreffende dringende medische hulp te verstrekken, samenwerkingen met OCMW's op te zetten, te begeleiden, telefonisch samen te werken, te voorzien in medicatie en gratis consultatie indien men geen recht heeft op dringende medische hulp.

Uitdagingen: Je kan proberen om de doelstellingen van een bestaand netwerk te verruimen voor MEM-doelgroepen maar misschien is het noodzakelijk om een nieuw netwerk rond dit thema te creëren indien daar gedragenheid voor bestaat.

Meer info: Ga naar www.diapason-transition.be, www.relaisocialcharleroi.be. Vind de netwerken in jouw buurt via www.psy107.be. Bekijk zeker ook welke netwerken reeds bestaan en of je daar eventueel kan bij aansluiten.

Tags: bereik, toegankelijkheid, drughulpverlening, interculturele bemiddeling, WAL

PRAKTIJKVERHAAL

PAKT

Het PAKT is het netwerk GGZ voor volwassenen (artikel 107) in de regio Gent-Vlaamse Ardennen-Meetjesland. Veel respondenten tijdens de interviews gaven aan dat deze werking bijdraagt aan laagdrempelige zorg en zorgcontinuïteit. Op de website van PAKT staat het volgende te lezen: De netwerkpartners worden gebonden door een gezamenlijke streven om de zorg op een zodanige manier te (her)organiseren dat elke inwoner van het werkingsgebied, met een vraag of nood, toegang heeft tot de meest passende zorgvorm. Dit door het uitwerken van strategieën op basis van regio gebonden GGZ-noden. Gebaseerd op de 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg' dienen vijf functies gerealiseerd te worden:

1. activiteiten inzake preventie, promotie van GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling;
2. ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen;
3. revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie;
4. intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer opname noodzakelijk is;
5. specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is.

PRAKTIJKVERHAAL

Intervisietafels Verslaving & Migratieachtergrond in Gent

Omdat er binnen de drughulpverlening heel wat vragen bestaan met betrekking tot het optimaal bereiken van personen met een migratieachtergrond en over het kwaliteitsvol werken met deze mensen, organiseert Stad Gent intervisietafels voor hulpverleners in de groot-Gentse regio. Om dieper in te gaan op vragen, expertise uit te wisselen en samen te zoeken naar mogelijke oplossingen organiseert Stad Gent, in samenwerking met onder andere het Zorgcircuit Middelenmisbruik Oost-Vlaanderen, intervisietafels. Niet alleen drughulpverleners maar ook meer 'generieke' sociaal werkers met ervaring in het werken met personen die een migratieachtergrond worden betrokken.

3.3 Bruggen bouwen tussen de drughulpverlening en het brede welzijnswerk

Niet alleen de specifieke drughulpverlening, maar ook andere organisaties kunnen aan de slag gaan wat betreft de ondersteuning en doorverwijzing van migranten en etnische minderheden met een middelenproblematiek.

Heel wat organisaties identificeren bijvoorbeeld deze problematiek maar weten niet meteen bij wie ze daarmee terecht kunnen. Daarenboven is er vaak meer aan de hand dan alleen het probleemgebruik en hebben cliënten dus niet alleen een vraag voor de drughulpverlening maar hebben ze ook nood aan ondersteuning in andere levensdomeinen zoals werk of onderwijs.

Vanuit een herstelondersteunende visie en vermaatschappelijking van de zorg (44) (45) is het aangewezen dat er bruggen gebouwd worden tussen de specifieke drughulpverlening en het bredere welzijnswerk. In dit onderdeel vind je ondersteuning bij het ontwikkelen van een drugbeleid in het brede welzijnswerk.

Indien je vanuit het welzijnswerk samen met een cliënt een inschatting wilt maken van zijn of haar middelengebruik, erover wilt reflecteren of aan vroeginterventie wilt doen, neem dan een kijkje bij 'MEM begeleiden en middelengebruik bespreken' (p. 44).



30

Een alcohol- en drugbeleid in opvangcentra voor asielzoekers

Wat? Je wilt een alcohol- en drugbeleid ontwikkelen en inbedden in een opvangcentrum. Je wilt een brug slaan tussen de opvangsector en de alcohol- en drughulpverlening.

Hoe? Gebruik het draaiboek 'Een alcohol- en drugbeleid in opvangcentra voor asielzoekers', dat geschikt is voor zowel grotere opvangstructuren zoals de opvangcentra, als voor kleinere organisaties zoals de lokale opvang initiatieven. Ga na of de opvangstructuur in jouw buurt ook een alcohol- en drugbeleid heeft en maak bijvoorbeeld afspraken in verband met doorverwijzing.

Uitdagingen: Het is belangrijk om aandacht te hebben voor inbedding in de organisatie van het drugbeleid en dus ook collega's te sensibiliseren. Wanneer je als verantwoordelijke voor het drugbeleid de organisatie verlaat, besteed dan voldoende aandacht aan een volwaardige overdracht van je taken zodat het drugbeleid niet verwatert.

Meer info: Ga naar www.vad.be en gebruik de zoekbalk met de zoekterm 'asielcentra'.

Tags: bereik, integratie-asielsector, asielaanvragers, erkende vluchtelingen, draaiboek, VL

PRAKTIJKVERHAAL

Samenwerking CAD en asielcentrum

De Limburgse asielcentra werkten, met ondersteuning van CAD Limburg, een alcohol- en drugbeleid uit met behulp van het draaiboek 'Drugbeleid in asielcentra'. Naast een visie zijn hierin de uitgewerkte pijlers regelgeving, hulpverlening en structurele

maatregelen terug te vinden. In het kader van de pijler hulpverlening werden afspraken gemaakt tussen de sociale dienst, de medische dienst en CAD Limburg, onder meer omtrent het voorschrijven en verstrekken van methadon/subuxone.

Er werd afgesproken om een duidelijk onderscheid te maken tussen de centrumarts en de MSOC-arts die methadon en subuxone voorschriften opmaakt. De voorschriften worden voorzien door de MSOC-arts en de begeleiding wordt opgenomen door een MSOC-hulpverlener. De methadon of subuxone wordt afgehaald bij de apotheker. De centrumarts kan worden uitgenodigd op de methadonintervisie. Indien het centrum ervoor kiest zelf deze voorschriften te voorzien, dan kan er geen begeleiding zijn vanuit het CAD. (een Vlaamse hulpverlener)

3.4 Verbinding: MEM kunnen doorverwijzen naar de (drug)hulpverlening of de geestelijke gezondheidszorg

Respondenten in zowel het PADUMI- (middelengebruikers) (10) als het MATREMI-onderzoeksproject (professionelen) (www.belspo.be) gaven aan dat de eerste aan probleemgebruik gerelateerde hulpvraag of het eerste alarmsignaal vaak niet aan de specifieke drughulpverlening gericht is.

Zo is de kans groot dat iemand bijvoorbeeld bij een OCMW, een integratiedienst, een mutualiteit, een CAW of privépsycholoog aanklopt. Het is dan ook van belang om als hulpverlener alert te kunnen doorverwijzen, ook wanneer personen niet over verblijfsdocumenten beschikken.

In dit onderdeel krijg je informatie over organisaties waarnaar je kan doorverwijzen of organisaties die deze taak kunnen opnemen. Bij een goede doorverwijzing worden MEM ook (letterlijk) begeleid op weg naar deze organisaties of personen.



31

Gids en begeleiding voor een toegankelijke geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen in Brussel



Wat? Deze gids is gericht op eerstelijns werkers die vluchtelingen in het Brusselse willen doorverwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg. De daadwerkelijke doorverwijzing maar ook ondersteuning van vluchtelingen wordt uitgevoerd door Ulysse.

Hoe? Ulysse biedt opvang voor personen die immigreren, in transit zijn of in afwachting zijn van een verblijfstitel. Ulysse doet aan therapeutische opvolging, ondersteuning en oriëntatie van personen met Europese en andere migratieachtergronden.

Uitdagingen: De wijze waarop deze doelgroep opgevolgd wordt, is voor de geestelijke gezondheidszorg een grote uitdaging. Instroom van deze doelgroepen in de klassieke geestelijke gezondheidszorg is vaak geen evidentie.

Meer info: Ga naar www.ulyссе-ssm.be. De 'Guide sur l'accès à l'aide en santé mentale pour Personnes exilées en région bruxelloise' vind je via www.gams.be.

Tags: bereik, toegankelijkheid, (geestelijke) gezondheid, BRU



32 Mobiele begeleiding naar de drughulpverlening



Wat? Lama begeleidt personen met een migratieachtergrond naar de categoriale drughulpverlening en ondersteunt hen waar nodig.

Hoe? Dit netwerk verbindt verschillende diensten die de doelgroep kunnen helpen. Daarnaast beschikt Lama over een mobiel team en straathoekwerkers om asielzoekers te bereiken. Lama werkt samen met verenigingen die in contact komen met de doelgroep. Lama biedt ook vorming en intervisie met het oog op de ontwikkeling van nieuwe tools en interventie strategieën. Lama is vooral actief in Elsene, Anderlecht en Molenbeek.

Uitdagingen: Lama duidt een gebrek aan visie op het beleidsniveau en een gebrek aan financiële middelen voor innovatieve projecten aan als uitdagingen.

Meer info: www.projetlama.be

Tags: bereik, toegankelijkheid, drughulpverlening, BRU

PRAKTIJKVERHAAL

Toegang tot bestaande netwerken verbeteren

In Brussel begeleidt LAMA vzw druggebruikers op verschillende plaatsen waar zij zich bevinden. Deze praktijk vertrekt vanuit het principe dat, voor doelgroepen die zich in

een precare situatie bevinden, het noodzakelijk is dat ze effectief in contact komen met organisaties die hen kunnen begeleiden.

“ Er is geen onzichtbare hand die je zal leiden, aangezien de patiënt zich verloren waant. En dus heb je nood aan iemand naast de patiënt, die hem fysiek begeleidt naar het OCMW (...), de patiënt moet soms naar een apotheker, waarbij wij uitleggen wie de patiënt is, en hoe het zal werken bij de apotheker. Als de patiënt ergens wil slapen, aangezien het iemand zonder papieren is, hij het kraakpand moe is en naar een sociale dienst wil, dan kunnen wij hem begeleiden. ”

Om deze werkwijze te beschrijven gebruikt één van de praktijkwerkers de analogie met een 'fixer'. Een fixer is een lokaal persoon die in een moeilijk milieu optreedt als vertaler, gids en tussenpersoon naar de autoriteiten en de bevolking.



33 Medische hulp bij Dokters van de Wereld



Wat? Mensen die niet in het reguliere zorgcircuit geholpen kunnen worden, kunnen op verschillende locaties terecht voor medische en psychologische zorg.

Hoe? Verwijs door naar één van de initiatieven van Dokters van de Wereld indien jouw cliënt nergens (meer) terecht kan voor medische of psychologische zorg. Hieronder vind je een overzicht.

Vlaanderen:

- Antwerpen: COZO (Centrum voor Onthaal, Zorg en Oriëntatie) voor medische basiszorg, specialisten en sociale assistenten (voor re-integratie in het normale zorgsysteem);
- Oostende: CAW voor een dokter of psycholoog;
- Zeebrugge: parochiecentrum voor medische hulp;
- Brugge: Inloopcentrum 'T Sas voor medische hulp.

Regio Brussel:

- Athena centrum voor huisarts;
- Medibus, in samenwerking met Dune, centrum voor schadebeperking in precare situaties voor paramedische zorg door met een mobiele consultatie- en gespreksruimte voor mensen in nood die dakloos zijn, geen papieren hebben,

drugs gebruiken en sekswerk doen. Mensen die injecteerbare drugs gebruiken kunnen er terecht voor steriele naalden en specifieke zorgen;

- Humanitaire hub voor raadpleging verpleegkundige, medische en psychologische zorg, raadpleging vroedvrouw, distributie kleding en hygiënische producten, familiehereniging, administratief en sociaal advies en minderjarigen;
- CASO (centrum voor Onthaal, Zorg en Oriëntatie) voor vragen over toegang tot gezondheidszorg.

Wallonië:

- La Louvière: Dienstencentrum CPAS (OCMW) voor medische hulp;
- Namen: Le Blé en herbe voor medische en sociale hulp.

Meer info: Ga naar www.doktersvandewereld.be en klik op het menu. Klik vervolgens onderaan het menu op 'ik heb medische hulp nodig'.

Tags: bereik, toegankelijkheid, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, welzijnswerk, asielzoekers, personen zonder wettige verblijfsdocumenten, laagdrempelige hulpverlening, mobiele hulpverlening, VL, BRU, WAL

PRAKTIJKVERHAAL

Mobiele medische teams om personen in geïsoleerde situaties te bereiken

In de regio Charleroi zijn veel verengingen gevestigd in het stadscentrum. Deze diensten zijn slecht toegankelijk voor de druggebruikers die ver van het centrum wonen. De Medibus laat toe om deze doelgroep toch te bereiken. Zoals samengevat door een respondent werkzaam in een organisatie die deelneemt aan het project:

“ Een Medibus, een mobiele plaats ingericht als consultatieruimte om zorg te verlenen, laat toe om het centrum van Charleroi te verlaten. We weten dat een aantal doelgroepen omwille van verschillende redenen het centrum van Charleroi verlaten. (...) En wij kunnen met de Medibus, die doelgroepen ter plaatse opzoeken, een zorgaanbod aanbieden en ook nog eens aan schadebeperking doen. Het was niet specifiek de bedoeling om migranten te bereiken, maar we merken dat daar wel veel migranten wonen. ”



34 Begeleidings- en Liaisonsteam voor asielzoekers



Wat? EleA was een liaisonsteam dat de link tussen opvangcentra voor asielzoekers en het psychiatrische zorgaanbod legde. Dit team faciliteerde psychiatrische en geestelijke gezondheidszorg en richtte zich op zowel ambulante als residentiële zorg.

Hoe? Het mobiel team bestond uit twee personen (psycholoog en verpleger) die interventies uitvoerden in de opvangcentra voor asielzoekers (Fedasil, Rode Kruis en LOI) bij asielzoekers met psychiatrische en verslavingsproblemen. ELEA had ook als missie om interventies samen uit te voeren met deze structuren en om de expertise op te bouwen op het vlak van opvang en begeleiding (vertaling of organiseren van vertaling, kennis over asiel en trauma, de asielwetgeving, ethnopsychiatrie,...).

Uitdagingen: Ondanks het feit dat het project positief geëvalueerd is, heeft de subsidiërende overheid gevraagd om het project in een andere richting te laten evolueren.

Meer info: Je kan de brochure downloaden via www.cp-st-martin.be, typ in de zoekbalk 'EleA'.

Tags: toegankelijkheid, retentie, (geestelijke) gezondheidszorg, mobiel team, WAL

PRAKTIJKVERHAAL

De nood aan preconsultatie en bruggenbouwers voor asielzoekers

Het mobiel team liet toe om de asielzoekers te ontmoeten, maar maakte het ook mogelijk om te reflecteren over de meest adequate vorm van zorg, zonder teveel druk te leggen op bestaande diensten en zonder dat de patiënt zich moest verplaatsen. In de woorden van een respondent:

“ Iedereen ging naar centra van Fedasil en het Rode Kruis. Ze gingen ter plaatse (...), kwamen terug, we bespraken alles en dat liet toe om een eerste selectie te maken en om niet onmiddellijk iedereen te zien. Ik zag dus enkel degenen van wie we de indruk hadden dat een psychiatrische diagnose en misschien medicatie noodzakelijk was. Bovendien liet het mobiele team toe om de asielzoekers op te vangen voor de psychiatrische consultatie, wat de therapeutische relatie ten goede kwam. Hier kunnen wij uit leren dat voor bepaalde doelgroepen die zich in een precare situatie bevinden, zoals asielzoekers, dit soort van preconsultatie tijdens het eerste contact belangrijk is. ”

(een Waalse respondent werkzaam bij EleA)



35

POZAH: Psychiatrische Ondersteuning en Zorg voor Asielzoekers aan Huis



Wat? Volwassen asielzoekers (met hoge kans op erkenning), met ernstige psychiatrische problematiek, kunnen via POZAH specifieke en gespecialiseerde (residentiële) behandeling en zorg krijgen met het oog op een maximale integratie in de maatschappij. Een multidisciplinair team volgt de cliënt doorheen het psychosociaal zorg- en begeleidingstraject. Dit team bestaat uit een psychiater, psycholoog, maatschappelijk assistent, casemanager/tolk, verpleegkundige en ervaringsdeskundige. POZAH is ook gericht op het ondersteunen van het reguliere netwerk van zorgverstrekkers en -organisaties nadat deze mensen het ziekenhuis verlaten.

Hoe? Verwijs volwassen asielzoekers met ernstige psychiatrische problematiek, die niet in een regulier residentieel zorgtraject geraken, door naar POZAH. De cliënt wordt, na intake, residentieel opgenomen en na ontslag opgevolgd en ondersteund aan huis. POZAH is actief in Vlaanderen en Brussel. POZAH biedt ook coaching en vorming aan.

Uitdagingen: Het doorverwijzen naar reguliere zorg van deze doelgroep verloopt soms moeizaam (taal vormt een drempel, dus werken met tolken is nodig). Er is nood aan alternatieve behandelingen met nadruk op het aanleren van vaardigheden gezien het klassieke aanbod vaak ontoereikend is vanwege een te grote focus op taal. Asielzoekers wensen doorgaans eerst duidelijkheid en zekerheid over de asielpcedure, pas dan kunnen ze het trauma verwerken. Tot slot kan financiering vinden een uitdaging zijn. Dit project werd gefinancierd door het Fonds voor Asiel, Migratie en Integratie (AMIF).

Meer info: Ga naar www.alexiusgrimbergen.be en klik in het menu op 'zorgnetwerk' om de folder van POZAH te downloaden.

Tags: bereik, toegankelijkheid, retentie, integratie-asielsector, asielaanvragers, erkende vluchtelingen, VL, BRU



36

Draaiboek (zorg)netwerken



Wat? Je wilt een betere toegankelijkheid en een beter bereik van de drughulpverlening voor migranten en etnische minderheden. Je wilt hiervoor netwerken vormen met lokale zorg-, welzijns-, socio-culturele en andere relevante organisaties.

Hoe? Ga op zoek naar samenwerkingsverbanden met lokale actoren, zorg-, welzijns-, en socioculturele organisaties in je regio die een win-win voor de betrokken organisaties kunnen betekenen. Raadpleeg hiervoor het draaiboek zorgnetwerken. Dit zijn negen oefeningen die je op weg helpen bij het opzetten van een zorgnetwerk. Je kan je ook laten ondersteunen door een professional bij het opstarten van een zorgnetwerk.

Uitdagingen: Een valkuil kan zijn om de hulpvraag van verwijzer en cliënt niet aan elkaar af te toetsen. Ook de snel veranderende en onzekere context van een individu (bv. verblijfsstatuut) kan een uitdaging zijn. Deze methodiek legt de nadruk op het werken met vrijwilligers, wat een uitdaging kan zijn.

Meer info: Ga naar www.ontknoop.be om het draaiboek, de try-outs en ondersteuning bij het opstarten van een zorgnetwerk te raadplegen.

Tags: bereik, toegankelijkheid, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, welzijnswerk, MEM, draaiboek, consult organisatie, VL

PRAKTIJKVERHAAL

Een lokaal netwerk van een CGG

Een CGG (centrum geestelijke gezondheidszorg) zette een netwerk op om doorverwijzing vanuit lokale diensten zoals een LOI (lokaal opvanginitiatief) en OCMW naar de geestelijke gezondheidszorg en drughulpverlening te bevorderen. Het CGG stelde medewerkers aan om vanuit deze lokale diensten, cliënten met een migratieachtergrond te begeleiden en indien nodig toe te leiden naar de geestelijke gezondheidszorg of drughulpverlening. Het resultaat is dat de doelgroep specifiek geholpen kan worden met kennis vanuit hun problematiek. Ook kunnen de cliënten gemakkelijker naar andere diensten begeleid worden (een Vlaamse hulpverlener).

PRAKTIJKVERHAAL

Kruispunten psychische en sociale vragen

Een Vlaamse hulpverlener vertelt dat verschillende Vlaamse CAW's en OCMW's sinds kort inzetten op kruispunten voor psychosociale vragen. In de kruispunten werken welzijns- en gezondheidspartners samen om psychosociale vragen in te schatten, een kortdurend hulpaanbod te realiseren en indien nodig te verwijzen naar andere diensten. In de kruispunten wordt de vraag gesteld wat de basis van de problematiek is en wat

primeert. Zo wordt in samenwerking met onder andere OCMW's en CGG's gezocht naar gepaste en de meest nodige hulp.

Zo kunnen mensen gratis terecht bij het Kruispunt Voorkempen, Kruispunt Mortsel, Kruispunt Kalmthout voor eerste hulp bij psychische en sociale problemen. Een kritische noot bij dit type kruispunten is dat er personeel vrijgemaakt dient te worden terwijl tegelijkertijd een nieuwe instroom gegenereerd wordt. Dit zorgt ervoor dat de organisatie minder capaciteit heeft om hen te bedienen (en wachtlijsten dus opnieuw langer worden).

PRAKTIJKVERHAAL

Netwerking met zelforganisaties

De vzw IST-Sida heeft een platform 'Migr'En Santé' ontwikkeld dat verschillende zelforganisaties en institutionele spelers (OCMW, Integratiecentra,...) groepeerd. De doelstelling van het platform is voornamelijk universele preventie. Door samen te werken met zelforganisaties worden personen bereikt die niet bereikt worden door het reguliere zorgaanbod. Het opstarten van het platform vroeg heel wat voorbereidend terreinwerk. Een medewerker van het platform verwoordt het als volgt:

“ Zelforganisaties zijn de enige manier om etnische gemeenschappen te bereiken. Want elke gemeenschap heeft haar eigen zelforganisatie waarvan we de verantwoordelijke moeten identificeren. Ik moet dus aan de verantwoordelijke uitleggen wat de doelstellingen en missie zijn. ”

De leden van het platform komen één dag per jaar samen rond het thema gezondheid:

“ We bereiden de themadag voor gedurende het hele jaar om zo te komen tot 2 tot 3 thema's die behandeld worden. Tijdens de themadag werken we samen met gezondheidsprofessionals rond migratie. ”

De themadag richt zich ook op gezinnen en staat open voor iedereen. Gezinnen nemen deel en maken zo kennis met preventie. Dit jaar ging één van de thema's ook over verslaving (www.sida-charleroimons.be).



37 Zelf doorverwijzen in Vlaanderen

Wat? Je wilt migranten en etnische minderheden zelf doorverwijzen naar een dienst in de gepaste alcohol- of drughulpverlening.

Hoe? Raadpleeg de doorverwijsgids van VAD en zoek het gepaste aanbod voor jouw cliënt met een migratieachtergrond of bel naar De DrugLijn voor een doorverwijzing. Het adviespunt verslaving (regio Antwerpen) verwijst ook iedereen gratis door én brengt de hulpvrager in contact met een gepaste hulpverleningsorganisatie. De cliënt kan bij hen langsgaan voor een vrije consultatie of hen bellen/mailen voor een afspraak. Na een persoonlijk gesprek krijg je vrijblijvend advies. Op de website van de FOD Volksgezondheid kan je een overzicht vinden van het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen en asielzoekers in België.

Meer info:

Ga naar www.vad.be voor de 'doorverwijsgids VAD' en klik helemaal bovenaan in het menu op 'doorverwijsgids'.

Ga naar www.adviespuntverslaving.be voor info over het Adviespunt verslaving (regio Antwerpen).

Ga naar www.health.belgium.be voor het 'Overzicht geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen en asielzoekers' en gebruik de zoekbalk met de zoekterm 'GGZ-aanbod'.

Tags: bereik, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, welzijnswerk, professionals in de zorg, consult individueel, VL, BRU, WAL

Doorverwijzen naar gespecialiseerde zorg

KRITISCHE NOOT

Een Vlaamse respondent vertelde spontaan na het toelichten van de doelstellingen van het MATRE-MI-project: "Toegankelijkheid is het eerste aspect. Ik denk dat er algemeen een problematiek bij de ambulante geestelijke gezondheidszorg zit, of het nu over drugs of iets anders gaat. 'We zien die mensen te weinig', zegt men nog altijd in de ambulante geestelijke zorg. Maar er bestaan ook grote weerstanden binnen die ambulante geestelijke gezondheidszorg om ze op te nemen omdat men er niet mee kan praten, omwille van taalverschillen. Ook zegt men: 'Ja, er is weinig ziekte-inzicht' of 'Er is weinig motivatie voor de behandeling'. De behandeling wordt soms als minder relevant beschouwd, en dat zijn allemaal factoren waardoor de mensen uiteindelijk onderaan wachtlijsten komen en dikwijls niet gezien worden. Wat me opvalt bij bijvoorbeeld vluchtelingen is dat ze, zolang ze in de asielprocedure zitten, gratis toegang tot geestelijke gezondheidszorg hebben en dat velen daar behoefte aan hebben.

Maar ze worden vaak pas gezien als ze een vluchtelingenstatuut hebben gekregen. En dan hebben zij geen gratis toegang meer, dan vervalt dat. Die asielprocedure duurt meestal heel lang, maar de procedure om in die GGZ binnen te geraken duurt nog langer. [...] En de plaatsen waar ze dan geholpen kunnen worden met een vorm van taalbijstand bijvoorbeeld, die zijn dan soms zeer ver weg van waar de mensen gevestigd zijn.”



38 Anderstalige hulpverlening



Wat? Je wilt MEM doorverwijzen naar een hulpverlener die de taal spreekt van de cliënt. Zoek een psychotherapeut of een psycholoog die aan deze wensen voldoet. Voor regio Antwerpen is er ook een overzicht beschikbaar van de talen die door één of meerdere hulpverleners gesproken worden, per deelwerking van CAW Antwerpen, CGG Andante, CGG Vagga en de drughulpverlening.

Hoe? Gebruik, bij het doorverwijzen naar hulpverleners, volgende websites (of gids voor regio Antwerpen) om te weten te komen in welke talen je cliënt geholpen kan worden.

Uitdagingen: Deze lijst is een momentopname die dateert van februari 2018. Organisaties kunnen niet garanderen dat een cliënt geholpen zal worden in een bepaalde taal. Andere criteria zoals de expertise van de hulpverlener zijn ook van belang.

Meer info:

Ga naar www.vindeentherapeut.be en filter je zoekopdracht naar (regio en) taal om een therapeut te zoeken die een bepaalde taal vaardig is.

Ga naar www.vind-een-psycholoog.be en filter je zoekopdracht naar (regio en) taal om een psycholoog te zoeken die een bepaalde taal vaardig is.

Ga naar www.csz-antwerpen.be en klik in het menu op ‘documentatie’. Bij puntje 2: ‘Folders voor hulpverleners en organisaties’ kan je de brochure ‘Anderstalige hulpverlening in Antwerpen’ downloaden.

Tags: bereik, toegankelijkheid, retentie, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, professionals in de zorg, MEM, VL



39 Zelfhulpgroepen



Wat? Enkele AA- (Anonieme Alcoholisten) en NA- (Narcotics Anonymous) groepen worden voor specifieke MEM-doelgroepen georganiseerd. In regio Antwerpen zijn er AA-groepen die zich richten tot Poolse mensen en zijn er NA-groepen die doorgaan in het Farsi en in het Engels. Ook in regio Brussel zijn er een aantal Poolse AA-groepen.

Hoe? Verwijs, in samenspraak met jouw cliënt, door naar een AA- of NA-groep waarin hij of zij de eigen taal of een contacttaal kan spreken. MEM kunnen ook terecht in AA- of NA-groepen die zich niet specifiek tot MEM-doelgroepen richten.

Meer info:

Voor AA-groepen regio Brussel en regio Antwerpen, ga naar www.aavlaanderen.org. Voor NA-groepen in Vlaanderen, Brussel en Wallonië, ga naar www.na-belgium.org en klik op 'Meetings'.

Tags: *toegankelijkheid, retentie, drughulpverlening, MEM, taalondersteuning, laagdrempelige hulpverlening, VL, BRU, WAL*



40 Samenwerking tussen drughulpverlening en OCMW

Wat? Je wilt de toegang tot de gezondheidszorg voor druggebruikers in preciaire situaties verbeteren door samenwerkingsverbanden te creëren tussen organisaties in de drughulpverlening en een OCMW. Het maken van dit type overeenkomst vertrekt vanuit een inclusieve visie op de maatschappij, het uitoefenen van ieders fundamentele rechten en een betere begeleiding van kwetsbare populaties.

Hoe? Door samenwerkingsovereenkomsten af te sluiten die faciliterend zijn op het vlak van de voorziening van dringende medische hulp, het geven van medische kaarten, de inschrijving in een systeem voor bescherming en de uitoefening van fundamentele rechten.

Uitdagingen: Lama vzw heeft na meerdere jaren onderhandeling als eerste dienst in de drughulpverlening een overeenkomst bereikt met het OCMW van Brussel. Hopelijk kan dit precedent inspirerend werken om overeenkomsten af te sluiten tussen andere OCMW's en diensten binnen de drughulpverlening. Het proces van Lama was

lang en administratief complex. De overeenkomsten moeten aantoonbaar voordelig zijn voor het OCMW.

Het opvolgen van dergelijke overeenkomsten veronderstelt een aanpassing van de interne werking van diensten en een regelmatige opvolging.

Meer info: Ga naar www.projetlama.be. Je kan ook terecht bij www.medimmigrant.be voor inhoudelijke input bij het opmaken van dit type overeenkomst.

Tags: *toegankelijkheid, gezondheid, WAL*

3.5 MEM kunnen doorverwijzen buiten de (drug)hulpverlening



41 Toeleiders in diversiteit

Wat? Je wilt ervoor zorgen dat erkende vluchtelingen en nieuwe inwoners met een migratieachtergrond gemakkelijker hun weg vinden naar de dienst- en hulpverlening. Toeleiders kunnen hen (zowel online als offline) oriënteren en informeren met het oog op het vergroten van zelfredzaamheid. Toeleiders maken ook de brug tussen deze nieuwkomers en voorzieningen op andere domeinen zoals vrije tijd. Het Agentschap Integratie en Inburgering zorgt voor de ondersteuning van toeleiders.

Hoe? Ga na of er een toeleider werkzaam is in jouw regio door je gemeente- of integratiedienst te contacteren. Breng cliënten in contact met een lokale toeleider.

Meer info:

Contacteer je gemeente- of integratiedienst en informeer je over toeleiders in jouw regio. Volgende regio's hebben reeds toeleiders ingezet: Roeselare, Leuven, Geraardsbergen, Brussel, Brugge en Kortrijk.

Ga naar www.pinvzw.be voor meer info over toeleiders in de regio's Vilvoorde, Halle en Ninove.

Tags: *bereik, (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, welzijnswerk, integratie-asielsector, MEM, VL, BRU*



42 Wegwijs via de smartphone



Wat? Je wilt cliënten, met behulp van een applicatie op hun smartphone, wegwijs maken in de lokale diensten waarop ze als vluchteling (of migrant) een beroep kunnen doen voor onder andere voeding en andere behoeftigheden, gezondheidszorg, juridische vragen en onderdak. Je wilt de applicatie gebruiken om zelf te kunnen doorverwijzen of jouw dienst(en) toevoegen aan de applicatie. Zo'n 75 Belgische organisaties met een 350-tal diensten zijn al in de applicatie opgenomen. De namen van de diensten werden vertaald in verschillende talen waaronder het Arabisch en het Farsi. De applicatie werkt ook zonder internet.

Hoe? Neem een kijkje op de website van de 'Refugee aid app'. Vertel jouw cliënt over deze applicatie of download deze applicatie zelf (Apple als Android toestellen).

Uitdagingen: Sommige migranten of vluchtelingen hebben geen smartphone. Vraag eerst of ze hierover beschikken. Verken de applicatie samen met de persoon zodat hij of zij er de weg in leert kennen.

Meer info: Ga naar www.refaid.com om de applicatie te downloaden of vertel jouw cliënt over deze applicatie.

Tags: bereik, toegankelijkheid, (geestelijke) gezondheidszorg, welzijnswerk, asielaanvragers, erkende vluchtelingen, personen zonder wettige verblijfsdocumenten, taalondersteuning, VL, BRU, WAL

43 Juridische ondersteuning

Wat? Je wilt cliënten helpen bij hun zoektocht naar juridische ondersteuning wat betreft het verblijfsstatuut.

Hoe? Bij onzekerheid of problemen met verblijf bij MEM kan een advies of korte doorverwijzing naar correcte info van groot belang zijn. Mail of bel de infolijn vluchtelingen of de juridische helpdesk van het Agentschap Integratie en Inburgering. Op de website van dit Agentschap vind je ook een overzicht per provincie of stad van gespecialiseerde diensten. Je kan ook doorverwijzen naar de website www.asyluminfo.be met informatie op maat en in zeven verschillende talen.

Meer info:

Ga naar www.vluchtelingenwerk.be voor info over de 'vluchtelingen infolijn' en gebruik de zoekbalk met de zoekterm 'infolijn'.

Ga naar www.asyluminfo.be voor meertalige info over de asielprocedure.

Ga naar www.agii.be voor de telefonische juridische helpdesk en een overzicht per provincie/stad en gebruik de zoekbalk met de zoekterm 'juridisch advies'.

Ga naar www.cire.be, klik op 'services' en vervolgens op 'Accueil général du CIRE'.

Ga naar www.adde.be, de website van de vereniging voor de rechten van vreemdelingen.

Onder 'publicaties' vind je juridische informatie. Onder 'ressources' vind je een aantal praktische fiches, een lijst met diensten die hulp voorzien en praktische informatie.

Ga naar www.medimmigrant.be waar je informatie vindt over de begeleiding van MEM. Klik op 'verblijf of terugkeer bij ziekte' voor informatie over het verblijfsrecht op basis van medische gronden.

Tags: (geestelijke) gezondheidszorg, welzijnswerk, integratie-asielsector, asielaanvragers, personen zonder wettige verblijfsdocumenten, VL, BRU, WAL

44 Sociale activering/maatschappelijk herstel

Wat? Je wilt kwetsbare (ex-)druggebruikers uit regio Gent of Antwerpen ondersteunen bij sociale activering via een zinvolle dagbesteding. Leid hen dan toe naar één van onderstaande initiatieven. De doelen van deze goed ingebedde projecten zijn laagdrempelige inloop en ontmoeting, basisactivering, (arbeids)activering, toeleiding en doorverwijzing naar zorg-, hulp- en dienstverlening en outreach. Ten slotte hebben ook heel wat verenigingen in het netwerk tegen armoede een werking voor kwetsbare doelgroepen die steun nodig hebben.

Hoe? Verwijs kwetsbare (ex-)druggebruikers die nood hebben aan sociaal contact door naar OpStap, Navis Gandae, Villa Voortman (regio Gent) of Buro Aktief (regio Antwerpen). De dagbesteding bestaat enerzijds uit laagdrempelige activering ter plaatse en doorverwijzing naar andere (hulpverlenings)diensten. Anderzijds worden er (groeps)activiteiten georganiseerd (mogelijks op verplaatsing). Er worden ook ontmoetingsmogelijkheden met peers gecreëerd rondom de kernactiviteiten.

Meer info:

OpStap (Gent): Ga naar www.stad.gent en gebruik de zoekbalk met de zoekterm 'opstap'.

Navis Gandae (Gent): Ga naar www.navigandae.be.

Villa Voormtan (Gent): Ga naar www.villavoortman.be.

Refu Interim (Gent): Ga naar www.refuinterim.be.

Buro Aktief (deelwerking van De Nomaad Antwerpen): Ga naar www.free-clinic.be en klik in het menu op 'Deelwerkingen', vervolgens op 'Nomaad' en daarna op 'Buro Aktief'.

Netwerk tegen armoede: Ga naar www.netwerktegenarmoede.be en ga op zoek naar een organisatie in jouw buurt.

Tags: (geestelijke) gezondheidszorg, drughulpverlening, welzijnswerk, MEM, VL

45 Trajectbegeleiding vluchtelingen/Housing Café

Wat? Je wilt cliënten, die erkend vluchteling zijn, helpen bij het vinden van een betaalbare woonst. Dan kan je deze mensen doorverwijzen naar een Housing Café. LOI's en opvangcentra kunnen dit ook doen wanneer vluchtelingen erkend zijn. Een vrijwilliger kan de vluchteling helpen bij het zoeken naar een betaalbare huisvesting, door de aanwezigheid en ondersteuning tijdens de huizenzoektocht, het contacteren van verhuurders, de aanwezigheid bij het bezoeken van huizen, het ondersteunen bij de praktische installatie en sociale integratie.

Hoe? Neem contact op met een Housing Café in regio Gent, Antwerpen en Luik.

Uitdagingen: Het tekort aan betaalbare huisvesting, de taalbarrière, en de arbeidsintensieve inzet van (doelgroep)vrijwilligers kan een uitdaging zijn. Daarnaast kan de toeleiding vanuit Housing Cafés naar de geestelijke gezondheidszorg ook moeilijk verlopen.

Dit project vond plaats van november 2015 tot maart 2019. Het is onduidelijk of dit project in deze regio's verlengd zal worden na 2019.

Meer info: Ga naar www.caritasinternational.be en gebruik de zoekbalk met de zoekterm 'housing café'.

Tags: welzijnswerk, integratie-asielsector, asielzoekers, erkende vluchtelingen, VL, WAL

PRAKTIJKVERHAAL**Housing Café vult een hiaat**

Op korte tijd, zo vertelt een respondent die deelnam aan de survey, had Housing Café Gent een zeer hoog bereik. De hulp vulde duidelijk een hiaat in die werd erkend door de OCMW's die ook Lokale Opvanginitiatieven voor deze doelgroepen beheren. De trajectbegeleiders krijgen tot op vandaag nog erkentelijkheid van cliënten voor wat ze toen hebben betekend. Bijna alle mensen konden een huis vinden en velen konden er ook hun thuis van maken.

Voor een aantal mensen was deze inzet en tijd onvoldoende. Sommigen liepen trauma's op in het thuisland of kregen net psychische problemen naar aanleiding van de migratie. Bij enkelen loopt de integratie na jaren nog steeds zeer moeilijk en uit dit zich in zelfdestructief gedrag. (CAW Centraal West-Vlaanderen)

46

Mentor 2 work

Wat? Je wilt werkzoekenden met een migratieachtergrond helpen om een job te vinden. Met dit tewerkstellingsproject van het Minderhedenforum worden zij hiermee geholpen. Een mentor komt tweemaal per maand samen met de werkzoekende om de zoektocht te bespreken. Daarnaast is er ook een aanbod van vormingen, workshop en intervisies. Het is de missie van 'Mentor 2 work' om de afstand tussen werkgever en potentiële medewerker met migratieachtergrond te verkleinen. Het doel is de slaagkansen van deze doelgroep op de werkvloer verhogen.

Hoe? Verwijs door naar 'Mentor 2 work' of 'Duo for a job' bij cliënten met een migratieachtergrond die werk zoeken en help hen op weg. Dit project vindt plaats in regio's Gent, Antwerpen, Mechelen en Hasselt.

Meer info: Ga naar www.mentor2work.be en www.duoforajob.be voor meer info.

Tags: *welzijnswerk, integratie-asielsector, MEM, VL*

4. Gluren bij de burens

Om een zicht te krijgen op Europese inspirerende praktijken gericht op de toegankelijkheid voor, het bereik en de retentie van MEM in de drughulpverlening werd de online bevraging die in België werd gebruikt (zie: [Introductie](#)) naar het Engels vertaald en in 28 EU-lidstaten verspreid. Op die manier werden 34 inspirerende praktijken geïdentificeerd. Een bijkomende zoektocht in de nationale drugsrapporten 2014 leverde informatie over 14 inspirerende praktijken op.

Voor de volledige zoekstrategie en methodologische aspecten verwijzen we naar het MATREMI-rapport (www.belspo.be). Ook voor het volledig overzicht van deze praktijken en andere praktijken geïdentificeerd in overzichtsstudies⁶ verwijzen we naar dit rapport. In wat volgt bespreken we de belangrijkste kenmerken van de geïdentificeerde praktijken en wat zij voor de toekomst van MEM in de Belgische drughulpverlening kunnen betekenen.

4.1 Europese bevraging en drugsrapporten 2014

4.1.1 Doelgroepen

In de Europese drugsrapporten maakt **ongeveer een derde van de landen geen melding van MEM**. De doelgroepen die wel vernoemd werden, verschilden dan weer sterk tussen de Europese landen. In Portugal en Frankrijk werd bijvoorbeeld vooral

6. Substance use services for refugees (Greene et al., 2019), Addressing Alcohol and substance use disorders among refugees: a desk review of intervention approaches (Kane & Greene, 2018), Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum applicants and irregular migrants (Priebe et al., 2016), Health of refugees and migrants: Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned an ways forward (WHO, 2018), Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations: issues raised by 33 case studies (Fountain, 2013).

op kwetsbare druggebruikers en minder op specifieke MEM doelgroepen gefocust terwijl in Litouwen, Bulgarije, Tsjechië, Roemenië, Slowakije en Kroatië wordt gerapporteerd over Roma in de drughulpverlening. De Baltische staten maar ook Finland, Polen, het Verenigd Koninkrijk en Tsjechië rapporteerden over probleemgebruikers met een Russische of voormalige USSR-migratieachtergrond.

Algemeen kunnen we stellen dat er in de praktijken die we identificeerden weinig sprake was van de brede doelgroep van intra-Europese migranten (in het bijzonder Roma in de Noord en West Europese landen), personen zonder wettige verblijfsdocumenten en personen met een tweede of derde generatie migratieachtergrond.

Een Tsjechische respondent vertelde dat de dienst waar hij werkzaam is, open staat voor iedereen, los van verblijfsdocumenten.

PRAKTIJKVERHAAL

Point 14 – Ambulant Contact Centrum, Pilsen

Point 14 biedt zowel residentiële als ambulante zorg aan. Het Contact Centrum is een laagdrempelige dienst waar letterlijk iedereen toegang toe heeft. Er vindt geen registratie plaats en er is geen aanvraag nodig. Personen worden opgevangen los van verblijfsstatus of nationaliteit. Sociaal werkers gaan er aan de slag met de levensdoelmeinen waaraan bezoekers met probleemgebruik zelf willen werken. www.point14.cz

Het feit dat Portugal en Frankrijk zich niet specifiek op MEM richten bij de behandeling van middelengebruik, komt doordat deze landen geen specifieke diensten inrichten op basis van etniciteit, maar wel op basis van de kwetsbaarheid voor probleemgebruik. Zoals opgemerkt door Fountain in een rapport voor het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving (EWDD of EMCDDA) (1), is een reden hiervoor dat deze landen MEM-populaties niet willen stigmatiseren en aan iedereen gelijke rechten willen bieden.

Een respondent werkzaam in Lissabon beschreef in de bevraging echter wel dat probleemgebruikers zonder wettige verblijfsdocumenten het moeilijk hebben om toegang te vinden tot de zorg en dat daarom een ngo werd opgericht.

PRAKTIJKVERHAAL**Ngo GAT – In-Mouraria, Lissabon**

Deze ngo richt zich op het verstrekken van gezondheidszorg voor mensen zonder papieren. De ngo biedt gezondheidsinformatie, screening van HIV, Hepatitis B en C en syfilis. De ngo biedt ook infosessies voor injecterende druggebruikers en sociale ondersteuning en doet aan actieve verwijzing. De ngo benadrukt het belang van *peer support* en biedt ook gratis gebruik van telefoon, computer met internet, spuiten, naalden, containers, gedistilleerd water, alcoholische doekjes, citroenzuur, crackpijpen, zilverpapier, condoms en glijmiddel.

Europese gezondheidssystemen worden inderdaad meestal gekenmerkt door een generalistisch of universalistisch perspectief: in theorie bieden de meeste EU-28-lidstaten zorg aan ‘iedereen’ (die er recht op heeft). Men gaat ervan uit dat op die manier ook MEM de juiste zorg zullen krijgen hoewel dit vaak niet zo is doordat personen bijvoorbeeld niet over een nationaal identificatienummer beschikken, niet aangesloten zijn bij de sociale zekerheid of geen vaste verblijfplaats hebben.

4.1.2 Sectoren en type drughulpverlening

De meerderheid van de deelnemers aan de Europese bevraging waren professionals in de **(geestelijke) gezondheidszorg en in het sociaal werk**. Het gros van de inspirerende praktijken bevonden zich in het domein van **schadebeperking**. Praktijken in de domeinen van vroeginterventie (bv. in asielcentra), preventie en behandeling werden veel minder vermeld.

PRAKTIJKVERHAAL**Informatiefilmpjes alcohol, cannabis en medicatie voor vluchtelingen, Duitsland**

Het Duitse *Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V.* ontwikkelde preventiefilmpjes die vluchtelingen kunnen informeren over de mogelijke schadelijke effecten van overmatig alcohol-, medicatie- of cannabisgebruik in het Duits, Engels, Arabisch, Dari en Tigrinya om een gesprek te starten. www.hls-online.org

Een Duitstalige respondent identificeerde wel een residentieel centrum (ADV Nokta) dat specifiek gericht is op mannen met een migratieachtergrond.

PRAKTIJKVERHAAL**ADV Nokta, Berlijn**

ADV biedt intramurale revalidatie, adaptatie- en substitutiebehandeling en interculturele drughulpverlening aan. Het is het residentieel programma voor mannen met een migratieachtergrond die problemen hebben met legale of illegale verslavende middelen. Bij Nokta heeft men aandacht voor migratie specifieke problemen en worden er verschillende talen gesproken. ADV Nokta maakt ook deel uit van het erkend circuit voor alternatieve strafafhandeling voor druggerelateerde delicten in Duitsland.

www.adv-suchthilfe.de

We identificeerden in Europa vooral goede praktijken in het domein van methadonverstreking en ambulante zorg en weinig tot geen praktijken in de residentieële zorg. Ook in de Europese drugrapporten werden vooral praktijken in de schadebeperking in de diepte besproken.

4.1.3 Noden en doelen

De redenen voor het opstarten van de praktijken die in de bevraging werden geïdentificeerd, werden voornamelijk bepaald door de diensten zelf, in tegenstelling tot impulsen vanuit beleid of onderzoek. Alleen in Portugal gaven de meeste respondenten aan dat de praktijken werden opgestart in het kader van een geïntegreerd decriminaliseringsbeleid (dat een expliciete pijler voor schadebeperking bevat).

De belangrijkste doelen van de Europese praktijken waren het **verhogen van de toegang** voor en het **bereiken** van MEM. Retentie van cliënten in behandeling werd minder als doel gerapporteerd. Een respondent uit het Verenigd Koninkrijk identificeerde wel een dienst die gericht is op aanklampende zorg en doorverwijzing van ‘travellers’ met probleemgebruik in Cork.

PRAKTIJKVERHAAL**TVG Traveller Support Project on Drugs and Alcohol, Cork**

Deze dienst verkiest aanklampende zorg (bij de mensen thuis langs gaan) boven het aandringen bij personen om zich bij de dienst aan te melden om hulp te krijgen. Sociaal werkers begeleiden personen actief en fysiek naar de drughulpverlening indien ze dit wensen. De cliënt wordt actief betrokken in het proces van samenwerking tussen verschillende diensten en zijn of haar zorgplanning.

De focus van deze diensten bij het ondersteunen van probleemgebruikers ligt op een herstelperspectief en het behandelen van trauma. De dienst is flexibel en past zich aan nieuwe noden aan. www.tvgcork.ie

Wat betreft de valkuilen en uitdagingen bij de implementatie van Europese praktijken, wezen respondenten vooral op **taal- en communicatieproblemen**. Een Oostenrijkse respondent identificeerde een innoverende dienst met videovertaling die zich specifiek richt op probleemgebruikers die de Duitse taal niet spreken. Zo wordt hun toegang tot de specifieke drughulpverlening gemakkelijker.

PRAKTIJKVERHAAL

De Dialoog Vereniging, Wenen

Videodolmetsch werd in 2015 in de Dialoog Vereniging geïmplementeerd met als doel om het aanbod voor niet-Duitstalige probleemgebruikers te verbeteren. Dit is de eerste organisatie in de Weense drughulpverlening die diensten aanbiedt voor probleemgebruikers die de taal niet spreken. www.dialog-on.at/angebote/videodolmetsch

4.1.4 Conceptuele en evaluatie kwaliteit

Wat betreft de **conceptuele kwaliteit** van de praktijken (hoe duidelijk is het doel en komt dit doel overeen met de ondernomen acties?), verklaart meer dan 80% van de respondenten dat de praktijk niet gebaseerd was op een eerdere praktijk of dat men niet weet of de praktijk gebaseerd was op een eerdere praktijk. Zo gaf ook 70% een negatief antwoord op de vraag naar nationale studies over dit thema. Toch leken de doelen van de praktijken (verhogen van toegankelijkheid) overeen te stemmen met de ondernomen acties.

Wat de **evaluatiekwaliteit** van de inspirerende praktijken betreft, geeft ongeveer de helft van de respondenten aan dat de praktijk (nog) niet is geëvalueerd. De andere helft geeft aan dat de praktijk positieve uitkomsten heeft maar geen enkele respondent verwijst naar evaluatiestudies of rapporten.

4.2 Leren van Europa?

De meerderheid van de 48 geïdentificeerde praktijken waren outreachende en schadebeperkende maatregelen. De meerderheid van de praktijken was gericht op het bereiken van doelgroepen en het verhogen van de toegankelijkheid en in veel mindere mate op de retentie van de doelgroep in behandeling. Het is uiteraard logisch dat wanneer doelgroepen niet bereikt worden, men eerder zal focussen op bereik en toegankelijkheid en dat retentie (nog) geen zorg is. Verder deden we drie belangrijke vaststellingen bij het analyseren van deze 48 praktijken die van belang zijn voor zowel beleid als praktijk.

Ten eerste **bereikte ons weinig informatie over deze doelgroepen in de hoogh-drempelige residentiële drughulpverlening.** Zeer weinig praktijken werden in dit domein gesitueerd. We merken ook op dat recent onderzoek aangeeft dat heel wat *evidence-based* interventies minder effectief zijn bij personen met een migratieachtergrond (60).

Meer aandacht voor de toepasbaarheid van gangbare protocollen is dus aangewezen in de Europese drughulpverlening (61). Daarnaast moet men ook de vraag durven stellen hoe de hoge focus op talige gesprekstherapie uitgebreid kan worden om de toegankelijkheid voor deze doelgroep te verhogen.

Ten tweede komt de overrepresentatie van praktijken gericht op schadebeperking overeen met de (beperkte) cijfergegevens die we hebben over de aanwezigheid van MEM in de drughulpverlening. Personen met een andere nationaliteit zijn immers in hoge getale aanwezig in laagdrempelige zorg (vooral schadebeperking) en veel minder aanwezig in meer hoogh-drempelige residentiële zorg. Enkele respondenten gaven aan dat dit mogelijk is te maken heeft met de grotere flexibiliteit die laagdrempelige diensten hebben wat betreft de toegangscriteria.

Desalniettemin zal het steeds belangrijker worden voor **beleidsmakers en praktijkwerkers om na te gaan hoe de noden vervuld kunnen worden van personen met een migratieachtergrond die andere zorg nodig hebben dan deze die in de laagdrempelige diensten aangeboden wordt.**

Ten derde stellen we vast dat de hoge aanwezigheid van personen met een migratieachtergrond in laagdrempelige zorg inspirerend kan zijn voor de hoogh-drempelige

(residentiële) zorg. Omgekeerd kan de specifieke kennis in de residentiële hulpverlening inspirerend zijn voor laagdrempelige diensten.

Een toekomstperspectief zou eruit kunnen bestaan om aan **duurzame kennis- en expertisedeling te doen tussen laagdrempelige (i.e. MSOC) en meer hoogdrempelige (i.e. PAAZ, PZ) diensten. Kennisdeling over het hele spectrum van de drughulpverlening van preventie over vroeginterventie, behandeling en schadebeperking zal de komende jaren dan ook een must zijn.**

Bovendien zal de drughulpverlening zich door de schaarste aan *evidence-based* strategieën maar ook in het kader van de inkanteling van de drughulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg en de vermaatschappelijking van de zorg, steeds meer moeten beroepen op wetenschappelijke studies en bestaande praktijken in de geestelijke gezondheidszorg.

Zo geven Priebe en collega's (62) in hun studie van praktijken in de mentale gezondheidszorg aan dat volgende componenten erg belangrijk zijn voor een goed bereik en een goede zorg voor MEM:

1. **Outreaching activiteiten** om de doelgroepen te identificeren en te engageren;
2. Toegankelijkheid verhogen van **veelzijdige diensten** die mentale en andere gezondheidszorg samenbrengen (om doorverwijzing tot een minimum te herleiden);
3. **Samenwerking en coördinatie** tussen diensten;
4. **Verspreiding van informatie** over de bestaande diensten zowel naar de doelgroep toe als naar professionelen.

Ten slotte benadrukken we dat organisaties als de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) maar ook De Europese Unie de laatste decennia heel wat acties hebben ondernomen om de (mentale) gezondheid van MEM en de toegankelijkheid van gezondheidssystemen te verbeteren. Op het Europese niveau werden de voorbije jaren veel projecten gefinancierd die gericht waren op het monitoren en verbeteren van de (mentale) gezondheid van MEM (i.e. ADAPT, AMAC, CLANDESTINO, EQUI-HEALTH, HEALTHQUEST, EUGATE, HOME, MIGHEALTHNET, NOWHERECARE, PROMO, QUALICOPT, RESTOR, SRAP, ETHEALTH).

Op enkele uitzonderingen na (zoals het ETHEALTH-project) zijn de volledige resultaten van deze projecten niet (volledig) publiek beschikbaar en is het onduidelijk in

welke mate de aanbevelingen op basis van deze onderzoeken ook effectief werden geïmplementeerd. Bovendien focust slechts een heel klein percentage van deze projecten specifiek op mentale gezondheid en/of de drughulpverlening.

PRAKTIJKVERHAAL

SRAP – *Addiction prevention within Roma and Sinti Communities*

De praktijkgerichte SRAP-studie was gericht op het voorkomen en verminderen van verslaving aan illegale of legale middelen bij jonge Roma. De ontwikkelde materialen zijn gericht op kinderen en tieners die voor het eerst met drugs experimenteren (vanaf de leeftijd van tien jaar) maar ook op tieners en jong volwassenen die middelen gebruiken. www.comune.belogna.it

Besluitend kunnen we stellen dat de doelstellingen van internationale projecten en initiatieven aangeven dat er een groeiend besef is wat betreft de veelvuldige gezondheidskwetsbaarheden van asielaanvragers, vluchtelingen en niet-gedocumenteerde migranten. Het is echter ook van belang om aandacht te blijven hebben voor de aanhoudende gezondheidsongelijkheden waarmee ‘oudere’ MEM-populaties en ‘nieuwe’ intra-Europese migranten te kampen hebben.

De kennis die werd opgebouwd bij het ondersteunen van ‘oudere’ MEM-populaties (i.e. Maghrebijnse en Turkse populaties) en in andere sectoren (i.e. ouderenzorg), zou kunnen worden ingezet bij het bereiken en succesvol ondersteunen van ‘nieuwe’ MEM-populaties. Afsluitend is er nood aan een beter begrip aan de redenen die aan probleemgebruik vooraf gaan – met speciale aandacht voor traumagerelateerde dynamieken – en aan het inzetten op gerichte preventie en vroeginterventie.

De bevoegde lezer kan een kijkje nemen bij hoe gespecialiseerde centra in Nederland een meerwaarde kunnen bieden (bv. www.Pharos.nl, www.Jellinek.nl, www.Trimbos.nl, www.Centrum45.nl e.d.).

5. Meer weten

5.1 Ondersteunende organisaties

- *Agentschap integratie en inburgering*

Hier kan je terecht voor ondersteuning rond integratie als lokaal bestuur of organisatie, info over het inburgeringstraject en taalondersteuning. Meer info: www.integratie-inburgering.be. Stad Gent en Stad Antwerpen hebben elk hun eigen integratiedienst. Meer info: www.in-gent.be en www.atlas-antwerpen.be.

- *Stedelijke diversiteits- of integratiedienst*

Veel steden en gemeenten hebben een diversiteits- of integratiedienst. Je kan hen informeren over je initiatieven/projecten en vragen naar de mogelijkheden voor financiering of ondersteuning.

- *Minderhedenforum*

Het minderhedenforum vertegenwoordigt de etnisch-culturele verenigingen in Vlaanderen en Brussel. Deze organisatie richt zich onder andere op diversiteit in het personeel van de zorg- en welzijnssector. Het minderhedenforum zet zich ook in voor maatschappelijke participatie van migranten en etnische minderheden. Meer info: www.minderhedenforum.be.

- *Averroes VZW*

Averroes, ook 'moslim advies punt' genoemd, werkt onder andere rond het verkleinen van de drempels naar de reguliere diensten voor personen met een migratieachtergrond. Je kan bij hen terecht voor advies en informatie, kortduurende begeleidingen, brug- en vertaalfunctie naar de reguliere hulpverlening (toeleiding), opleidingen en vormingen op maat rond diversiteitsgerichte vraagstukken. Meer info: www.averroesvzw.be.

– *De Touter*

De Touter biedt vormingen en trajectbegeleiding rond superdiversiteitsbeleid aan, op maat van een organisatie. De Touter is voornamelijk gericht op organisaties in de jeugdzorg. Meer info: www.detouter.be.

– *Pigmentzorg*

Pigmentzorg is een digitaal platform waarop kennis over en ervaringen met MEM in de zorgsector worden gedeeld. Naast een toolbox met praktijkvoorbeelden, instrumenten en studies vind je op deze site een overzicht van interessante sprekers, een vragenforum, een agenda (met onder andere workshops en studiedagen), een blog en een videozone. Meer info: www.pigmentzorg.be.

– VIVO

VIVO ondersteunt zorg- en welzijnsorganisaties die willen werken aan diversiteit door middel van coaching, (online)vormingen, tools en tips. VIVO kan je een overzicht geven van de spelers op de diversiteitmarkt en je doorverwijzen naar potentiële partners. Meer info: www.vivosocialprofit.org.

– *Caleidoscopia*

Caleidoscopia heeft als doel het ontwikkelen en implementeren van praktijkrelevante competenties wat betreft diversiteit. Deze organisatie biedt onder andere vorming en training binnen de social-profit, diverse vormen van deskundigheidsbevordering, procesbegeleiding en inhoudelijke begeleiding met het oog op interculturalisering van de organisatie. Meer info: www.caleidoscopia.be.

– *Seer vzw*

Seer vzw is een sociale organisatie die zich richt op de sociale verbetering en het welzijn van Roma. Seer vzw ondersteunt diensten die met deze doelgroep werken. Je kan bij deze organisatie terecht voor workshops, vormingen, advies en coaching. Meer info: www.seervzw.be.

– *Cursus 'Santé mentale en contexte social: multiculturalité et précarité'*

UCL organiseert een kleine groepstraining over geestelijke gezondheid in preciaire en multiculturele contexten. Meer info: www.uclouvain.be.

- *Vzw HSHOEMA*

Deze vzw wil het taboe doorbreken rond psychische moeilijkheden en andere kwetsbare thema's binnen de gezondheidszorg over culturele, raciale, ideologische, gender- en leeftijdsgrenzen heen. Zij streeft dit doel na door sensibilisering en het organiseren van (gratis) informatieve avonden en activiteiten maar heeft geen therapeutische doeleinden. Meer info: www.vzwhshoema.wixsite.com/vzwhshoema.
- *Diensten gespecialiseerd in vluchtelingen (Wallonië)*

Zes Waalse diensten in de geestelijke gezondheid bieden therapeutische en psychosociale hulp aan vluchtelingen: *Clinique de l'Exil* in Namur, *Santé en Exil* in Montignies-sur-Sambre, *Tabane* in Liège, *Espace 28* in Verviers, *Centre des Immigrés Namur-Luxembourg* in Marche-en-Famenne en Bertrix, en *Sémaphore* in Mons. Meer info: www.cresam.be.
- *SeTIS wallon*

Het Waalse SeTIS biedt een tolkdienst aan met aandacht voor sociale cohesie, gelijke kansen, de strijd tegen discriminatie en de integratie van personen met een migratieachtergrond die in Wallonië wonen. SeTIS beschikt over een team van professionele tolken met als doel de communicatie en het wederzijds begrip te faciliteren tussen hulpverleners en personen met een migratieachtergrond. Meer info: www.setisw.com.
- *Bruxelles Accueil*

Bruxelles Accueil is een tolk- en vertaaldienst voor niet-commerciële Franstalige diensten in Brussel en biedt telefonische tolkdiensten voor niet-commerciële Franstalige diensten in Wallonië (vooral in het kader van de opvang van asielzoekers). Meer info: www.servicedinterpretariatsocial.be.
- *Interculturele bemiddeling op afstand*

Vraag interculturele bemiddeling op afstand (via videoconferentie) aan. Je moet een ID en een wachtwoord aanmaken. Er worden op jouw vraag verschillende vrije momenten van de beschikbare tolken doorgegeven. Meer info: www.health.belgium.be.
- *Hepatitis C netwerk Brussel, Sidasol Luik & IST Charleroi*

Het Hepatitis C-netwerk in Brussel richt zich primair op druggebruikers en andere kwetsbare doelgroepen zoals mensen zonder papieren en daklozen. Het

netwerk doet aan sensibilisering, preventie en schadebeperking. In Charleroi werkt IST Sida rond de gezondheid van personen met een migratieachtergrond. Meer info: www.reseauhepatitec.be.

– *PICUM Platform*

PICUM is een netwerk van organisaties die zich inzetten voor sociale rechtvaardigheid en respect voor de mensenrechten van mensen zonder papieren. PICUM doet aan expertisedeling tussen organisaties en biedt een platform voor beleidsmakers en het grote publiek om (vanuit een gelijkerechtenperspectief) te werken met deze doelgroepen. Meer info: www.picum.org.

5.2 Verdiepende literatuur

– *Draaiboek 'Omgevingsanalyse lokale diversiteit', Agentschap Integratie & Inburgering (2018).*

Met sjablonen, tips en voorbeelden kunnen medewerkers van steden en gemeenten een omgevingsanalyse maken in kader van de lokale diversiteit. Concrete vragenlijsten en minder tijdsintensieve methodes van gegevensverzameling en participatiebevordering helpen je om de behoeftes van MEM in kaart te brengen. Je kan het draaiboek downloaden via de website van het Agentschap Integratie & Inburgering.

– *Werkboek 'Cultuursensitieve hulpverlening – cultuur is niet één-voudig', Celis, Le Roy, Van Gijsegem & Van Ransbeeck (2017).*

Dit boek geeft in een reeks interviews met Brusselse hulpverleners weer hoe sociaal werkers in hun dagelijkse praktijk omgaan met cliënten met een migratieachtergrond. Het grootste deel van dit boek bestaat uit praktijkverhalen over complexe situaties waarin hulpverleners en cliënten tijdens het hulpverleningsproces geconfronteerd worden met wederzijds onbegrip. Aan de hand reflectievragen wordt de lezer telkens uitgedaagd om zichzelf te positioneren.

– *Werkboek 'Kleurrijke Maatzorg, een plan van aanpak', vzw De Touter (2018).*

De Touter werkt al twintig jaar aan een superdiversiteitsbeleid in de eigen werking. Het werkboek bundelt ervaringen, verhalen en inzichten doorheen dit traject.

- *Boek 'Mijn held is een hulpverlener', Matheusen (2016).*
 'Mijn held is een hulpverlener' helpt hulpverleners bij interculturele contacten. In dit boek vind je het LOVE & PEACE-model, een aantal 'best practices' en praktische tools.

- *Boek 'Bouwstenen voor een cultuursensitieve zorg- en welzijnsorganisatie', VIVO in samenwerking met het Agentschap Integratie en Inburgering en Politeia (2019).*
 Dit boek bevat inspirerende praktijkvoorbeelden die kunnen helpen om te groeien naar een zorg- en welzijnsorganisatie die cultuursensitief werkt. Het boek biedt concrete handvaten bij het omgaan met diversiteit.

- *Boek 'Substance use among people with a migration background: a community-based participatory research study', De Kock, Decorte, Schamp, Vanderplasschen, Hauspie, Derluyn, ... & Jacobs (2017).*
 Dit boek presenteert enerzijds de bevindingen van een studie over problematisch middelengebruik bij MEM (onder anderen mensen met een Turkse, Oost-Europese en Congolese migratieachtergrond, asielzoekers, vluchtelingen en mensen zonder papieren) in België. De patronen van middelengebruik, verwachtingen en behandelingsbehoeften van deze doelgroepen worden in kaart gebracht. In dit boek vind je ook aanbevelingen voor beleid en praktijk van de drughulpverlening.

- *Boek 'Verschillen omarmen – Transcultureel systemisch werken', Jessurun & Warring (2018).*
 Met behulp van de systeem- en communicatietheorie, en de antropologie worden (cultuur)verschillen geduid. Sociaal-maatschappelijke en menselijke factoren zoals cultuur, migratie, gender, klasse, religie en spiritualiteit worden uitgeklaard. Bovendien reiken het boek en de bijhorende website een groot aantal tools en oefeningen aan die individueel, met collega's of met cliënten gebruikt kunnen worden.

- *Rapport 'De Antwerpse drughulpverlening: een optie voor de druggebruiker uit een etnisch-culturele minderheid?', El Osri, Häuser, Stevens, Swinnen, Berdai (2012).*
 Met dit verkennend en praktijkgericht onderzoek trachtte men drempels te identificeren wat betreft de toegankelijkheid van de drughulpverlening voor MEM. In dit onderzoek worden ook aanbevelingen voor de hulpverlening gegeven.

- *Rapport 'Mensen zonder wettig verblijven mentaal welzijn – Een participatief onderzoeksproject'*, Pigment vzw (2018).
De toegankelijkheid tot geestelijke gezondheidszorg blijft beperkt voor mensen zonder wettig verblijf. Dit rapport is het resultaat van een participatief onderzoeksproject (van 2014 tot 2017). Het biedt geen juiste antwoorden, maar wel handvaten die aanzetten tot nadenken over de gemeenschappelijke en institutionele zoektocht naar vernieuwende en effectieve praktijken.
- *Artikel 'Bereiken, ondersteunen en begeleiden van familieleden van allochtone drugsgebruikers'*, Noens, Soyez, & Thienpont (2010).
Familieleden van gebruikers met een migratieachtergrond worden moeilijk bereikt door reguliere preventie- en hulpverleningsactiviteiten. Dit artikel beschrijft concrete interventies die trachten familieleden van deze doelgroep beter te bereiken, begeleiden en ondersteunen.
- *Advies 'Ethisch advies 15: Goede zorg bij etnisch-culturele diversiteit'*, Zorgnet Vlaanderen (2011).
Dit advies biedt een ethisch denkkader op vier verschillende niveaus in de zorgsector: organisatiebeleid, personeelsbeleid, zorgontvangers en zorgaanbod.
- *Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*, Suijkerbuijk et al. (2014).
In samenwerking met Dokters van de Wereld stellen de auteurs vijf prioritaire aanbevelingen voor om het Belgisch Gezondheidszorgsysteem toegankelijker te maken. Dit is het resultaat van een diepgaande denkoefening met honderden actoren uit de sociale sector en de gezondheidszorg die in het kader van vijftig jaar ziekteverzekering (verzekering voor geneeskundige verzorging) en RIZIV heeft plaatsgevonden.

6. Conclusie en reflectie

“ Rechtvaardige gezondheidszorg wordt bereikt wanneer mensen met gelijkaardige behoeften vergelijkbare zorg krijgen (*horizontal equity*) en wanneer mensen met grotere behoeften specifieke zorg krijgen die aan deze behoeften voldoet (*vertical equity*). ” (Eigen vertaling, Starfield, 2011) (31)

Het doel van deze wegwijzer was om inspirerende praktijken in kaart te brengen die een van de drie onderstaande doelen hebben:

- Het verhogen van de **toegankelijkheid** van de drughulpverlening voor migranten en etnische minderheden (MEM);
- Het verhogen van het **bereik** door de drughulpverlening van MEM;
- Het verhogen van de **retentie** (therapietrouw als behandelingssucces) van MEM in de drughulpverlening.

In de inleiding gaven we reeds aan dat voor het bereiken van deze doelen drie niveaus van belang zijn:

- Het **microniveau**: de (potentiële) cliënt, de hulpverlener en de zorgrelatie;
- Het **mesoniveau**: de etnische minderheid, de organisatie of dienst (in de drughulpverlening) en het organisatiebeleid;
- Het **macroniveau**: de (politieke) visie en de beleidsvoering betreffende drughulpverlening en belendende domeinen en de visie op ‘goede’ zorg.

We benadrukten de noodzaak om **op alle niveaus en op alle actoren in te zetten** en om dit vanuit het beleid ook te ondersteunen. In de internationale literatuur stelden we immers vast dat er heel wat aandacht gaat naar het ondersteunen van culturele competenties op het microniveau van de hulpverlener maar dat de organisatiecontext, een kritische reflectie over het gezondheidssysteem en de context van de cliënt met een migratieachtergrond in het kader van herstel van probleemgebruik vaak onderbelicht blijft (19) (63).

Ook Dauvrin, Derluyn en collega's (2012) benadrukten in hun aanbevelingen voor een betere gezondheidszorg voor deze doelgroep dat extra inspanningen noodzakelijk zijn op het beleidsniveau om toegankelijkheid voor MEM echt te verhogen (8) (9). De ondersteuning van het MATREMI-project door het Federaal Wetenschapsbeleid, de ondersteuning van intercultureel bemiddelaars in de ziekenhuizen op federaal niveau en diverse initiatieven gesteund door de regio's (i.e. eerstelijnspsychologen) zijn alvast enkele stappen in die richting.

In totaal werden aan de hand van de bevraging 31 inspirerende praktijken geïdentificeerd: 23 in Vlaanderen en 8 in Wallonië en Brussel. We vulden deze kennis aan met praktijken die de MATREMI-partners reeds kenden. Ten slotte werden in deze wegwijzer ook de gelijkenissen en verschillen tussen 48 praktijken in 27 Europese landen besproken.

Uiteraard is dit geheel eerder het resultaat van een momentopname dan een exhaustief overzicht van alle praktijken die op dit moment bestaan. Deze wegwijzer biedt enig inzicht in wat we doen en wat beter kan. Voor een meer uitgebreide analyse verwijzen we naar het online MATREMI-rapport (www.belspo.be).

Initiatiefnemers: proactieve organisaties en hulpverleners

De Belgische praktijken bleken vooral op (boven)lokaal en zelden op nationaal niveau te worden geïnitieerd. Dit is een logisch gevolg van de zesde staatshervorming die persoonsgebonden bevoegdheden waaronder een groot deel van de drughulpverlening van de federale staat naar de regionale niveaus overhevelde (64) (65). De praktijken werden vooral gestart op initiatief van de eigen organisatie en in mindere mate onder impuls van het breder drugbeleid op bijvoorbeeld stedelijk of regionaal niveau. Kennisdeling over deze praktijken tussen de organisaties blijkt op basis van de bevraging laag te zijn.

Deze resultaten zetten vooral proactieve hulpverleners en organisaties in de kijker. Deze resultaten impliceren dat meer ondersteuning vanuit het regionale beleid voor organisaties die zich richten op MEM en kennisdeling tussen deze organisaties een *must* maar ook een *quick win* is om de doelgroepen beter te bereiken. Daarenboven kan de reeds aanwezige expertise in de brede hulpverlening ingezet worden voor bottom-up drugbeleidsvoering met meer oog voor MEM.

De zesde staats hervorming in samenspel met de historische verschillen in de twee grootste landsdelen zorgen ervoor dat de inspirerende praktijken in deze wegwijzer flink verschillen. Als we nog wat verder, over de landsgrenzen heen kijken, merken we echter dat er ook heel wat gelijkenissen zijn tussen de Belgische en de Europese drughulpverlening voor MEM. In wat volgt bespreken we enkele opvallende gelijkenissen en verschillen, zowel tussen de landsdelen, als tussen België en de bevroagde Europese landen.

Een spectrum van preventie tot schadebeperking maar te weinig vroeginterventie en residentiële zorg

De Belgische praktijken werden door de respondenten gesitueerd in zowel de domeinen van behandeling van probleemgebruik, preventie als schadebeperking. Bij de analyse van de Europese praktijken zien we een ander beeld want deze focussen vooral op schadebeperking. Vroeginterventie en residentiële drughulpverlening krijgen minder aandacht zowel in Vlaanderen, Wallonië als in de bevroagde Europese landen.

Vroeginterventie (bestaande uit het vroegtijdig opmerken en vroegtijdig intervensiëren) is van groot belang om problematieken te detecteren en om ze tijdig aan te kunnen pakken. Inzetten op vroeginterventie kan enerzijds de levenskwaliteit van druggebruikers met een migratieachtergrond verhogen en kan anderzijds de kosten voor het gezondheidssysteem op het niveau van behandeling verlagen (68).

Een grote focus op het microniveau van cliënt en zorgrelatie

De praktijken die in de bevraging werden geïdentificeerd in zowel Vlaanderen, Wallonië als Brussel zijn vooral gericht op het microniveau van de cliënt, de hulpverlener en de zorgrelatie en veel minder op het mesoniveau van de organisatie en het macrobeleidsniveau. Ook uit de Europese bevraging en uit Europese overzichtsstudies blijkt dat de focus vooral op het microniveau ligt en zowel beleid als organisatie minder aan bod komen.

Tegelijkertijd werden ook de valkuilen voor implementatie vooral op het microniveau van de cliënt gesitueerd door de Belgische respondenten. Zij kaarten de grotere

kwetsbaarheid van MEM-cliënten, problemen gerelateerd aan cultuur, communicatie- en taalproblemen aan.

Dit sluit aan bij een analyse van valkuilen in de internationale literatuur die aan toont dat een te grote focus op cultuurverschillen ervoor kan zorgen dat structurele barrières voor de doelgroepen onderbelicht worden (19). We moeten dus durven vragen: Spreekt de (potentiële) cliënt de taal van de drughulpverlening niet, of is het net omgekeerd? En wie is dan verantwoordelijk voor welke aanpassingen: de cliënt, de hulpverlening of het beleid?

Recente studies beargumenteren dat er in België vooralsnog onvoldoende politiek engagement is om gezondheidsongelijkheden bij MEM aan te pakken en dat meer aandacht voor diversiteit in de hulpverlening onontbeerlijk is (67) (68).

Het zal in de nabije toekomst van groot belang zijn om in de opleiding van gezondheidswerkers – vooral bij artsen en eerstelijns werkers – aandacht te hebben voor zowel het omgaan met diversiteit als voor problemen gelinkt aan de mentale gezondheid zoals middelengebruik. Ook beleidsmatig is er nood aan een grotere focus op deze thema's.

Toegankelijkheid als voornaamste doel

De focus van alle Belgische praktijken ligt vooral op het verhogen van de toegankelijkheid van diensten, het bereiken van deze doelgroepen en in veel mindere mate op de retentie van cliënten in behandeling. Ook uit de Europese bevraging kwam duidelijk naar voren dat de focus voornamelijk op toegankelijkheid ligt. Het spreekt voor zich dat wanneer doelgroepen niet bereikt worden, men eerder zal focussen op het bereik en de toegankelijkheid en dat retentie in behandeling (nu nog) minder aan bod komt.

Personen met een andere nationaliteit zijn immers ondervertegenwoordigd in vooral de hoogdrempelige residentiële drughulpverlening (6). Personen met een niet-Europese nationaliteit blijken ook een extra kwetsbare socio-economische achtergrond te hebben in vergelijking met Belgische cliënten. Niet-Europese vrouwen zijn op hun beurt zo goed als afwezig in de residentiële zorg (7).

Hoewel de laagdrempelige Medisch Sociaal Opvangcentra (MSOC) goed gekend zijn bij veel MEM, moet worden nagedacht over hoe MEM duurzaam ondersteund kunnen worden vanuit een herstelondersteunende benadering (11) (45) wanneer een ander type zorg (i.e. residentiële of kortdurende crisiszorg) aangewezen is.

Hierbij kan expertisedeling tussen laagdrempelig ambulante en hoogdrempelige residentiële zorg een meerwaarde zijn (bv. *outreach*, netwerking tussen organisaties, creatieve therapieën en begeleidingsvormen), maar ook meer algemeen tussen de drughulpverlening en de geestelijke gezondheidszorg (i.e. post-traumatische stress, EMDR, identiteitsproblematieken, e.d.).

Veel expertise maar weinig kennisdeling en evaluatie

Voor ongeveer een derde van alle Belgische praktijken die in de bevraging werden geïdentificeerd, is er een handleiding beschikbaar maar voor weinig praktijken is die handleiding ook online vrij te consulteren. Dit bemoeilijkt kennisdeling.

De meerderheid van de respondenten beschreef positieve uitkomsten na het implementeren van de praktijk maar voor geen enkele praktijk waren evaluatiestudies beschikbaar. Dit is de voornaamste reden waarom wij kiezen voor de term ‘inspirerende’ praktijken. We kunnen immers pas over ‘good practices’ of ‘best practices’ spreken als een praktijk minimaal geëvalueerd werd.

We benadrukken uiteraard dat een meerderheid van de Belgische respondenten wel aangeeft positieve resultaten te hebben geboekt met deze praktijken en dat het daarom de moeite waard is om te bekijken of praktijken herhaald kunnen worden of structurele betoelaging behoeven (i.e. sociaal tolken, eerstelijnspsychologie, project ‘vluchtelingen’, e.d.). We zien immers ook in de Europese bevraging dat slechts de helft van de respondenten aangeeft dat de praktijk geëvalueerd werd en dat er niet naar evaluatiestudies of rapporten verwezen werd.

Bovendien bestaat er in het domein van migratie en gezondheid geen eenduidige definitie van wat een ‘goede’ of ‘beste’ praktijk is. *Evidence-based* praktijken worden idealiter geëvalueerd door middel van gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT) en deze methode wordt vaak gezien als de ‘gouden standaard’ voor het implementeren van behandelings- en interventieprocedures. Recent onderzoek dat gesubsidieerd

werd door de VN (48) maar ook de MATREMI-studie (www.belspo.be) tonen echter aan dat dit type evaluaties in dit domein zo goed als onbestaand is in de Europese context.

Ten slotte moet ook de kanttekening worden gemaakt dat de meest aangehaalde valkuil bij het implementeren van praktijken bestond uit het gebrek aan fondsen en subsidies.

Het spreekt voor zich dat er slechts ruimte is voor gedegen evaluatie wanneer aan de basisvoorwaarde van financiering voor de praktijk werd voldaan.

De keuze voor een generalistisch of doelgroepenbeleid: een en-enverhaal

In Vlaanderen lijkt de focus vooral op een tweede, derde en vierde generatie personen met een migratieachtergrond en op cultuur te liggen waar de focus in de Franstalige regio eerder op asielaanvragers maar vooral op de brede groep van kwetsbare druggebruikers ligt. Intra-Europese migranten kwamen, net zoals in de Europese bevraging beperkt aan bod.

Personen met een niet-Europese migratieachtergrond maar ook personen met Centraal- en Oost-Europese nationaliteiten, vrouwen met een migratieachtergrond, asielaanvragers en vluchtelingen zijn kwetsbare doelgroepen wat betreft zowel de oorzaken van middelengebruik als de toegang tot de zorg en het doorlopen van een succesvol traject in de drughulpverlening.

In het kader van de groeiende intra-Europese migratie maar ook de mobiliteit van onder meer druggebruikers uit voormalige USSR-landen, zou kennis en expertisedeling wat betreft zowel hulpverlening als epidemiologie, over de landsgrenzen heen interessant kunnen zijn.

De socio-politieke en sociologische context speelt uiteraard een rol wanneer het gaat over een eerder doelgroepgericht dan wel een universalistisch beleid. Zo wordt weleens gesteld dat Vlaanderen nauwer aanleunt bij de Nederlandse sociologische traditie en deze van het Verenigd Koninkrijk terwijl Wallonië eerder zou aanleunen bij de Franse traditie. Deze tradities verschillen zowel in hun benadering van personen

met een migratieachtergrond in de samenleving als in de conceptualisering ervan in de literatuur.

Zo vind je het woord 'ethniciteit' zelden terug in Franstalige literatuur. In landen als de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk worden heel wat administratieve gegevens met betrekking tot ethniciteit en migratieachtergrond geregistreerd bij cliënten in de hulpverlening maar dit is in de Franstalige traditie minder het geval (30) (69).

Deze vermeende tegenstelling komt ook terug in het debat over de nood aan 'cultuursensitieve' dan wel 'divers-sensitieve' zorg (24) (70). Tegelijkertijd worden de sociale en socio-economische oorzaken van gezondheidsongelijkheden steeds meer erkend in de internationale literatuur (3) (23) (71) en worden die onderscheiden van de gevolgen van migratie en discriminatie.

Vanuit een cliënt-gericht perspectief stellen we vast dat niet alle personen met 'dezelfde' migratieachtergrond dezelfde noden hebben terwijl we vanuit een populatieperspectief erkennen dat doelgroepgerelateerde gezondheidsongelijkheden nu eenmaal bestaan en aangepakt moeten worden (72).

Een uitgebreide analyse van deze thema's zou ons te ver brengen in deze beknopte reflectie en bovendien is een sluitende keuze voor het bevoorrechten van individuele voorkeuren en diversiteit tegenover universele rechten in het licht van socio-economische ongelijkheden niet wenselijk.

Wel verklaren deze verschillende tradities gedeeltelijk waarom er aan de Vlaamse landszijde meer aandacht wordt besteed aan migratieachtergrond in de gezondheidszorg, terwijl men over de taalgrens heen vanuit een universalistische visie focust op de algemene bevolking, inclusief personen met een migratieachtergrond en etnische minderheden (69).

Concluderend

We kunnen niet ontkennen dat de laatste decennia cultuur en ethniciteit in veel maatschappelijke domeinen en ook in de gezondheidszorg wel eens naar voren worden geschoven als een 'probleem' of een 'risicofactor', terwijl personen met een migratieachtergrond hun gezondheid vaak als slechter ervaren. Met betrekking tot

de specifieke drughulp, verloopt de hulpverlening voor deze doelgroepen evenmin optimaal.

Of we nu vooral de focus leggen op divers-sensitieve zorg dan wel op het nastreven van horizontale en verticale gelijkheid in de drughulpverlening, een grotere focus op de doelgroep van migranten en etnische minderheden is noodzakelijk vanuit een perspectief van rechtvaardige hulpverlening en in het breder kader van het 'proportioneel universalisme' waar de Belgische overheden uitdrukkelijk voor kiezen.

Het is onontbeerlijk om over de beleidsniveaus en -domeinen en samen met experts in het werkveld na te denken over een gedragen visie en een duurzaam engagement voor dit groeiend deel van de Belgische bevolking dat momenteel uit goed 20% bestaat. Een randvoorwaarde om écht met deze doelgroepen aan de slag te gaan is om duurzame betoelaging te voorzien.

Deze oefening kan immers niet alleen gaan over het zich aanpassen van de hulpverlener aan de 'cultuur' van de (potentiële) cliënt of omgekeerd. We moeten ook kritisch naar de cultuur van de drughulpverlening en de culturen in deze diensten kunnen kijken. Zo kunnen we ons vragen stellen bij de dominantie van een hoofdzakelijk biomedische visie op verslaving en moeten we de nood aan meer sociale ondersteuning en het wegwerken van stigma durven aankaarten.

Ten slotte is ook een beleidscultuur van belang die ademruimte en dus duurzame financiering voorziet voor *outreach* werk, vertaaldiensten en kennisdeling. Dit thema kan niet langer alleen op basis van kortdurende projecten worden aangepakt.

Tenslotte is het geen evidentie en onwenselijk om alleen uitkomstgericht met de meest kwetsbare groepen in onze samenleving aan de slag te gaan. In de hulpverlening moet er tijd en ruimte zijn om te verkennen wat de gevolgen zijn van migratie (zoals trauma) maar evengoed de gevolgen van gepercipieerde discriminatie op de identiteitsbeleving en hoe dit gerelateerd is aan middelengebruik. Vanuit een cliëntgericht perspectief moeten personen in brede levensdomeinen ondersteund kunnen worden door diensten die elkaar kennen en door professionals die tijd hebben.

In deze wegwijzer werden inspirerende praktijken samengebracht die op een snelle en relatief eenvoudige manier gerepliceerd kunnen worden of die gewoon inspiratie kunnen bieden. We brachten informatiebronnen en hulpmiddelen samen en

besteedden daarbij aandacht aan hoe uitdagingen bij de implementatie aangepakt kunnen worden. De auteurs hopen hiermee samenwerking en debat over een onderbelicht thema te kunnen openen.

Ten slotte is deze wegwijzer ook een oproep voor het uitwisselen van expertise en ervaring over de taalgrenzen heen: de beschreven praktijken kunnen elkaar versterken en nieuwe praktijken kunnen ontstaan op basis van de vergaarde kennis en kunde.

Trefwoordenregister

- Advies 28, 57, 77, 81
Albanees 28, 53
Applicatie (mobiel) 81
Arabisch 28, 29, 33, 34, 36, 37, 45, 53, 58, 81, 87
Asielaanvragers 14, 19, 31, 36, 42, 50, 68, 74, 81
Asielcentrum 31, 44, 68
Audiovisueel 32, 35, 53
Bereik 14, 29-38, 44, 45, 48, 55, 56, 61, 62, 64, 67, 70, 72, 74, 76, 78-80, 88, 90
Brochure 28, 33, 47, 53
BRU (Brussel) 43, 50, 51, 57, 64, 70-74, 77, 79, 80, 93
Checklist 42, 58, 60
Chinees 45, 53
Consult (individueel/organisatie) 27, 57, 61, 64, 75
Creools 45
Cursus 33, 94
Dagbesteding 82
Dari 28, 87
Doorverwijzen 69-84
Draagvlak 56, 61
Draaiboek (drugbeleid, zorgnetwerken) 29, 74
Duits 45, 54, 87, 88, 89
Ecosociaal 19-23
Educatief materiaal 32, 35, 37
Engels 28, 33-35, 36, 45, 53, 54, 58, 64, 79, 87
Erkende vluchtelingen 32, 36, 40, 43, 44, 47, 50, 64, 68, 74, 80, 83
Familie (gezin) 40-42, 54, 64, 73, 76, 98
Farsi 28, 37, 53, 79, 81
Financiering 49, 65, 74, 93, 104, 106
Frans 24, 28, 33-36, 45, 50-54, 58, 64, 66, 95, 104
(Geestelijke) gezondheidszorg 28, 30, 35, 37, 38, 40-44, 48, 50, 52, 56, 58, 59, 62, 64, 72, 73, 75, 77, 78, 80-83, 87
Haïtiaans 45
Hebreeuws 45
Hindi 45
Huisvesting 83
Integratie-asielsector 28, 32, 37, 43, 47, 53, 68, 74, 80, 82-84
Intercultureel bemiddelaar 49, 100
Japans 45
Jongeren 29, 31-34, 37, 46, 57
Juridisch 81
Khmer 45
Kruispuntdenken 18
Laagdrempelige hulpverlening 72, 79
Laotiaans 45
Macro 15, 17, 20-23, 99, 101
Management (veranderingen-) 55-57
MATREMI 9, 18, 23, 25, 69, 77, 85, 100, 104
Meso 55-65
Micro 39-53
Mobiele hulpverlening 72
Netwerk 27, 31, 40-44, 62, 63, 65, 74, 75, 82, 95
Opvoeding 32-35, 42
PADUMI 9, 18, 24
Pasjtoe 28, 29, 36, 53
Personen zonder wettige verblijfsdocumenten 43, 72, 81, 82, 86
Perzisch 45
Pools 28, 34, 35, 53, 79
Portugees 45
Preventie 27-37
Psycho-educatie 36, 37

- Retentie 9, 14, 18, 22, 24, 39, 40-44, 49, 50, 51, 55, 56-58, 61, 64, 74, 78, 79, 88, 90, 99, 102
 Roemeens 28, 34, 35
 Roma 47, 86, 92, 94
 Russisch 28, 34, 35, 45, 52, 53, 63, 86
 Screeningsinstrument 40-42, 45, 47, 56, 58, 61
 Sleutelfiguren 30, 31, 63, 65
 Somalisch 28
 Spaans 34, 35, 45, 53, 64
 Spelmateriaal 32, 35, 58
 Taalondersteuning 28, 35, 37, 47-54, 79, 81, 93
 Tewerkstelling 19, 84
 Toegankelijkheid 14, 24, 43, 44, 47, 49-53, 56-59, 61, 62, 64-66, 70, 72-75, 77-80, 89-91, 97, 98, 100, 102
 Toeleiders (in diversiteit) 63, 80
 Toolkit 31, 44, 47
 Turks 28, 29, 31, 33, 34, 45, 52, 58, 92, 97
 Verblijfsstatuut 18, 19, 23, 43, 47, 50, 75, 81, 86
 Vertrouwen 29, 39, 45, 46, 48, 52
 Vietnamees 45
 VL (Vlaanderen) 28, 30, 32, 35, 37, 38, 40-44, 47, 49, 51, 53, 56-59, 61, 62, 64, 68, 72, 74, 75, 77-84
 Vorming 33, 34, 35, 50, 53, 57, 70, 74, 84, 93, 94
 WAL 43, 49, 50, 53, 66, 72, 73, 77, 79-83
 Welzijnswerk 10, 28, 30, 35, 37, 43, 45, 47, 50, 51, 53, 56-59, 61, 62, 67, 72, 75, 77, 80-84
 Wetgeving 28, 31, 73
 Workshop 31, 55, 84, 94
 Zorgnetwerk 74, 75

Referentielijst

- (1) EMCDDA. Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations: issues raised by 33 case studies. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA); 2013.
- (2) Burkhart G, Gyarmathy VA, Bo A. Selective prevention: Addressing vulnerability to problem drug use in Europe. *Drugs: education, prevention and policy*. 2011;18(6):447-53.
- (3) WHO. Global consultation on migrant health. *Migrant-Sensitive Health Systems*. Madrid, Spain: National School of Public Health; 2010.
- (4) EMCDDA. Programming Document 2019-21. Lisbon: EMCDDA; 2019.
- (5) Derluyn I, Vanderplasschen W, Alexandre S, Stoffels I, Scheirs V, Vindevogel S, et al. Etnisch-culturele minderheden in de verslavingszorg. *Les minorités ethnico-culturelles et le traitement des problèmes de drogues*. Gent: Academia Press; 2008.
- (6) Blomme E, Colman C, De Kock C. De instroom van migranten en etnische minderheden in de drughulpverlening: Een verkennende studie. *Panopticon*. 2017;38(2):102-17.
- (7) De Kock C, Blomme E, Antoine J. European and third-country non-national clients in Belgian substance use treatment: Exploring treatment demand data. *Comparative Migration Studies*. in review.
- (8) Dauvrin M, Derluyn I, Coune I, Verrept H, Lorant V. Towards fair health policies for migrants and ethnic minorities: the case-study of ETHEALTH in Belgium. *BMC public health*. 2012;12(1):726.
- (9) Derluyn I, Lorant V, Dauvrin M, Coune I, Verrept H. Naar een interculturele gezondheidszorg: Aanbevelingen van de ETHEALTH-groep voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden. Brussel: FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu; 2011.
- (10) De Kock C, Decorte T, Schamp J, Vanderplasschen W, Hauspie B, Derluyn I, et al. Substance use among people with a migration background: a community-based participatory research study. Antwerpen: Garant; 2017.
- (11) De Kock C, Decorte T, Derluyn I, Vanderplasschen W. Probleemgebruik en sociaal herstellkapitaal bij personen met een migratieachtergrond. In: Vanderplasschen W, Vander Laenen F, editors. *Naar een herstelondersteunende verslavingszorg*. Leuven/Den Haag: Acco; 2017.
- (12) Zhang Z, Friedmann PD, Gerstein DR. Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction*. 2003;98(5):673-84.
- (13) Laudens F. 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); 2013.

- (14) El Osri M, Häuser E, Stevens P, Swinnen C, Berdaï S. Antwerpse Drughulpverlening. Een optie voor de ECM-druggebruiker. Antwerpen: De8 Antwerps Integratiecentrum.; 2012.
- (15) Vancoillie J. Een alcohol- en drugbeleid in opvangcentra voor asielzoekers. Brussel: VAD & Fedasil; 2017.
- (16) Sacré C, Daumas C, Hogge M. Usagers de drogues par injection en region Wallonne. Brussels: Eurotox & Modus Vivendi; 2010.
- (17) Suijkerbuijk H. Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. Waterloo: Wolters Kluwer Belgium SA; 2014.
- (18) Noens L, Soyez V, Thienpont J. Bereiken, ondersteunen en begeleiden van familieleden van allochtone drugsgebruikers. Verslaving. 2010;6(4):72-83.
- (19) De Kock C. Cultural competence and derivatives in substance use treatment for migrants and ethnic minorities: What's the problem represented to be? *Social Theory & Health*. 2019; Advance online publication.
- (20) Myria. Immigrant, vreemdeling, Belg van vreemde origine: over wie hebben we het nu eigenlijk? *Myriatrics*. 2015;#2(december 2015).
- (21) StatBel. Statbel (Direction générale Statistique – Statistics Belgium). 2018.
- (22) RIZIV. Witboek voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Brussels: RIZIV; 2014.
- (23) WHO. How Health systems can adress health inequities linked to migration and ethnicity. WHO – Regional office for Europe. 2010.
- (24) Jalhay S, Ceuterinck M, Degelin Pe. Bouwstenen voor een cultuursensitieve zorg- en welzijnsorganisatie. Brussel: Politeia; 2016.
- (25) Lemmens P, Dupont H, Roosen I. Migrants, asylum seekers and refugees: an overview of the literature relating to drug use and access to services. Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide. Lisbon: EMCDDA; 2017.
- (26) Saloner B, Lê Cook B. Blacks and Hispanics are less likely than whites to complete addiction treatment, largely due to socioeconomic factors. *Health Affairs*. 2013;32(1):135-45.
- (27) Communication from the Commission to the European Parliament, The European Council, the Council, The European Central Bank and the Eurogroup. 2019 European Semester: Assessment of progress on structural reforms, prevention and correction of macroeconomic imbalances, and results of in-depth reviews under Regulation (EU) No 1176/2011 Brussel: European Commission; 2019.
- (28) Noppe J, Vanweddigen M, Doyen G, Stuyck K, Feys Y, Buyschaert P. Vlaamse Migratie-en Integratiemonitor 2018. Brussel: Agentschap Binnenlands Bestuur; 2018.
- (29) Missinne S, Bracke P. Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012;47(1):97-109.
- (30) De Kock C, Decorte T, Vanderplasschen W, Derluyn I, Sacco M. Studying ethnicity, problem substance use and treatment: From epidemiology to social change. *Drugs: education, prevention and policy*. 2017;24(3):230-9.
- (31) Starfield B. Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*. 2001;31(3):545-66.
- (32) Krieger N. *Epidemiology and the people's health: theory and context*: Oxford University Press; 2011.
- (33) Alegria M, Pescosolido B, Williams S, Canino G. Culture, Race/Ethnicity and Disparities: Fleshing Out the Socio-Cultural Framework for Health Services Disparities. In:

- Pescosolido B, Martin J, McLeod J, Rogers A, editors. *Handbook of the Sociology of Health, Illness and Healing*. New York/London: Springer; 2011.
- (34) Van Roy K, Vyncke V, Piccardi C, De Maesschalck S, Willems S. Diversiteit in gezondheid en gezondheidszorggebruik: analyse van de data uit de Belgische gezondheidsenquête. 2018.
- (35) Krieger N. Methods for the scientific study of discrimination and health: an ecosocial approach. *American journal of public health*. 2012;102(5):936-44.
- (36) Krieger N. Discrimination and health inequities. *International journal of health services*. 2014;44(4):643-710.
- (37) Alegria M, Carson N, Goncalves M, Keefe K. 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*. 2011;50(1):22-31.
- (38) Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*. 1989;1(8):139.
- (39) Hancock A-M. When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm. *Perspectives on politics*. 2007;5(01):63-79.
- (40) Yentür A, Claeys A, Claes B, 2016. *Werkboek cultuursensitieve zorg*. Brussel: Politeia; 2016.
- (41) *Reflectietool Bouwen aan cultuursensitieve zorg voor zorg- en welzijnsorganisaties*. Brussel: VIVO vzw, het Agentschap Integratie en Inburgering en Atlas Integratie en Inburgering stad Antwerpen, met de steun van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse Overheid.; 2019.
- (42) De Kock C. Risk factors and dangerous classes in a European context: The consequences of ethnic framing of and among Turkish drug users in Ghent, Belgium. In: Thom B, MacGregor S, editors. *Alcohol, drugs and risk in historical and cross-cultural perspective: Framing dangerous classes and dangerous spaces*. Oxfordshire: Routledge; 2019.
- (43) Demeyer B, Vandezande V. *Etnische diversiteit in zorg en welzijn: Een kwalitatieve beleidsanalyse voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. Brussels: Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2016.
- (44) Vanderplasschen W, Vander Laenen F. *Naar een herstelondersteunende verslavingszorg*. Leuven: Acco; 2017.
- (45) Vandeurzen J. Visienota: Naar een geïntegreerde en herstelgerichte zorg voor mensen met een verslavingsprobleem. *Verslavingszorg*; 30.10.2015; Brussel.
- (46) Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW. Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*. 2002;27(6):951-76.
- (47) Kohlenberger J, Buber-Ennsner I, Rengs B, Leitner S, Landesmann M. Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy*. 2019.
- (48) Kane JC, Greene M. *Addressing Alcohol and Substance Use Disorders among Refugees: A Desk Review of Intervention Approaches*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.; 2018.
- (49) Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. *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*. 2016.

- (50) Chang DF, Yoon P. Ethnic minority clients' perceptions of the significance of race in cross-racial therapy relationships. *Psychotherapy Research*. 2011;21(5):567-82.
- (51) King J. Reclaiming our roots: Accomplishments and challenges. *Journal of psychoactive drugs*. 2011;43(4):297-301.
- (52) Gainsbury SM. Cultural competence in the treatment of addictions: Theory, practice and evidence. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2017;24(4):987-1001.
- (53) Rohlof H, Groen S, van Dijk R, Knipscheer J. Cultural formulation of diagnosis: state of the art. *Nervenheilkunde*. 2017;36(08):591-8.
- (54) Verrept H. Notes on the employment of intercultural mediators and interpreters in health care. In: Ingleby D, Chiarenza A, Devillé W, Kotsioni I, editors. *COST Series on Health and Diversity Volume 2: Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities*. Antwerp: Garant; 2012. p. 115-43.
- (55) Verrept H. 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; 2019.
- (56) Guerrero EG, Fenwick K, Kong Y. Advancing theory development: exploring the leadership-climate relationship as a mechanism of the implementation of cultural competence. *Implementation Science*. 2017;12(1):133.
- (57) Kotter JP, Rathgeber H. *Onze ijsberg smelt! Succesvol veranderen in moeilijke omstandigheden*. Amsterdam: Business Contact; 2006.
- (58) Vandeveld D. *Managers van diversiteit*. Tijdschrift De Kiem vzw. 2008;16(1):3-5.
- (59) Beelen S, De Maeyer J, De Waele C, Grymonprez H, Matthijsen C. *Reach out!* Antwerpen: Lannoo; 2014.
- (60) Sempértegui GA, Knipscheer JW, Baliatsas C, Bekker MH. 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*. 2018.
- (61) Butler M, McCreedy E, Schwer N, Burgess D, Call K, Przedworski J, et al. *Improving cultural competence to reduce health disparities*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US) Comparative Effectiveness Reviews; 2016.
- (62) Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC public health*. 2011;11(1):187.
- (63) De Kock C, Decorte T. Exploring problem use, discrimination, ethnic identity and social networks. *Drugs and Alcohol Today*. 2017;17(4):269-79.
- (64) Vandeurzen J. *Zorg voor elkaar*. Antwerpen: Polis; 2018.
- (65) Vander Laenen F. *De communautarisering van de drughulpverlening: herstel centraal*. Panopticon. 2016;37(4):275-89.
- (66) Greene MC, Ventevogel P, Kane JC. Substance use services for refugees. *Bulletin of the World Health Organization*. 2019;97(4):246.
- (67) Rosano A, Dauvrin M, Buttigieg SC, Ronda E, Tafforeau J, Dias S. Migrant's access to preventive health services in five EU countries. *BMC health services research*. 2017;17(1):588.
- (68) Dauvrin M, Lorant V. Cultural competence and social relations: a social network analysis. *International Nursing Review*. 2017.

- (69) Martiniello M. *Penser l'ethnicité. Identité, culture et relations sociales*. Liège: Presses Universitaires de Liège; 2013.
- (70) Hoffman E, Geldof D, Koning M. Superdiversiteit op de frontlijn. Diversiteitsbewuste communicatie is een noodzaak. *Alert: Tijdschrift voor Sociaal Werk en Politiek*. 2014;40(4):6-13.
- (71) Marmot M. *The Health Gap: The challenge of an unequal world*. London: Bloombury Publishing; 2016.
- (72) Wemrell M, Mulinari S, Merlo J. An intersectional approach to multilevel analysis of individual heterogeneity (MAIH) and discriminatory accuracy. *Social Science & Medicine*. 2017;178:217-9.

