



---

## ZORGTRAJECTEN VAN DRUGGEBRUIKERS UIT ETNISCH-CULTURELE MINDERHEDEN

---

Ilse Derluyn  
Wouter Vanderplasschen  
Sébastien Alexandre  
Ilona Stoffels  
Veerle Scheirs  
Sofie Vindevogel  
Tom Decorte  
Abraham Franssen  
Dan Kaminski  
Yves Cartuyvels  
Eric Broekaert

**Voor verdere informatie of bestelling van de publicatie:**

Ilse Derluyn  
Vakgroep Orthopedagogiek  
Universiteit Gent  
H. Dunantlaan 2  
9000 Gent  
België  
Tel: +32 (0) 9 264 63 63  
Fax: +32 (0) 9 264 64 91  
E-mail: [Ilse.Derluyn@UGent.be](mailto:Ilse.Derluyn@UGent.be)

FEDERAAL WETENSCHAPSBELEID



De studie kadert binnen het "Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de Federale Beleidsnota Drugs", in opdracht van en gefinancierd door de POD Wetenschapsbeleid.

# 1. SITUERING EN PROBLEEMSTELLING VAN HET ONDERZOEK

## 1.1 *Situering van het onderzoek*

Uit buitenlands onderzoek is gebleken dat personen met drugproblemen behorend tot etnisch-culturele minderheden er vaak moeilijk of zelfs helemaal niet in slagen om gebruik te maken van bestaande (gespecialiseerde) zorgvoorzieningen (Ashruf & van der Eijnden, 1996; Curtis et al., 2006; Longshore et al., 1997; Verdurmen et al., 2004). In de meeste centra en voorzieningen binnen de drughulpverlening is er sprake van een relatieve ondervetegenwoordiging van cliënten afkomstig uit etnisch-culturele minderheden in vergelijking met de algemene populatie. Dit zou in het bijzonder het geval zijn in meer hoogdrempelige voorzieningen (Braam et al., 1998; De Leon et al., 1993; Haasen et al., 2001; Vandeveldde et al., 2000).

Nochtans heeft epidemiologisch onderzoek aangetoond dat etnisch-culturele minderheidsgroepen juist kwetsbaarder zijn voor ernstig middelengebruik in vergelijking met de algemene populatie omwille van, onder meer, de hogere werkloosheidsgraad, beperktere taal- en communicatievaardigheden, geringere onderwijskansen, intergenerationele conflicten, acculturatiemoeilijkheden en grotere druk van leeftijdsgenoten (Reid et al., 2001). Bovendien bestaan ook aan de kant van de hulpverlening vaak heel wat barrières die de toegang tot de drughulpverlening voor etnisch-culturele minderheden extra bemoeilijken, zoals taal- en communicatieproblemen (Fountain et al., 2002; Schneider, 2001) en een gebrek aan culturele gevoeligheid van de diensten en/of hulpverleners zelf (Castro & Alarcon, 2002; Ja & Aoki, 1993). Daarnaast zijn druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden vaak minder goed op de hoogte van het bestaande hulpverleningsaanbod (Reid et al., 2001; Salman et al., 1999), is er vaak een groot wantrouwen ten aanzien van het op westerse leest geschoeide hulpverleningsaanbod (Broers & Eland, 2000; Eland & Rigter, 2001) en zorgt ook het stigma dat binnen (bepaalde) etnisch-culturele gemeenschappen op druggebruik kleeft ervoor dat men de problematiek verborgen tracht te houden voor de nabije omgeving (Vandeveldde et al., 2003).

Behalve de toegankelijkheid van de hulpverlening blijkt ook het vervolg van het zorgtraject vaak problematisch te verlopen. Zo hebben cliënten uit etnisch-culturele minderheden minder kans op het succesvol volbrengen van een gevolgde behandeling en haken ze vaker vroegtijdig af (Finn, 1994, 1996; Verdurmen et al., 2004; Vrieling et al., 2000), vooral omdat het gespecialiseerde hulpverleningsaanbod onvoldoende aansluit bij hun specifieke noden en behoeften (Yildiz & Keersmaeckers, 2001). Deze vaststelling houdt een ongunstige prognose in voor de kans op een succesvolle outcome na afloop van de behandeling (Verdurmen et al., 2004).

In België is bijzonder weinig bekend over enerzijds de prevalentie en de aard van het druggebruik bij etnisch-culturele minderheden en anderzijds over de vertegenwoordiging van deze doelgroepen in de drughulpverlening en over de zorgtrajecten die zij volgen binnen de hulpverlening. Uit twee kleinschalige studies kunnen indicaties gevonden worden dat cliënten uit etnisch-culturele minderheden verschillende (talige, religieuze, culturele, sociale, ...) barrières ervaren ten aanzien van de hulpverlening en dat deze groepen vaker een beroep doen op de laagdrempelige medische zorg (bv. medisch-sociale opvangcentra) in vergelijking met de meer langdurige, residentiële drughulpverlening (Vanderplasschen et al., 2003; Vandeveldde et al., 2003). Bovendien blijken druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden oververtegenwoordigd te zijn in gevangenispopulaties (Vandeveldde et al., 2005).

## 1.2 *Probleemstelling, onderzoeksvragen en doelstellingen*

De centrale **probleemstelling** die dit onderzoek wil beantwoorden is of druggebruikers die behoren tot etnisch-culturele minderheden minder vaak of op een andere manier gebruik maken van het bestaande hulpverleningsaanbod en – hierbij aansluitend – in welke mate zij een beroep doen op een alternatief hulpverleningsaanbod buiten het ‘klassieke’ aanbod. Hierbij wordt verondersteld dat deze doelgroep relatief minder vaak een beroep doet op de gespecialiseerde (residentiële) hulpverlening en vooral terug te

vinden is in meer medisch georiënteerde programma's, gevangenissen en specifieke initiatieven gericht op etnisch-culturele minderheden.

Om deze moeilijkheden met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorg en het gevolgde zorgtraject te duiden, worden volgende richtinggevende **hypothesen** naar voor geschoven die op hun plausibiliteit zullen getoetst worden.

Een *eerste werkhypothese* die gehanteerd wordt is deze van de 'dubbele uitsluiting' of 'dubbele isolering'. Personen uit etnisch-culturele minderheden die sterk ingebed zijn in een eigen netwerk (al dan niet gestructureerd rond familiale banden) lopen bij problematisch middelengebruik in eerste instantie het gevaar uit dit beschermende netwerk te vallen of gestoten te worden omwille van het stigma dat rust op middelengebruik binnen een aantal etnisch-culturele gemeenschappen. Bovendien bestaat het risico dat ze de weg niet vinden naar externe zorgstructuren of opvangnetten, omdat deze hen onbekend zijn of ontoegankelijk of irrelevant lijken.

Een *tweede werkhypothese* is die van 'concurrentie tussen activiteiten op het vlak van preventie en zorg aangaande middelengebruik door zelforganisaties en moskeeën enerzijds en de reguliere zorgstructuren anderzijds'. Verschillende Maghrebijnse en Turkse verenigingen en zelforganisaties maken in hun statuten melding van activiteiten aangaande drugpreventie of -zorg (Jacobs, 2005). Ook verschillende moskeeën stellen dat zij actief zijn op het terrein van de ontrading van middelengebruik en soms ook wat zorgverstrekking betreft. Het is bijzonder moeilijk in te schatten wat de reële draagwijdte en impact hiervan is, maar mogelijk interfereren deze met initiatieven van reguliere zorgstructuren of misschien bereiken zij op een complementaire manier doelgroepen uit etnisch-culturele minderheden, die ondervertegenwoordigd zijn in ambulante en residentiële zorginstellingen.

Een *derde werkhypothese* is die van de 'cultural blindness' van bestaande behandelings- en preventieprogramma's waardoor onvoldoende rekening wordt gehouden met culturele invloeden (Castro & Alarcon, 2002). Het lijkt immers van belang te zijn een aantal culturele aspecten te integreren in bestaande programma's om op die manier een cultuurgevoelige behandeling uit te bouwen, die inspeelt op de specifieke behandelingsnoden van etnisch-culturele minderheden (Castro & Garfinkle, 2003).

Dit onderzoek stelt drie **doelstellingen** voorop. Een *eerste doelstelling* bestaat uit het vergelijken van de zorgtrajecten van druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden en druggebruikers uit de algemene populatie en het opsporen van verschillen op het vlak van de toegang tot, participatie aan en retentie in diverse voorzieningen en diensten voor algemene gezondheidszorg en gespecialiseerde drughulpverlening. Eens de verschillen met betrekking tot de zorgtrajecten zijn onderzocht, is het – en dit vormt dan ook de *tweede doelstelling* van dit onderzoeksproject – de bedoeling deze op meer diepgaande wijze te analyseren. Op die manier wenst dit onderzoek na te gaan welke factoren en werkingsmechanismen het zorgtraject van etnisch-culturele minderheden (kunnen) bemoeilijken of stimuleren en in welke mate dit het geval is. De *derde doelstelling* bestaat uit het formuleren van concrete aanbevelingen om de moeilijkheden met betrekking tot de toegankelijkheid en het zorgtraject van etnisch-culturele minderheden weg te werken.

### **1.3 Onderzoeksopzet**

In eerste instantie werd een **literatuurstudie** uitgevoerd om zicht te krijgen op het reeds bestaande onderzoek en de theorievorming rond het centrale onderzoeksthema van dit project. Hierbij werd ervoor geopteerd om zowel Nederlands- en Engelstalige literatuur als Frans- en Spaanstalige literatuur door te nemen, omdat het vermoeden bestond dat de benadering van het onderzoeksthema toch enigszins op andere wijze gebeurt in deze twee taalgebieden. Dit weerspiegelt zich mogelijk ook in een andere benadering van dit gegeven in de beide landsdelen in België. Deze literatuurstudie werd aangevuld met een aantal **explorerende interviews** met sleutelfiguren uit het werkveld, zowel uit Nederlands- als Franstalig België.

Ten tweede werd een breed **kwantitatief onderzoeksluik** uitgebouwd, waarbij in drie delen reeds bestaande datasets werden geanalyseerd om zicht te krijgen op de hiervoor beschreven centrale probleemstelling. Hierbij werd geopteerd voor de combinatie van drie verschillende datasets, gezien elke dataset op zich een aantal beperkingen vertoont, waardoor een combinatie van verschillende

onderzoeksdata noodzakelijk was om op die manier een zo volledig mogelijk zicht te krijgen op de vertegenwoordiging van etnisch-culturele minderheden in de algemene en gespecialiseerde gezondheidszorg.

In eerste instantie werd hiervoor gebruik gemaakt van de gegevens van een onderzoeksproject uitgevoerd door de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent en het Universitair Wetenschappelijk Instituut voor Drugproblemen van de Universiteit Antwerpen met betrekking tot de *cliëntenpopulatie* in de *alcohol- en drughulpverlening* in de *provincie Antwerpen*.

In een tweede hoofdstuk worden de gegevens geanalyseerd van 1 880 cliënten die een beroep deden op de vzw *De Sleutel*. Hierbij vormt de ernst van de problemen op verschillende levensdomeinen (gegevens verzameld aan de hand van de Europese versie van de Addiction Severity Index) de insteek.

Het derde hoofdstuk van het kwantitatieve onderzoeksdeel betrof ten slotte de analyse van data van de drie grootste *verzekeringsinstellingen* in België met betrekking tot het gevolgde zorgtraject van een steekproef van 2 000 at random geselecteerde personen die een behandeling volgden omwille van drugproblemen.

In deze drie onderzoeksdelen is het uitgangspunt telkens de vergelijking tussen cliënten afkomstig uit etnisch-culturele minderheden en het overige deel van de bevolking.

Ondanks de uitgebreidheid van het kwantitatief onderzoeksstuk impliceert een dergelijk perspectief toch een aantal beperkingen. Daarom werd ervoor gekozen om het kwantitatieve onderzoeksstuk aan te vullen en te verdiepen met een uitgebreid **kwalitatief onderzoeksstuk**. Dit kwalitatief onderzoeksstuk werd parallel uitgevoerd in de beide landsdelen, waarbij telkens twee grote steden als uitvalsbasis werden gekozen. In het Nederlandstalig landsgedeelte werd het kwalitatief onderzoeksstuk uitgevoerd in Antwerpen en Gent, in het Franstalig landsgedeelte gebeurde dit in Brussel en Charleroi.

Gezien het kwalitatief stuk van dit onderzoeksproject parallel in beide landsdelen werd uitgevoerd, diende er uiteraard voldoende afstemming te gebeuren met betrekking tot de gehanteerde methodologie. Er werd daarom ruim tijd gespendeerd aan een degelijke *instrumentontwikkeling*, in het bijzonder met betrekking tot de uitwerking van het interviewschema voor de kwalitatieve interviews, de leidraad voor de focusgroepen en de analyseschema's en -methoden voor zowel interviews als focusgroepen.

Het kwalitatieve onderzoeksstuk bestond vooreerst uit de afname van *semi-gestructureerde interviews* met druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden. In totaal werden 45 personen geïnterviewd. Gezien de heterogeniteit van de te onderzoeken populatie werd ervoor gekozen om dit onderzoeksstuk af te baken tot participanten van Turkse of Marokkaanse herkomst, gezien dit de twee grootste niet-Europese minderheidsgroepen zijn in België. Tijdens deze interviews werd gefocust op de diverse afgelegde 'trajecten' van de betrokken persoon, zowel betreffende druggebruik, het traject binnen de hulpverlening als het eigen levenstraject, met nadruk op aspecten gerelateerd aan het gevolgde migratieproces.

In een tweede luik werden de bevindingen uit het kwalitatief onderzoeksstuk getoetst aan een forum van sleutelfiguren en experts uit het werkveld. Dit gebeurde door middel van het uitvoeren van *focusgroepen* in de vier voornoemde steden.

Als laatste luik van het kwalitatief onderzoeksdeel werd ervoor gekozen om in het buitenland een aantal '*interesting practices*' te bezoeken, om op die manier zicht te krijgen op enkele initiatieven binnen de drughulpverlening waar op min of meer succesvolle manier gewerkt wordt met druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden. In totaal werden drie interesting practices in evenveel verschillende Europese landen bezocht.

Gezien dit project de verwerking van gevoelige gegevens (zoals gezondheidsgegevens en gegevens met betrekking tot de etnische afkomst) betreft, werd dit project vooreerst voorgelegd aan het Ethisch Comité van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Universiteit Gent (goedkeuring d.d. 10.10.2006). Daarnaast diende voor de secundaire analyse van de onderzoeksdata ingezameld door de verzekeringsinstellingen goedkeuring te worden verkregen van het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid, dat deel uitmaakt van de Commissie ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer (privacycommissie) (goedkeuring d.d. 08.05.07, machtiging nr. 07/020; voor de volledige beschikking: zie: [http://www.privacycommission.be/nl/docs/SZ-SS/2007/beraadslaging\\_SZ\\_020\\_2007.pdf](http://www.privacycommission.be/nl/docs/SZ-SS/2007/beraadslaging_SZ_020_2007.pdf)).

## 2. BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSRESULTATEN

### 2.1 *Trajectensysteem van etnisch-culturele minderheden*

Tijdens deze studie werd het duidelijk dat men het zorgtraject van druggebruikers behorend tot een etnisch-culturele minderheid niet los kan zien van hun gebruikstraject en van hun individueel levenstraject, achtergrond en geschiedenis. We spreken daarom in deze context van een **trajectensysteem**. Indien we wensen na te gaan in welke mate en op welke manier het zorgtraject van personen uit etnisch-culturele minderheden al dan niet verschilt van dat van personen van Belgische afkomst, is het dan ook absoluut noodzakelijk om het hele trajectensysteem mee in beschouwing te nemen.

Uit de diverse onderzoeksluiken van deze studie is gebleken dat het trajectensysteem van etnisch-culturele minderheden niet eenduidig getypeerd kan worden. Zo werd in dit onderzoek ook geen eenduidigheid teruggevonden inzake onder meer de prevalentie en de aard van het druggebruik en zorggebruik door personen afkomstig uit etnisch-culturele minderheden. Eén van de voornaamste conclusies van dit onderzoek is dan ook dat voornamelijk **individuele factoren** het genuanceerd verloop van de diverse trajecten bepalen, zowel qua druggebruik als wat betreft zorggebruik. Ook Scheppers en collegae (2006) kwamen aan het einde van hun studie tot een gelijkaardige bevinding. Deze bevinding wordt wellicht sterk beïnvloed door het gegeven dat de groep ‘personen uit etnisch-culturele minderheden’ een bijzonder moeilijk af te bakenen groep is, waarvoor verschillende criteria gehanteerd kunnen worden (bv. nationaliteit, geboorteland, geboorteland ouders, naam,...). Bovendien dient benadrukt te worden dat de onderzoeksgroep een bijzonder **heterogene** groep is. Zo zijn er binnen deze groep heel wat verschillen, onder meer, qua nationaliteit, geboorteland, achtergrond, migratiegeschiedenis, huidige sociaal-economische status, enzovoort. Tevens willen we benadrukken dat het hanteren van het criterium nationaliteit en/of geboorteland op zich ook geen homogene groepen oplevert, want ook binnen deze groep zijn er nog bijzonder veel intra-groep-verschillen (bv. opleiding, stedelijke of rurale achtergrond). Het is daarom niet evident en vooral niet wenselijk om op basis van dit onderzoek *hét* traject van etnisch-culturele minderheden eenduidig te definiëren. Bovendien moeten we er ons op elk moment van bewust dat deze doelgroep een bijzonder grote **diversiteit** omvat, wat ook duidelijk naar voor komt in de aanbevelingen.

Als we de gebruiks- en zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden vergelijken met die van personen van Belgische etnische herkomst, vinden we dan ook zowel heel wat verschillen als gelijkenissen. We kunnen daarom geen eenduidig antwoord formuleren op de vraag of het trajectensysteem van etnisch-culturele minderheden al dan niet in belangrijke mate verschilt van het trajectensysteem van cliënten van Belgische afkomst. Het antwoord op deze vraag lijkt bovendien vooral afhankelijk van de keuze die men maakt om de gelijkenissen te benadrukken dan wel te focussen op de verschillen. Ondanks de voorzichtigheid die we dus aan de dag dienen te leggen bij de bespreking en interpretatie van de onderzoeksresultaten willen we in dit besluit niettemin een aantal opvallende inzichten samenbrengen. We focussen hierbij logischerwijze vooral op verschillen – eerder dan op gelijkenissen – tussen etnisch-culturele minderheden en cliënten van Belgische etnische herkomst met betrekking tot hun trajectensysteem, om uiteindelijk te komen tot een aantal aanbevelingen waardoor beter kan tegemoet gekomen worden aan de specifieke noden van druggebruikers behorend tot een etnisch-culturele minderheid.

#### 2.1.1 **Omvang en demografische en sociale kenmerken van personen van niet-Belgische herkomst**

Het kwantitatief onderzoeksluik geeft ons enig inzicht in de **omvang** van het aantal cliënten van niet-Belgische etnische herkomst in de drughulpverlening. Hoewel de wijze van registratie en daarmee het criterium waarmee de groep ‘personen uit etnisch-culturele minderheden’ wordt afgebakend in de drie kwantitatieve studies verschilde, is gebleken dat ongeveer 12 à 20% van de cliënten in de drughulpverlening (afhankelijk van het gehanteerde criterium) behoren tot een etnisch-culturele

minderheid. Dit percentage ligt in de lijn van het totaal aantal personen van niet-Belgische afkomst in ons land (cf. NPDATA, 2007).

Er bleken een aantal opvallende verschillen inzake **demografische en sociale karakteristieken**. Zo bevinden zich onder de cliënten van niet-Belgische afkomst significant minder vrouwelijke cliënten in vergelijking met de cliënten van Belgische herkomst. Ook blijken cliënten behorend tot etnisch-culturele minderheden ouder te zijn wanneer zij een beroep doen op het geïnstitutionaliseerde hulpverleningsaanbod.

Gezien het leeftijdsverschil mag het niet verwonderen dat cliënten van niet-Belgische oorsprong vaker samenleven met hun partner en kinderen, terwijl cliënten van Belgische afkomst frequenter bij hun ouders of enkel met hun partner samenleven. Cliënten behorend tot een etnisch-culturele minderheid wonen tevens vaker in een grootstad dan cliënten van Belgische afkomst.

Een ander opvallend verschil betreft de socio-economische status van de cliënten, met duidelijke aanwijzingen dat cliënten van niet-Belgische afkomst zich in een ietwat ongunstigere en meer precare situatie bevinden dan cliënten van Belgische herkomst, gezien beduidend meer personen onder hen recht hebben op een maximumfactuur, werkloos of onzeker tewerkgesteld zijn en/of schulden hebben. Deze minder gunstige sociaal-economische situatie van druggebruikers behorend tot etnisch-culturele minderheden wordt ook bevestigd in andere studies (zie o.m. Haasen, 2007; Jackson et al., 1996; Schneider, 2001).

### 2.1.2 Gebruikspatronen en –trajecten

De geraadpleegde literatuur met betrekking tot de prevalentie en aard van het druggebruik bij etnisch-culturele minderheden vertoont tegenstrijdige resultaten: een aantal studies wijst op duidelijke verschillen (Argeriou & Daley, 1997), terwijl andere studies weinig tot geen verschillen konden aantonen (Adrian, 2002).

Op basis van deze studie zijn er een aantal aanwijzingen dat personen van niet-Belgische afkomst omwille van problemen met **andere middelen** een beroep doen op de hulpverlening in vergelijking met cliënten van Belgische herkomst. Zo bleek uit het kwantitatieve onderzoeksluik dat cliënten van Belgische herkomst veel vaker alcohol gebruiken en misbruiken, naast meer problematisch gebruik van XTC en amfetamines. Cliënten afkomstig uit etnisch-culturele minderheden rapporteren frequenter het gebruik van heroïne, cocaïne en methadon, wat samenhangend met hun oudere gemiddelde leeftijd. Ook binnen de groep cliënten van niet-Belgische herkomst zijn er heel wat verschillen in middelengebruik (cf. Haasen, 2007). Zo ligt het alcoholgebruik met name lager bij personen van Marokkaanse afkomst, terwijl dit bij personen van Nederlandse en Oost-Europese afkomst sterk vergelijkbaar is met dat van personen van Belgische afkomst. Eenduidige bevindingen over verschillen in gebruikspatronen bij diverse etnisch-culturele groepen kunnen op basis van dit onderzoek niet gedaan worden, onder meer omwille van de exclusieve focus op personen in behandeling en de kleine aantallen in bepaalde subgroepen. Dit onderzoek kan geen uitsluitsel geven over eventuele verschillen in de wijze van gebruik, gezien uit de ene studie (provincie Antwerpen) is gebleken dat intraveneus druggebruik vaker voorkomt bij cliënten van niet-Belgische afkomst, terwijl dit beeld niet bevestigd wordt in de data van de vzw De Sleutel. Dit resultaat kan vooral toegeschreven aan de gebruikswijze binnen bepaalde etnische subgroepen (vooral van Oost-Europese afkomst), die veel minder vertegenwoordigd zijn in het databestand van de verschillende voorzieningen van de vzw De Sleutel.

Gezien er nauwelijks vergelijkbaar Belgisch onderzoek voorhanden is en buitenlandse studies om diverse redenen niet generaliseerbaar zijn naar de Belgische context, kunnen geen algemene uitspraken worden gedaan over verschillen in middelengebruik en gebruikswijze. De bevindingen uit dit onderzoek met betrekking tot middelengebruik dienen dan ook met de nodige omzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

### 2.1.3 Zorggebruik en zorgtrajecten

De veelvoorkomende veronderstelling in de geraadpleegde literatuur dat etnisch-culturele minderheden ondervertegenwoordigd zouden zijn in de verslavingszorg en ook sneller de behandeling verlaten, kan op basis van dit onderzoek in België niet ondersteund worden. Hoewel de resultaten van deze studie geen

definitief uitsluitel kunnen geven over de aanwezigheid van etnisch-culturele minderheden in de geïnstitutionaliseerde verslavingszorg, vonden we een aantal duidelijke aanwijzingen die laten vermoeden dat personen uit etnisch-culturele minderheden wel degelijk de weg vinden naar de hulpverlening, hoewel er niettemin sprake is van een kwalitatief verschillend zorggebruik. Bovendien is het duidelijk dat bepaalde subgroepen, zoals vrouwen, jongeren en personen van Oost-Europese en Afrikaanse afkomst minder vertegenwoordigd zijn in de bestudeerde steekproeven. Dit laat vermoeden dat deze – en wellicht nog andere – subgroepen binnen de groep van druggebruikers behorend tot etnisch-culturele minderheden minder een beroep doen op de geïnstitutionaliseerde (drug)hulpverlening. Ze kunnen echter ook wijzen op een andere samenstelling van de gebruikerspopulatie binnen deze groepen.

Uit het onderzoek in de provincie Antwerpen blijkt dat personen van niet-Belgische herkomst later zouden **instromen** in de hulpverlening en deze ook vaker vroegtijdig zouden verlaten. Cliënten uit etnisch-culturele minderheden beroepen zich verhoudingsgewijs duidelijk vaker op hulpverleningsvormen binnen de **ambulante** drughulpverlening, zoals medisch georiënteerde programma's, substitutiebehandeling, individuele begeleiding en laagdrempelige opvang. Aansluitend hierbij valt het op dat cliënten van Belgische herkomst zich meer ambulant laten begeleiden omwille van psychische problemen en ook vaker een beroep doen op een psychiater. Dit sluit ook aan bij de bevinding dat deze personen vaker antidepressieve medicatie krijgen voorgeschreven in vergelijking met druggebruikende cliënten uit etnisch-culturele minderheden. Nochtans komen allerlei psychische problemen (met name depressie) ongeveer in gelijke mate voor in verscheidene etnische groepen.

Inzake **residentiële hulpverlening** stellen we vast dat druggebruikers behorend tot etnisch-culturele minderheden significant minder gebruik maken van het residentiële zorgaanbod, zowel binnen de gespecialiseerde drughulpverlening als niet-categoriale hulpverlening. Deze bevinding lijkt evenwel niet geheel op te gaan voor personen van Marokkaanse afkomst.

Wat de verwijzende instantie betreft, vinden we enige indicaties dat bij etnisch-culturele minderheden het informele netwerk (partner, familie) en justitie een belangrijker rol spelen. Verder wijzen de resultaten van het onderzoek in de provincie Antwerpen erop dat een intakegesprek van een cliënt van niet-Belgische afkomst minder vaak tot het opstarten van een begeleiding leidt, omdat ze zelf vroegtijdig afhaken. Deze bevinding is ook reeds uit ander onderzoek gebleken (Verdurmen et al., 2004). Tevens zijn er aanwijzingen dat hulpverleners personen van niet-Belgische afkomst vaker meteen doorverwijzen naar een andere voorziening, wat er zou kunnen op wijzen dat deze doelgroep niet altijd bij de meest geschikte hulpverleningsinstantie aanklopt. In de focusgroepen werd bovendien gesteld dat het doorverwijzgedrag vanuit de drughulpverlening naar de psychiatrie toe misschien eerder toe te schrijven is aan het niet om kunnen gaan met een ander denkbeeld en/of een andere cultuur vanwege de hulpverleners en niet zozeer omwille van een meer aanwezige psychiatrische problematiek bij de betrokken cliënt.

Uit het kwalitatieve onderzoeksluik komt tenslotte het grote belang naar voor van zogenaamde '**alternatieve copingmechanismen**' die etnisch-culturele minderheden gebruiken om om te gaan met drugproblemen. Het betreft onder meer een kort- of langdurig verblijf in het land van herkomst, het zich verdiepen in de religie, het gebruik van alternatieve medicatie of geneeswijzen en het huwelijk als redmiddel om het druggebruik onder controle te krijgen. Het aanwenden van dergelijke 'alternatieve' copingmechanismen gebeurt vaak in samenspraak met of zelfs onder druk van de familie van de druggebruiker. Deze copingmechanismen kunnen de geïnstitutionaliseerde drughulpverlening vervangen of er complementair mee zijn; beiden kunnen ongeveer op hetzelfde moment dan wel op verschillende tijdstippen in iemands zorgtraject voorkomen. Het betreft immers een sterk individueel afhankelijk gegeven.

## **2.2 *Beïnvloedende factoren***

Verschillen in drug- en zorggebruik tussen cliënten afkomstig uit een etnisch-culturele minderheid en van Belgische herkomst kunnen aan diverse factoren toegeschreven worden. Vooral uit het kwalitatieve onderzoeksluik is gebleken dat eerstgenoemde groep tal van barrières kan ervaren met betrekking tot de

toegang tot en deelname aan het reguliere hulpverleningsaanbod. Een heel belangrijke bevinding is dat deze barrières een sterk individueel karakter hebben. Ze zijn bovendien tijdsgebonden en kunnen dus fluctueren gedurende het zorgtraject. Ook Scheppers en collega's (2006) wezen eerder op de relatieve aard van obstakels. Dit impliceert dat de gerapporteerde barrières zich niet tot generalisatie lenen, doch indicatief zijn voor de bestaande knelpunten inzake de zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening.

Een gebrek aan culturele gevoeligheid bij zorgverstrekkers, taal- en communicatieproblemen, een medisch- en religieus gekleurde visie op druggebruik en –behandeling en het zich niet aangesproken en geholpen voelen door een op Westerse leest geschoeid programma, het zijn slechts enkele van de mogelijke obstakels die personen van niet-Belgische afkomst blijken te ervaren met betrekking tot het geïnstitutionaliseerd hulpverleningsaanbod. Deze belemmerende factoren kunnen van praktische, culturele en institutionele aard zijn. We plaatsen de waargenomen obstakels in een ruimer kader door te verwijzen naar het overzicht van Scheppers en collega's (2006) van potentiële barrières waar etnische minderheden tegenaan lopen bij hun contacten met de gezondheidszorg. Zij delen deze barrières op in drie grote groepen: barrières op cliëntniveau, barrières op hulpverleners- en/of voorzieningniveau en barrières op systeemniveau. In wat volgt, wordt een niet-exhaustief overzicht gegeven van waargenomen barrières die personen uit etnisch-culturele minderheden kunnen ervaren.

### 2.2.1 Cliëntniveau

Op het cliëntniveau vermelden Scheppers et al. (2006) vooreerst tal van **demografische variabelen** die een barrière kunnen vormen om hulp te zoeken, zoals leeftijd, gehuwd zijn, het hebben van kinderen, vrouw zijn,.... Op basis van ons onderzoek is er duidelijke ondersteuning voor deze cluster van variabelen: vrouwen, jongeren en ongehuwden zijn relatief ondervertegenwoordigd binnen de steekproef van cliënten behorend tot etnisch-culturele minderheden.

Een volgende cluster barrières heeft betrekking op **sociaalstructurele variabelen**, zoals etniciteit, opleiding, sociale klasse en economische status, leefomstandigheden, leefgewoontes, familiale en sociale ondersteuning, cultuur, verblijfsduur, acculturatie, taalvaardigheden, communicatie en vertaling. In dit verband kwamen uit dit onderzoek vooral de precaire sociale situatie (opleiding en tewerkstelling) en de frequentere contacten met politie en justitie situatie van druggebruikers van Marokkaanse afkomst aan het licht als potentiële barrières. Ook taalvaardigheid is een belangrijke barrière gebleken.

Ook **opvattingen** over en **attitudes** ten aanzien van zorg kunnen volgens Scheppers en co een barrière vormen. Hieronder verstaan zij factoren zoals tijdsoriëntatie en opvattingen over doelstellingen en waarden met betrekking tot gezondheid en ziekte, percepties over en attitudes ten aanzien van gezondheidsvoorzieningen en hulpverleners en kennis over fysiologie en ziekte. Dit onderzoek toont aan dat verder het zich niet kunnen identificeren met andere druggebruikers, een negatieve perceptie van de kwaliteit van de hulpverlening, de perceptie van methadongebruik als drugs, het niet begrijpen of waarderen van psychologie en een gebrek aan geloof en vertrouwen in de hulpverlening, mogelijke barrières vormen voor druggebruikers behorende tot etnisch-culturele minderheden.

Ook kunnen **persoonsgebonden variabelen** aan de basis liggen van problemen om in contact te komen met de geïnstitutionaliseerde hulpverlening. Scheppers en collega's noemen in dit verband factoren zoals immigratiewetten, inkomen en financiële middelen, toegang tot ziekteverzekering, bronnen van advies en ondersteuning, kennis van gezondheidsvoorzieningen en het gebruik ervan, beschikbare tijd en stress. Ons onderzoek biedt ondersteuning voor de aanwezigheid van barrières inzake de kennis van het aanbod, van de toegang tot de zorg en inschrijving bij de ziekteverzekering en brengt ook een aantal bijkomende elementen aan, zoals motivatie, identificatie als druggebruiker, perceptie van een andere culturele achtergrond eigen aan de hulpverlening, een comorbide psychische stoornis en het geloof in de mogelijkheid tot abstinentie.



Overigens blijkt het al dan niet beschikken over **hulpbronnen in de eigen omgeving of gemeenschap** van invloed op hoe men deze hindernissen ervaart. Scheppers en collega's (2006) noemen in dit verband de beschikbaarheid en het aanbod van diensten, de prijs van gezondheidsvoorzieningen en het transport en de reistijd naar voorzieningen, wat op basis van dit onderzoek aangevuld kan worden met factoren zoals het beschikken over steun, het ervaren van stigmatisering door de eigen gemeenschap en de druk om het druggebruik geheim te houden.

Wat Scheppers en collega's definiëren als **ziekteperceptie**, verwijzend naar de perceptie van etnisch-culturele minderheden over de oorzaken van verslaving, blijkt op basis van dit onderzoek eerder te verwijzen naar de perceptie over druggebruik. Het betreft immers factoren zoals het beschikken over informatie over het product en de werking ervan, de ervaring dat druggebruik nog steeds taboe is, het aanhangen van een medische en religieuze visie op druggebruik en -behandeling, alsook de aanwezigheid van probleeminzicht.

Een laatste cluster van variabelen op dit niveau wordt door Scheppers en collega's gedefinieerd als **persoonlijke gezondheidsgewoontes**, verwijzend naar zelfzorg en naar specifieke praktijken van gezondheidszorg die in bepaalde culturele groepen voorkomen bij wijze van behandeling van druggebruik. Vooral uit het kwalitatief onderzoek kwam naar voor dat cliënten uit etnisch-culturele minderheden veelvuldig beroep doen op allerlei alternatieve copingmechanismen (bv. terugkeer naar land van herkomst, legerdienst) en zelfhulp teneinde om te gaan met de drugproblemen.

### 2.2.2 Niveau van de hulpverlener en de voorziening

Het hulpverleners- en voorzieningenniveau betreft vooreerst **kenmerken van de voorziening** die een mogelijke barrière kunnen vormen, zoals de gehanteerde medische procedures en praktijken, de oriëntatie op dringende klachten en de programmaoriëntatie en aanpassing ervan aan specifieke culturele/etnische gebruiken. Met betrekking tot barrières bij hulpverleners wijzen Scheppers et al. (2006) onder meer op het gebrek aan culturele sensitiviteit en hieraan verbonden vaardigheden, de gehanteerde communicatiestijl, de manier van informatie geven, de cliëntbenadering, de aanwezigheid van meertaligheid en mogelijkheden tot vertalen en tolken, de culturele kennis, de betrokkenheid van familie in het programma, de mogelijkheid tot het uiten van religie en spiritualiteit en de aanwezigheid van parallelle sets van overtuigingen en praktijken. Veel van deze factoren komen ook in dit onderzoek naar voor. Verder worden volgende aspecten belangrijk geacht: het verloop van de relatie en identificatie met de hulpverlener, taal als medium voor het uiten van emoties, communicatie, groepstherapie, secundaire effecten van medicatie, het ervaren van een negatieve perceptie ten aanzien van methadon door hulpverleners, kennis over en vertrouwen in het raadplegen van een psycholoog, culturele verschillen, overeenkomst tussen verwachtingen en het aanbod, het gevoel serieus genomen te worden, inschatting van de competentie van de hulpverlener en de culturele kennis waarover de voorziening geacht wordt te beschikken.

### 2.2.3 Systeemniveau

Een derde cluster van barrières die cliënten van niet-Belgische afkomst mogelijk ervaren wanneer zij een beroep doen op de geïnstitutionaliseerde hulpverlening, situeert zich volgens Scheppers en collegae op het systeemniveau. Zij menen dat het **medisch model**, dat niet zelden aan de basis ligt van hulpverlening, een potentiële belemmering vormt voor cliënten die er een meer cultureel en religieus gekleurde visie op nahouden. Op basis van voorliggend onderzoek kan deze bevinding deels worden bevestigd, maar dient ook opgemerkt dat evenzeer het psychotherapeutisch model een barrière kan vormen voor personen uit etnisch-culturele minderheden die minder vertrouwd zijn met dergelijke benadering van druggebruik en -behandeling.

Een tweede groep van systeemvariabelen heeft betrekking op de **manier waarop de hulpverlening cliënten benadert**, dikwijls nogal formeel, onpersoonlijk en afstandelijk. Voorliggend onderzoek wijst in dit verband op het feit dat personen van niet-Belgische afkomst zich vaak niet aangesproken voelden door het doelgroepenbeleid van voorzieningen uit de categoriale drughulpverlening.

Verder spelen **organisatorische variabelen** een belangrijke rol, zoals het doorverwijssysteem, de intakeprocedure en openingsuren, de wijze van afspraken maken, wachtlijsten en wachttijden, de duur van een consultatie en behandeling, het beschikbare voorlichtings- en informatiemateriaal en mogelijkheden tot vertaling. Uit dit onderzoek blijkt dat men vooral botst op de geïnstitutionaliseerde regels van het zorgaanbod, het doorverwijssysteem, het geïnstitutionaliseerd en gestandaardiseerd karakter van de hulp, de confrontatie met een wachtlijsten en -tijden en de intensiteit van de nazorg en follow-up.

Aan het systeemniveau kan nog een dimensie toegevoegd worden, namelijk het **politieke klimaat** ten aanzien van personen met een andere etniciteit en ten aanzien van migratie, xenofobie, ... (Fassin, 2002). Uit dit onderzoek is gebleken dat druggebruikers behorende tot etnisch-culturele minderheden (met name personen van Turkse en Marokkaanse afkomst) aangeven ooit racisme ervaren te hebben in de hulpverlening. Het al dan niet innemen van een positie inzake discriminatie en racisme door hulpverleners kan voor deze personen een stimulans dan wel een barrière vormen in het beroep doen op de geïnstitutionaliseerde hulpverlening. Reeds bestaande 'good practices' in dit verband worden door personen van niet-Belgische afkomst bijgevolg erg gewaardeerd, zoals blijkt uit dit onderzoek. In de geraadpleegde literatuur wordt gesuggereerd dat vooral het migratietraject van personen van een andere etnisch-culturele afkomst het gebruiks- en zorgtraject compliceert. Deze factoren kunnen echter op basis van dit onderzoek niet causaal gelinkt worden, gezien daar te weinig indicaties toe zijn.

Deze inzichten in de potentiële barrières voor personen behorend tot etnisch-culturele minderheden kunnen dienen als handvaten voor het formuleren van antwoorden op de vooropgestelde hypothesen.

## **2.3 Onderzoekshypothesen**

### **2.3.1 Dubbele uitsluiting**

De eerste hypothese die werd vooropgesteld is die van de 'dubbele uitsluiting' of 'dubbele isolering'. Ze stelt dat personen uit etnisch-culturele minderheden die sterk ingebed zijn in een eigen netwerk (al dan niet gestructureerd rond familiale banden) bij problematisch middelengebruik in eerste instantie het gevaar lopen uit dit beschermende netwerk te vallen of gestoten te worden omwille van het stigma dat rust op middelengebruik binnen bepaalde etnisch-culturele gemeenschappen. Bovendien bestaat het risico dat ze de weg niet vinden naar externe zorgstructuren of opvangnetten, omdat die hen onbekend zijn of ontoegankelijk of irrelevant lijken.

Deze hypothese wordt deels ondersteund door voorliggend onderzoek. Het blijkt immers dat sommige personen van niet-Belgische afkomst een beperkte kennis hebben van drugs, hun werking en de gevolgen ervan. Indien men al tot probleeminzicht komt, botst druggebruik overigens in een aantal etnisch-culturele gemeenschappen op taboes, wat veelal resulteert in het negeren en verborgen houden van het drugmisbruik en het niet zoeken van hulp. Indien hun druggebruik en behoefte aan behandeling alsnog aan het licht komt, bestaat de mogelijkheid dat deze cliënten de steun van hun sociaal en familiaal netwerk verliezen. Dit kan escaleren in een situatie waarin men nauwelijks nog contact heeft met de gemeenschap. Voor velen onder hen is de stap naar de hulpverlening bovendien een brug te ver, gezien hun beperkte kennis van het aanbod en/of vertekend beeld ervan. Dit kan verklaren waarom hulpverleners ervaren dat cliënten van niet-Belgische afkomst zich vaker in een verder stadium van verslaving en marginaliteit bevinden wanneer zij beslissen een beroep te doen op de hulpverlening. Heel wat cliënten van niet-Belgische herkomst blijken echter nog steun te ervaren vanuit hun netwerk en gemeenschap, die hen stimuleren om hun drugmisbruik aan te pakken en informeren over en/of toeleiden naar een vorm van hulpverlening, hetzij van alternatieve, hetzij van geïnstitutionaliseerde aard.

Situaties van dubbele uitsluiting zijn derhalve niet onbestaande en verdienen de nodige aandacht, maar blijken op basis van dit onderzoek lang niet voor alle druggebruikers behorend tot een etnisch-culturele minderheid van toepassing.

### 2.3.2 Concurrentie tussen zelforganisaties en moskeeën en reguliere zorgstructuren

De tweede vooropgestelde hypothese heeft betrekking op de “concurrentie tussen activiteiten op het vlak van preventie en zorg aangaande middelengebruik door zelforganisaties en moskeeën enerzijds en de reguliere zorgstructuren anderzijds”. Verschillende Maghrebijnse en Turkse verenigingen en zelforganisaties maken in hun statuten melding van activiteiten aangaande drugpreventie of -zorg (Jacobs, 2005). Ook verschillende moskeeën stellen dat zij actief zijn op het terrein van de ontrading van middelengebruik en soms ook wat zorgverstrekking betreft. Het is bijzonder moeilijk in te schatten wat de reële draagwijdte en impact hiervan is, maar mogelijk interfereren deze met initiatieven van reguliere zorgstructuren of misschien bereiken zij op een complementaire manier doelgroepen uit etnisch-culturele minderheden die ondervetegenwoordigd zijn in ambulante en residentiële zorginstellingen.

Op basis van dit onderzoek is het onmogelijk uitsluitsel te geven met betrekking tot deze hypothese. Er werden immers onvoldoende indicaties gevonden om deze veronderstelling te ondersteunen. Zoals reeds gesteld, is het niet evident de draagwijdte en impact van dergelijke alternatieve praktijken in te schatten. Niettemin wordt duidelijk dat heel wat cliënten van Turkse en Marokkaanse afkomst gebruik maken van dergelijke alternatieven en dat deze ook in zekere mate werkzaam zijn. Anderzijds lijken de resultaten van dit onderzoek er op te wijzen dat cliënten behorend tot een etnisch-culturele minderheid vrij goed vertegenwoordigd zijn binnen de geïnstitutionaliseerde drughulpverlening. Onze bevindingen geven aan dat het aanwenden van alternatieve copingmechanismen complementair kan zijn aan het instappen in het categoriale hulpverleningscircuit.

Er blijkt derhalve geen sprake te zijn van concurrentie tussen activiteiten georganiseerd door zelforganisaties en moskeeën enerzijds en het geïnstitutionaliseerde drughulpverleningscircuit anderzijds. Bovendien zijn er aanwijzingen dat er langs beide zijden interesse groeit om de krachten te bundelen en in de toekomst nauwer samen te werken ten aanzien van druggebruikers behorend tot etnisch-culturele minderheden.

### 2.3.3 ‘Cultural blindness’

De hypothese van de ‘cultural blindness’ impliceert dat bestaande behandelings- en preventieprogramma’s onvoldoende rekening houden met culturele invloeden (Castro & Alarcon, 2002). Het lijkt immers van belang een aantal culturele variabelen te integreren in bestaande programma’s, om op die manier een cultuurgevoelige behandeling uit te bouwen die inspeelt op de specifieke behandelingsnoden van etnisch-culturele minderheden (Castro & Garfinkle, 2003).

Op basis van dit onderzoek kan gesteld worden dat de hypothese van de ‘cultural blindness’ vrij plausibel is. De informatie die in het kader van dit onderzoek werd aangevoerd, wijst immers op diverse onvolkomenheden op dit vlak. Hoewel reeds aanzienlijke inspanningen geleverd worden door hulpverleners om het zorgaanbod cultureel sensitief te maken, bestaan er ook tal van elementen die afbreuk doen aan de culturele sensitiviteit van de geïnstitutionaliseerde hulpverlening. Het merendeel van deze elementen heeft betrekking op discrepanties inzake de visie op druggebruik en -behandeling en houdt in dat de zienswijze van cliënten onvoldoende geïntegreerd wordt in de hulpverlening. Hulpverleners zouden onvoldoende openheid en flexibiliteit vertonen ten aanzien van andere opvattingen, eigenheden, behoeften en waarden en zouden de vooropgestelde programma’s en procedures te rigide naleven. Cliënten van niet-Belgische afkomst voelen zich doorgaans echter minder geholpen door een zorgaanbod dat introspectie, het communiceren van gevoelens, enz. benadrukt. Op basis hiervan worden hulpverleners vaak als incompetent gepercipieerd en gewantrouwd door cliënten behorend tot etnisch-culturele minderheden.

Geïnstitutionaliseerde praktijken die een zekere mate van culturele sensitiviteit vertonen, worden door personen behorend tot etnisch-culturele minderheden beter geëvalueerd en gewaardeerd. Deze leiden er immers toe dat deze personen zich aangesproken en erkend voelen in hun culturele identiteit. Dientengevolge dienen de reeds geleverde of geplande inspanningen door hulpverleners verder gestimuleerd en ondersteund te worden met oog op het evolueren naar een cultureel sensitieve drughulpverlening.