

# ***Naar een interculturele gezondheidszorg:***

**Aanbevelingen van de ETHEALTH-groep voor een gelijkwaardige  
gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische  
minderheden**

**December 2011**

**Ilse Derluyn, Vincent Lorant, Marie Dauvrin, Isabelle Coune, Hans Verrept**

---

*Onze oprechte dank gaat uit naar de verschillende experts die hebben  
bijgedragen tot de realisatie van het ETHEALTH-project*

## Inhoud

INLEIDING.....	4
HOOFDSTUK 1: VOORSTELLING VAN ETHEALTH.....	5
1.1. Samenstelling van de ETHEALTH-groep.....	5
1.2. Geraadpleegde experts .....	5
1.3. Doelstellingen en methodes.....	6
1.4. Definitie van migranten en etnische minderheden.....	6
HOOFDSTUK 2: CONTEXT EN ACHTERGROND VAN HET PROJECT .....	8
2.1 Een contextperspectief: het Belgische migratielandschap .....	8
2.2 Epidemiologisch overzicht: migratie en gezondheid* .....	9
2.3 Internationale normen.....	12
2.4 Stand van zaken in België.....	14
HOOFDSTUK 3: VASTSTELLINGEN EN AANBEVELINGEN .....	15
3.1 CSDH-model voor Gelijkwaardigheid.....	15
3.2 Richtinggevende principes.....	18
3.3. Specifieke aanbevelingen .....	19
3.3.1. Niveau 1: Context en sociaaleconomische status.....	19
3.3.2. Niveau 2: Verschillen in blootstelling .....	22
3.3.3. Niveau 3: Verschillen in kwetsbaarheid.....	26
3.3.4. Niveau 4: Toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg.....	32
CONCLUSIE.....	35
GLOSSARIUM .....	36
BRONNEN .....	41
AANBEVOLEN LITERATUUR.....	47
CONTACT .....	50

# INLEIDING

België wordt gekenmerkt door belangrijke en diverse migratiestromen die de maatschappij getransformeerd hebben tot een multiculturele samenleving<sup>1</sup>. Doorheen de geschiedenis is ons land dan ook tal van verbintenissen aangegaan om haar gezondheidszorg\* voor iedereen toegankelijk te maken. Dit heeft ertoe geleid dat het Belgische gezondheidszorgsysteem wereldwijd erkend wordt als één van de meest rechtvaardige.

Uit initiatieven op federaal niveau, op het niveau van de gewesten en gemeenschappen en door diverse organisaties blijkt dat er in ons land een duidelijk potentieel bestaat om de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk te maken. Niettemin stellen we tijdens de laatste tien jaar vast dat ons land moeite heeft om gezondheidsverschillen tussen bepaalde bevolkingsgroepen terug te dringen en dat de gezondheidszorg nog een hele weg af te leggen heeft om tegemoet te komen aan de vragen en noden van een multiculturele samenleving.

Dit rapport heeft tot doel aanbevelingen uit te werken die een grotere gelijkheid in de gezondheidssituatie van migranten en etnische minderheden kunnen bevorderen. Het rapport komt er op vraag van mevrouw Laurette Onkelinx, minister van Volksgezondheid en de heer Christiaan Decoster, directeur-generaal van het DG1 van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Zij wilden dat een groep van experts aanbevelingen zou uitwerken om de Belgische gezondheidszorg meer af te stemmen op de aanwezigheid van migranten en etnische minderheden in ons land. Voor de voorbereiding van deze tekst werd een ad-hoc-groep opgericht, 'ETHEALTH', samengesteld uit mensen die in dit domein actief zijn als veldwerkers, academici, verantwoordelijken van niet-gouvernementele organisaties (NGO's) en van de administratie.

In het eerste deel van dit rapport worden de samenstelling en de werkwijze van de ETHEALTH-groep beschreven. In het tweede deel wordt dieper ingegaan op de context van migratie evenals de epidemiologische en politieke context waarbinnen dit rapport zich situeert. Het derde deel bevat de vaststellingen en de aanbevelingen van de ETHEALTH-groep.

Ten slotte willen we er hier op wijzen dat deze aanbevelingen de standpunten en visie van de leden van de werkgroep weerspiegelen en geen politiek engagement van de bevoegde Minister impliceren.

---

<sup>1</sup> Hoewel idealiter de realisatie van een "interculturele samenleving" wordt nagestreefd heeft ETHEALTH toch gekozen voor de term "multicultureel" omdat een "interculturele" samenleving op dit moment nog niet gerealiseerd werd in België.

# HOOFDSTUK 1: VOORSTELLING VAN ETHEALTH

## 1.1. Samenstelling van de ETHEALTH-groep

### *Voorzitters:*

- Prof. dr. Vincent Lorant, gezondheidssocioloog, Institut de recherche Santé et Société, Université catholique de Louvain (UCL)
- Dr. Ilse Derluyn, doctor in de Pedagogische Wetenschappen, Vakgroep Orthopedagogiek, Universiteit Gent (UGent)

### *Leden van de stuurgroep*

- Marie Dauvrin, doctoranda FWO-NFWO, Institut de recherche Santé et Société, Université catholique de Louvain (UCL)
- Isabelle Coune, coördinatrice Interculturele Bemiddeling, Cel Interculturele Bemiddeling & Beleidsondersteuning, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
- Hans Verrept, verantwoordelijke van de Cel Interculturele Bemiddeling en Beleidsondersteuning, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
- Malek Amrouni, intercultureel bemiddelaar, Centre Hospitalier Jean Titeca
- Bruno Buytaert, Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (ViGeZ)
- Ellen Druyts, Steunpunt Gezondheid en Vreemdelingenrecht, Kruispunt Migratie-Integratie
- Dr. Louis Ferrant, huisarts, Universiteit Antwerpen
- Dr. Axel Hoffman, huisarts, Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé Francophones
- Prof. dr. Marleen Temmerman, gynaecologe, senator, Universiteit Gent
- Davy Verhard, Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding.

## 1.2. Geraadpleegde experts

- Begonia Cainas, maatschappelijk assistente, verantwoordelijke van de sociale dienst van het Universitair Medisch Centrum Sint-Pieter, Brussel
- Rana Charafeddine, onderzoekster volksgezondheid, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (ISP/WIV)
- Hamida Chikhi, coördinatrice interculturele bemiddeling, vzw Foyer
- Sophie Damien, maatschappelijk assistente en coördinatrice van het COZO voor Dokters van de Wereld in Brussel
- Dr. Edith Hesse, arts, medisch directrice van Dokters van de Wereld België
- Dominique Pirard, maatschappelijk assistente, verantwoordelijke van de sociale dienst van het Centre Hospitalier Universitaire de Charleroi
- Julie Ringelheim, juriste, wetenschappelijk onderzoekster FWO-NFWO, Institut pour la Recherche Interdisciplinaire en Sciences Juridiques, Université Catholique de Louvain
- Cécile Rubay, juriste, sociale dienst van het Universitair Medisch Centrum Sint-Pieter, Brussel
- Dr. Dominique Vossem, psychiater, vzw D'Ici et d'Ailleurs.

### 1.3. Doelstellingen en methodes

Het project ETHEALTH is een initiatief van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Hoewel het de uiteindelijke bedoeling is om een reeks aanbevelingen te bieden aan de administratie en de FOD Volksgezondheid, kunnen ook andere beleidsinstanties hier baat bij hebben. De groep ETHEALTH denkt hierbij bijvoorbeeld aan de POD Maatschappelijke Integratie die verantwoordelijk is voor de organisatie van de “Dringende Medische Hulpverlening”, het Staatssecretariaat voor Asiel en Migratiebeleid, het Staatssecretariaat voor het Gezin en Personen met een Handicap, en de regeringen van gewesten en gemeenschappen, die verantwoordelijk zijn voor preventie\*, gezondheidspromotie\*, gelijkheid van kansen en diversiteit. De situatie van migranten en etnische minderheden in België kan immers pas echt verbeterd worden als er overleg is op alle beleidsniveaus.

### 1.4. Definitie van migranten en etnische minderheden

De ETHEALTH expertengroep wil in haar aanbevelingen heel bewust de diversiteit binnen de bedoelde bevolkingsgroepen in rekening brengen en erkennen. Een eensluidende omschrijving geven van de groep “buitenlanders” of “migranten” is dan ook bijzonder complex. Zo stellen we bijvoorbeeld vast dat, ondanks het verwerven van de nationaliteit van het land van verblijf, bepaalde groepen van mensen nog steeds worden beschouwd als “migrant” en er naar hen verwezen wordt als “allochtonen”, “personen van buitenlandse herkomst”, “etnische minderheden” of “etnische groepen”.

“Nationaliteit” lijkt dan ook weinig relevant als men het thema “migranten” in België bestudeert. Vandaar dat in dit document gekozen wordt voor het begrip “migranten en etnische minderheden”, waardoor rekening kan gehouden worden met de achtergrond van de betrokken individuen. Hierbij verwijzen we naar die personen die zichzelf beschouwen als zijnde in een benadeelde positie ten aanzien van de meerderheid van de bevolking door hun lidmaatschap van de groep van migranten en etnische minderheden of die als dusdanig zo door de maatschappij beschouwd worden (Hanquinet *et al.* 2006). De bevolkingsgroepen van Turkse en Marokkaanse afkomst in België zijn hier vaak duidelijke voorbeelden van.

*[...] The concept ‘ethnic minority’ [...] refers to many different ethnic groups of extreme heterogeneity. The concept is used for groups that share minority status in their country of residence due to ethnicity, place of birth, language, religion, citizenship and other (cultural) differences. It sets apart a particular group in both numerical and (often) socioeconomical terms. Members of these groups are considered to practice different cultural norms and values from the majority culture and (often) a different mother tongue. Ethnic minorities vary in duration of stay and acculturation and between different ethnic minorities there exist different degrees of access to the majority culture. The concept ‘ethnic minority’ includes groups from newly arrived immigrants to (minority) groups that have been a part of a country's history for hundreds of years [...]* (Scheppers *et al.* 2006, p. 326).

In dit rapport heeft de ETHEALTH expertengroep gekozen voor de piste van de WHO-Europa (2010), waarbij er zowel aandacht is voor migranten als voor etnische minderheden. Vandaar de keuze voor de term “migranten en etnische minderheden” (hierna: MEM), een keuze die overigens

ondersteund wordt door internationale studies (Bhopal 2007; Kaplan & Bennett 2003; Scheppers *et al.* 2006; UNESCO 2000).

## HOOFDSTUK 2: CONTEXT EN ACHTERGROND VAN HET PROJECT

Om de lezers wat achtergrondinformatie te bieden inzake de link tussen migratie en gezondheid en in die zin te helpen begrijpen in welke context ETHEALTH ontwikkeld werd, werd dit inleidende hoofdstuk opgesteld. De inhoud ervan is gebaseerd op nationale en internationale literatuur.

### 2.1 Een contextperspectief: het Belgische migratielandschap

Door zijn strategische ligging in Europa en zijn migratieverleden heeft België een gediversifieerde bevolking die verspreid is over het hele grondgebied. Op 1 januari 2010 maakte de buitenlandse bevolking 9,76% uit van de totale Belgische bevolking, in concreto 1 057 666 personen (FOD Economie 2011). In deze cijfers zijn de asielaanvragers die ingeschreven zijn in het wachtregister niet opgenomen. De verdeling van personen van buitenlandse origine is verschillend over de drie gewesten heen: Brussel telt bijna één derde mensen van buitenlandse herkomst in haar bevolking, tegenover 6,4% in Vlaanderen en 9,5% in Wallonië (FOD Economie 2011<sup>2</sup>). De internationale functie van Brussel is één van de verklaringsfactoren voor het grotere aantal niet-Belgen dat er verblijft.

De mobiliteit van burgers vanuit landen van de Europese Unie zorgt voor een eerste groep - meestal met legaal verblijf - buitenlandse onderdanen in België. Het aandeel migranten dat uit de Europese Unie afkomstig is, bedraagt dan ook 68% van de personen van buitenlandse herkomst in België, ongeacht de nationaliteit. Die verhouding is twee keer hoger dan in de andere landen van de Europese Unie. Bovendien wordt in de grensgebieden een concentratie van buitenlandse onderdanen uit de buurlanden vastgesteld.

Naast de Europeanen zijn de drie voornaamste nationaliteiten in België de Marokkanen (81 943 onderdanen op 1 januari 2010), de Turken (39 551 onderdanen) en de Congolezen (Democratische Republiek Congo, 18 056 onderdanen). Die drie nationaliteitengroepen vormden 37,6% van de naturalisaties in 2007, ofwel 13 554 personen die de Belgische nationaliteit verworven hebben op een totaal van 36 063 naturalisaties (FOD Economie 2008). Daarnaast wordt in België al enkele jaren een groei vastgesteld van het aantal personen afkomstig uit Azië, voornamelijk dan uit China en India (Schoonvaere 2010).

Professionele beweegredenen en gezinshereniging zijn de twee meest voorkomende motieven voor legale migratie. Na de arbeidsmigratiestop<sup>3</sup> in 1974 komt gezinshereniging ruimschoots op de eerste plaats in de aanvragen voor verblijfsvergunningen (KBS 2011).

Een vreemdeling die legaal in België gevestigd is, heeft het recht om zijn echtgeno(o)t(e) en zijn minderjarige kinderen en, onder bepaalde voorwaarden, andere familieleden naar België te laten komen. Dat punt is belangrijk gezien we vaststellen dat heel wat jongeren met een migratie-achtergrond later huwen met onderdanen van hun land van herkomst. Die maatregel geldt ook voor Belgen of Europeanen die gehuwd zijn met personen van niet-Europese herkomst of ouders van kinderen in dezelfde situatie. Parallel daarmee kan de gezinshereniging zich ook richten op oudere familieleden, maar in de praktijk gebeurt dit in veel geringere mate: 2% van de mensen die naar België komen in het kader van een procedure tot gezinshereniging is ouder dan 59 jaar (KBS 2011). Toch mag hun beperkte vertegenwoordiging de problematiek van de veroudering van de

<sup>2</sup> Gegevens van de FOD Economie [http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/huidige\\_nationaliteit/](http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/huidige_nationaliteit/)

<sup>3</sup> De termen met een \* verwijzen naar het glossarium aan het einde van dit rapport.



migrantenbevolking niet verhullen (Moulin *et al.* 2006; Perrin 2004). Bovendien werd 2012 uitgeroepen tot het Europees jaar van de Actieve veroudering en solidariteit tussen de generaties, wat het belang van deze problematiek in alle Europese landen aangeeft.

Parallel met de migratie om professionele en/of familiale redenen zijn er heel wat mensen die het Belgische grondgebied betreden om asiel te vragen om politieke, economische of klimatologische redenen. In 2009 werden 17 186 asielaanvragen ingediend, goed voor 22 785 personen. Dat cijfer is gestegen in vergelijking met 2008, toen 12 252 asielaanvragen werden ingediend, goed voor 15 588 personen (Fedasil 2010). Ondanks een daling met bijna 30% tussen de jaren 2005 en 2006 is het aantal asielaanvragen opnieuw aan het toenemen, zowel in België als in de rest van Europa (Fedasil 2010). Voor het jaar 2009 komen de asielaanvragers\* hoofdzakelijk uit Armenië (15,3%), Rusland, met inbegrip van Tsjetsjenië (11,3%) en Kosovo (10,4%). Wat niet-begeleide minderjarigen\* betreft, komt 31,7% van de niet-begeleide minderjarige asielaanvragers uit Afghanistan, 18,6% uit Guinee en 6,6% uit Irak (Fedasil 2010)<sup>4</sup>. Van januari 2011 tot maart 2011 hebben 483 niet-begeleide minderjarigen asiel gevraagd in België. In 2010 waren dat er 896 voor de 12 maanden (CGVS 2011).

Wat de aanwezigheid van mensen in een precare verblijfssituatie\* op Belgisch grondgebied betreft is de situatie onduidelijker. Door hun onwettig statuut\* is het moeilijk te becijferen hoeveel mensen er zich momenteel in die situatie bevinden. Bovendien is de groep ook zeer heterogeen, zowel wat betreft het land van herkomst als wat betreft het migratieproject. Om een inschatting te kunnen maken van het aantal personen zonder wettig verblijf en hun noden ten aanzien van het gezondheidszorgsysteem, wordt soms voorgesteld om de attesten voor dringende medische hulp te tellen en te analyseren<sup>5</sup>.

## 2.2 Epidemiologisch overzicht: migratie en gezondheid

Al tien jaar lang heeft het gezondheidssysteem aandacht voor migranten en etnische minderheden (hierna: MEM)<sup>6</sup>. MEM hebben over het algemeen een minder goede gezondheidsstatus in vergelijking met de Belgische of autochtone bevolking<sup>7</sup> op het vlak van infectieziekten (Zuppinger 2000), subjectieve gezondheid\* (Lorant *et al.* 2008), geestelijke gezondheid (Bhugra 2004; Derluyn, Broekaert & Schuyten 2008; Llloyd 2006) en chronische aandoeningen (Demarest *et al.* 2006; Van der Heyden *et al.* 2010).

---

<sup>4</sup> Wat de populatie niet-begeleide minderjarigen betreft, moeten wij erop wijzen dat slechts een deel onder hen asiel aanvraagt in België; een belangrijke groep beroept zich immers op een ander beschermingsstatuut, met name het bijzonder beschermingsstatuut voor niet-begeleide minderjarigen. Zie publicaties van Derluyn & Broekaert 2007, 2008.

<sup>5</sup> Mensen zonder wettig verblijf die geen eigen financiële middelen hebben om de medische zorgen te betalen, kunnen aan het OCMW van hun verblijfplaats vragen om de medische kosten ten laste te nemen. De procedure die van toepassing is, heet "Procedure Dringende Medische Hulp (DMH) voor mensen zonder wettig verblijf" (Definitie website MedImmigrant: <http://www.medimmigrant.be>)

<sup>6</sup> In de hiernavolgende tekst verwijzen wij naar het beoogde doelpubliek als "migranten en etnische minderheden". Voor een definitie van deze term: zie hoofdstuk 1, 1.4.

<sup>7</sup> Letterlijk verwijst "autochtoon" naar de inwoners van een bepaald land - in tegenstelling tot het begrip "allochtoon". De ongelijkheden in gezondheidsstatus die in verband staan met "ethniciteit" worden duidelijk gemaakt door een groep die door zijn etnische achtergrond bevoordeeld is te vergelijken met een groep die omwille van zijn etnische achtergrond op het vlak van gezondheid benadeeld is. "Autochtone populatie" verwijst dan ook naar die meerderheidsgroep die door zijn etnische herkomst bevoordeeld is. Hoewel er grenzen zijn aan deze indeling in categorieën, gaat het over het algemeen om de zogenoemde "blanke" populaties die qua culturele en religieuze kenmerken nauw aansluiten bij de meest gangbare culturele en religieuze praktijken van de maatschappij waarin ze leven.

De bevindingen inzake de prevalentie van een slechte subjectieve gezondheid en chronische aandoeningen zijn erg uiteenlopend binnen de diverse groep van MEM in België. Dit is onder meer te wijten aan de focus van dergelijke epidemiologische studies op bepaalde nationaliteitengroepen, zoals Marokkanen en Turken. Zo werd onder meer vastgesteld dat MEM van Turkse of Marokkaanse afkomst, evenals migranten afkomstig uit Zuid-Europese landen, een hoger risico lopen op een slechtere subjectieve gezondheid of op chronische aandoeningen dan de Belgische bevolking (Lorant *et al.* 2008). Uit een recente studie blijkt dat de prevalentie van diabetes type 2 hoger is bij Turken en Marokkanen dan bij Belgen, in het bijzonder onder vrouwen (Vandenheede & De Boossere 2009). Wat betreft depressie, angst en psychosen lopen Turken en Marokkanen die in België verblijven meer risico dan Belgen om een ernstige depressie of een chronisch angstsyndroom te ontwikkelen (Fossion *et al.* 2002; Levecque *et al.* 2007). Soortgelijke resultaten werden gevonden in andere landen, waaronder Nederland (Uitenbroek & Verhoeff 2002) en het Verenigd Koninkrijk (Dixon-Woods 2005; Lindert 2008). Die verschillen in gezondheidstoestand tussen MEM en de autochtone bevolking zijn grotendeels te wijten aan een slechtere sociaal-economische context (Fossion *et al.* 2002, 2004; Lorant *et al.* 2008; Perrin *et al.* 2007). Toch blijft in een aantal gevallen de kans op ziekte voor MEM hoger, zelfs na het in rekening brengen van de invloed van sociaal-economische variabelen (Vandenheede & De Boossere 2010). Dit geeft aan dat andere risicofactoren, zoals traumatische ervaringen, sociale en socio-demografische kenmerken (bv. scheiding van ouders, vrouwelijk geslacht) en racisme en discriminatie, de gezondheidssituatie van MEM mee beïnvloeden (Derluyn & Broekaert, 2007, 2008).

Bovendien stelt men in heel wat studies ongelijkheden vast tussen MEM en de autochtone bevolking inzake de toegang tot zorg en het gebruik en de kwaliteit ervan (Dixon-Woods 2005; Lindert 2008; Uiters 2007). Wat de eerstelijnsgezondheidszorg\* betreft hebben MEM van Turkse en Marokkaanse origine, in vergelijking met de autochtone Belgische bevolking, minder vaak een referentiehuisarts en nemen zij minder vaak deel aan screenings- en vaccinatiecampagnes (Anson 2001), bevindingen die gelijklopend zijn met de Nederlandse situatie (Uiters 2007). Die groepen hebben eveneens minder toegang tot de gespecialiseerde geneeskunde, zowel in Nederland als in België (Demarest *et al.* 2006; Stronks *et al.* 2001).

MEM met een precair verblijf hebben drie keer meer kans op een slechte subjectieve gezondheid in vergelijking met de rest van de Europese bevolking. Zij hebben tevens meer osteo-articulaire aandoeningen, geestelijke gezondheidsproblemen en spijsverteringsziekten (Chauvin *et al.* 2009). Bovendien hebben mensen met een precair verblijf een beperkt sociaal netwerk en bijna de helft van deze populatie was ooit het slachtoffer van geweld in België of daarbuiten (MSF/AZG, 2008). Volgens een studie van AZG-België heeft 58% van de bevraagde mensen in een precaire verblijfssituatie symptomen van depressie. Ter vergelijking: in de steekproef van de slachtoffers van de ramp van Gellingen had minder dan 30% van de participanten depressieve symptomen (MSF/AZG, 2008). Bovendien toont Zwitsers onderzoek aan dat vrouwen met een precair verblijf meer ongewenste zwangerschappen hebben en hun prenatale zorg langer uitstellen in vergelijking met vrouwen met een legaal verblijf (Wolff *et al.* 2008).

Er zijn verschillende drempels die ook de toegang tot de zorg beperken voor mensen met een precair verblijf, zoals het niet kennen van de administratieve procedures of van het gezondheidssysteem, taalbarrières en de schrik dat op die manier de “illegale” status zou bekend worden bij migratie-overheden (Chauvin *et al.* 2009; PICUM 2004; Wolff *et al.* 2008).

Asielaanvragers ten slotte dragen zowel de gevolgen van hun migratietraject als de vaak nefaste gevolgen van hun verblijf in een opvangcentrum of in een gesloten centrum. Uit de resultaten van verschillende projecten die ondersteund werden door het Europees Vluchtelingenfonds\* (EVF) blijkt tevens dat het personeel van de opvangcentra voor asielaanvragers vaak eerder beperkt is opgeleid,

dat er weinig mogelijkheden zijn voor opvang en ondersteuning van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen (depressie, posttraumatische stress, gedragsproblemen, psychosomatische problemen,...) en dat er een belangrijke negatieve impact is van de opvangomstandigheden en de juridische procedures op de geestelijke gezondheid van asielaanvragers (Dogniez & Post 2002). Op het vlak van infectieziekten melden Van den Brande en collega's (1997) dat asielaanvragers 30 keer meer kans hebben om tuberculose op te lopen in vergelijking met de Belgische bevolking. Die gegevens zijn bevestigd in de rapporten van de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding, die herinneren aan het grote aandeel van asielaanvragers in de incidentiecijfers voor tuberculose in België (FARES/VRGT 2011).

## 2.3 Internationale normen

Gezondheid bij migranten en etnische minderheden is geen recent sociaal-politiek thema, ook al is er de laatste jaren bijzondere aandacht voor.

Reeds in 1948 plaatste de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens het recht op vrij verkeer, het asielrecht en het recht op gezondheid op gelijke hoogte (Verenigde Naties 1948<sup>8</sup>).

In het begin van de 21<sup>e</sup> eeuw zorgde de Europese Unie voor een reeks richtlijnen over thema's in verband met gezondheid en migratie. Die richtlijnen werden allemaal omgezet in Belgische wetgeving (Dauvin & Lorant 2010)<sup>9</sup>. Onlangs keurde het Europees Parlement bovendien een nieuwe resolutie goed die de lidstaten ertoe aanspoort om onregelmatig binnengekomen of in de lidstaat verblijvende personen, personen met een precair verblijf of andere kwetsbare groepen<sup>10</sup> de toegang te verzekeren tot gezondheidszorg.

In haar Handvest van de Grondrechten (2000) heeft de Europese Unie eraan herinnerd dat “de Unie de culturele, godsdienstige en taalkundige verscheidenheid eerbiedigt”<sup>11</sup> (artikel 22 van het Handvest 2000/C 364 /01).

In 2003 ging het project “Migrant Friendly Hospitals” in 12 Europese landen<sup>12</sup> van start, om in 2004 te leiden tot de Verklaring van Amsterdam: “Naar migrantvriendelijke ziekenhuizen in een etnisch-cultureel divers Europa”<sup>13</sup>.

Op basis van de rechten van de mens, de kwaliteit van zorg, de flexibiliteit en het aanpassingsvermogen van ziekenhuizen, de gezondheidsalfabetisering en de diversiteit onder zorgverstrekkers werden in de Verklaring van Amsterdam vier algemene principes voorgesteld die toegepast moeten worden op alle gezondheidssystemen.

1. *De ontwikkeling van een “migrant-vriendelijk” ziekenhuis is een investering in een meer geïndividualiseerde en persoonsgerichte dienstverlening voor alle patiënten en klanten alsmede voor hun gezinnen.*
2. *Meer aandacht voor ervaringen van migrantengroepen en voor bestaande verschillen en ongelijkwaardigheid op het vlak van gezondheid moet leiden tot veranderingen in communicatie, in organisatorische procedures en in de toewijzing van middelen.*
3. *De focus op etnisch-culturele diversiteit houdt een zeker risico in op stereotypering, maar migrantenstatus, etnische herkomst, culturele achtergrond en religieuze oriëntering zijn slechts enkele van de talrijke aspecten die de complexiteit van mensen mee bepalen.*
4. *Partnerschappen met lokale buurtorganisaties en belangengroepen die goed op de hoogte zijn van de problemen van migranten en etnische minderheden kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de ontwikkeling van een cultureel en op taalgebied aangepast dienstverleningssysteem.*

<sup>8</sup> Universele Verklaring van de Rechten van de Mens <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>

<sup>9</sup> Rapport <http://www.eugate.org.uk/outcomes/index.html>

<sup>10</sup> Resolutie van het Europees Parlement van 8 maart 2011 over verkleining van de ongelijkheid op gezondheidsgebied in de Europese Unie (2010/2089(INI)) <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0081+0+DOC+XML+V0//NL>

<sup>11</sup> Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie: [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_nl.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_nl.pdf)

<sup>12</sup> Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Nederland, Oostenrijk, Spanje, Verenigd Koninkrijk, Zweden.

<sup>13</sup> Verklaring van Amsterdam: [http://www.mfh-eu.net/public/european\\_recommendations.htm](http://www.mfh-eu.net/public/european_recommendations.htm)

Bovendien publiceerde de Raad van Europa in 2006 een aanbevelingsrapport over gezondheidszorg in een multiculturele samenleving. Op basis van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie drong het Ministerieel Comité er bij zijn leden op aan om de optimalisering van de kwaliteit van en de toegang tot gezondheidszorg in multiculturele samenlevingen tot één van de prioritaire acties te maken in het gezondheidsbeleid<sup>14</sup>.

Wat de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) betreft, werd in 2008 een nieuwe resolutie gepubliceerd over gezondheid bij migranten, waarbij herinnerd werd aan het belang van het uitbouwen van een gezondheidsbeleid dat openstaat voor het thema migratie, met name in het streven naar het realiseren van de Millenniumdoelstellingen (Resolutie WHA 61.17). Recent publiceerde het Regionaal Bureau van de WHO voor Europa een beleidsverslag om gezondheidszorgsystemen te ondersteunen in hun strijd tegen gezondheidsongelijkheden\* die verband houden met etniciteit en migratie (WHO Europa 2010<sup>15</sup>). De aanbevelingen van de groep ETHEALTH zijn onder meer op deze tekst gebaseerd.

Als antwoord op deze groeiende internationale aansporingen hebben sommige landen, zoals het Verenigd Koninkrijk en Nederland, een reeks maatregelen ingevoerd om meer rekening te houden met de noden van migranten en etnische minderheden. Zo werd het belang van de problematiek erkend, evenals de noodzaak om ongelijkheden tussen individuen te verminderen, wat zowel tot beleids- als burgerinitiatieven heeft geleid. Zo was er onder meer het programma “Checking for Change”<sup>16</sup> in het Britse gezondheidszorgsysteem, waarbij een reeks acties werden geïdentificeerd die de gezondheidszorgdiensten kunnen invoeren om de ongelijkheden tussen MEM en autochtonen te verminderen.

---

<sup>14</sup> Aanbeveling Rec (2006) 18 van het Comité van Ministers aan de lidstaten over de gezondheidsdiensten in een multiculturele samenleving <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=1062769&BackC>

<sup>15</sup> Aanbevelingen van de WHO Europa <http://www.euro.who.int/fr/what-we-publish/abstracts/how-health-systems-can-address-health-inequities-linked-to-migration-and-ethnicity>

<sup>16</sup> Checking for Change <http://www.healthscotland.com/uploads/documents/6284-Checking%20for%20Change%20-%20How%20To.pdf>

## 2.4 Stand van zaken in België

Sinds 1999 financiert de FOD Volksgezondheid de aanwezigheid van interculturele bemiddelaars in algemene en psychiatrische ziekenhuizen. Parallel daarmee nemen zorgverleners, instellingen of patiënten initiatieven om de gevoeligheid voor interculturele thema's in de gezondheidszorg te verhogen.

Niettemin is het thema migratie en gezondheid in België nog nooit echt ten gronde besproken, en dat ondanks de recente werkzaamheden van de “Rondetafels van de Interculturaliteit”<sup>17</sup> en van de groep “Tackling Health Inequalities in Belgium”<sup>18</sup> (TAHIB 2010), die de weg voor het debat geopend hebben. Onlangs werden in het project EUGATE<sup>19</sup>, dat gefinancierd wordt door de Europese Commissie, de adviezen van Belgische en internationale experts inzake goede praktijken voor de toegang tot en de kwaliteit van zorg voor migranten samengebracht. Naast deze goede praktijken hebben de Belgische experts tevens specifiek voor België een aantal aanbevelingen geformuleerd. Hier hebben ze er met name op gewezen dat het noodzakelijk is dat het beleid zowel een rechtstreekse als onrechtstreekse toegang tot de zorg verzekert voor migranten. Bovendien doet het project EUGATE ook twee aanbevelingen inzake netwerkvorming voor experts en kennisontwikkeling<sup>20</sup>. Deze aanbevelingen versterken de noodzaak om diepgaand overleg over migratie en gezondheid in België op te starten, te meer gezien België op dit terrein ruim achterop hinkt in vergelijking met buurlanden als Nederland, Duitsland of het Verenigd Koninkrijk.

Een vergelijking tussen België en Schotland (Lorant & Bhopal 2010) leert dat MEM in België met grotere gezondheidsongelijkheden kampen in vergelijking met MEM in Schotland en dat er een duidelijke strategie ontbreekt om die ongelijkheden te bestrijden. Ons land zou dus een duidelijke en ambitieuze normering moeten hebben om deze ongelijkheden inzake gezondheid ten aanzien van migranten en etnische minderheden te verminderen (Lorant & Bhopal 2010).

Overigens kan het feit dat er rekening gehouden wordt met gezondheidsongelijkheden bij MEM eveneens een positieve economische impact hebben op het volledige gezondheidszorgsysteem. Zo creëert het inzetten van tolken bij het verstrekken van gezondheidszorg aan MEM geen hogere kosten voor het systeem. Integendeel, het zorgt zelfs voor een daling van de kosten (Bischoff & Denhaerynck 2004): door rekening te houden met interculturele verschillen kan de kans op foute diagnoses immers verkleind worden en kunnen therapietrouw van patiënten, efficiëntie van medicamenteuze behandelingen, evenals screening en regelmatige follow-up van patiënten verbeterd worden (Brach & Fraser 2002). Het Belgische gezondheidszorgsysteem heeft er dus niet alleen op het vlak van gezondheid en rechtvaardigheid baat bij om rekening te houden met gezondheidsongelijkheden bij migranten en etnische minderheden, maar ook op economisch en structureel vlak.

---

<sup>17</sup> Bij het afsluiten van het federale regeerakkoord op 18 maart 2008 werd voorzien om “Rondetafels van de Interculturaliteit” te organiseren. *“In het kader van een open en tolerante maatschappij zal de regering het respect voor onze democratische waarden begunstigen en de “Rondetafels van de Interculturaliteit” organiseren. De regering heeft hiervoor deskundigen gevraagd aanbevelingen te formuleren zodat gewerkt kan worden aan een maatschappij die het respect voor culturele eigenheden, diversiteit en antidiscriminatie hoog in het vaandel draagt, een maatschappij waarin gemeenschappelijke waarden worden geduld”*. Informatie website <http://www.interculturaliteit.be/>

<sup>18</sup> Onder toezicht van de Koning Boudewijnstichting heeft de groep TAHIB zich vragen gesteld over de ongelijkheid in gezondheid in België. Dat heeft geleid tot een reeks aanbevelingen die in oktober 2010 gepubliceerd zijn. Website van het project: <http://www.kbs-frb.be/otheractivity.aspx?id=193904&LangType=2067>

<sup>19</sup> EUGATE is een project dat medegefinancierd wordt door het Directoraat-Generaal Gezondheid en Consumenten van de Europese Unie. Het heeft tot doel goede praktijken te promoten en te verspreiden teneinde rekening te kunnen houden met de noden van migranten. Meer informatie: <http://www.eugate.org.uk/>

<sup>20</sup> Het verslag van het EUGATE-project voor België is terug te vinden op het volgende adres: <http://www.eugate.org.uk/outcomes/index.html>

## HOOFDSTUK 3: VASTSTELLINGEN EN AANBEVELINGEN

De expertengroep ETHEALTH wou aanbevelingen formuleren inzake de toegankelijkheid en de kwaliteit van gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden. Deze aanbevelingen worden weergegeven aan de hand van het “CSDH-Gelijkwaardigheidsmodel” van de Commissie Sociale Gezondheidsdeterminanten\* van de Wereldgezondheidsorganisatie (2008, 2010). Deze specifieke aanbevelingen, die uitgewerkt worden in dit hoofdstuk, worden voorafgegaan door een aantal algemene principes. Die moeten volgens de expertengroep ETHEALTH beschouwd worden als centrale uitgangspunten voor de uitwerking en implementatie van de hieruit volgende specifieke aanbevelingen.

### 3.1 CSDH-model voor Gelijkwaardigheid

In dit rapport worden de resultaten weergegeven volgens het “CSDH-Gelijkwaardigheidsmodel”<sup>21</sup> dat door de Commissie Sociale Gezondheidsdeterminanten van de WHO ontwikkeld is in het kader van haar project “Closing the Gap: Health equity through action on the social determinants of health” (WHO 2010).

Dit model kan ertoe bijdragen om de theoretische fundamenteën van ongelijkheid in gezondheid (szorg) te koppelen aan concrete en gerichte actiestrategieën. Bovendien wordt het door de indeling in vijf hiërarchische niveaus mogelijk om diverse invloeden op gezondheidsongelijkheden aan te geven en het niveau te identificeren dat het meest relevant is om interventies uit te werken.

Ook al is de hiërarchische indeling van dit model interessant om een aantal vaststellingen te begrijpen, toch moeten de interventies georganiseerd worden volgens een concentrische benadering. De verschillende niveaus kunnen en moeten immers gelijktijdig benaderd worden. Die concentrische benadering werd grondiger uitgewerkt door Whitehead & Dahlgren (1991)<sup>22</sup>.

Als we het analytisch kader bekijken, bevindt het beginpunt zich op het niveau van de verschillen in uitkomsten inzake gezondheidsstatus. Vertrekkende van dit niveau is een dubbele benadering noodzakelijk:

- 1) een bottom-up benadering om de oorzaak van de verschillen te begrijpen;
- 2) een top-down benadering om te zien wat de gevolgen ervan zijn.

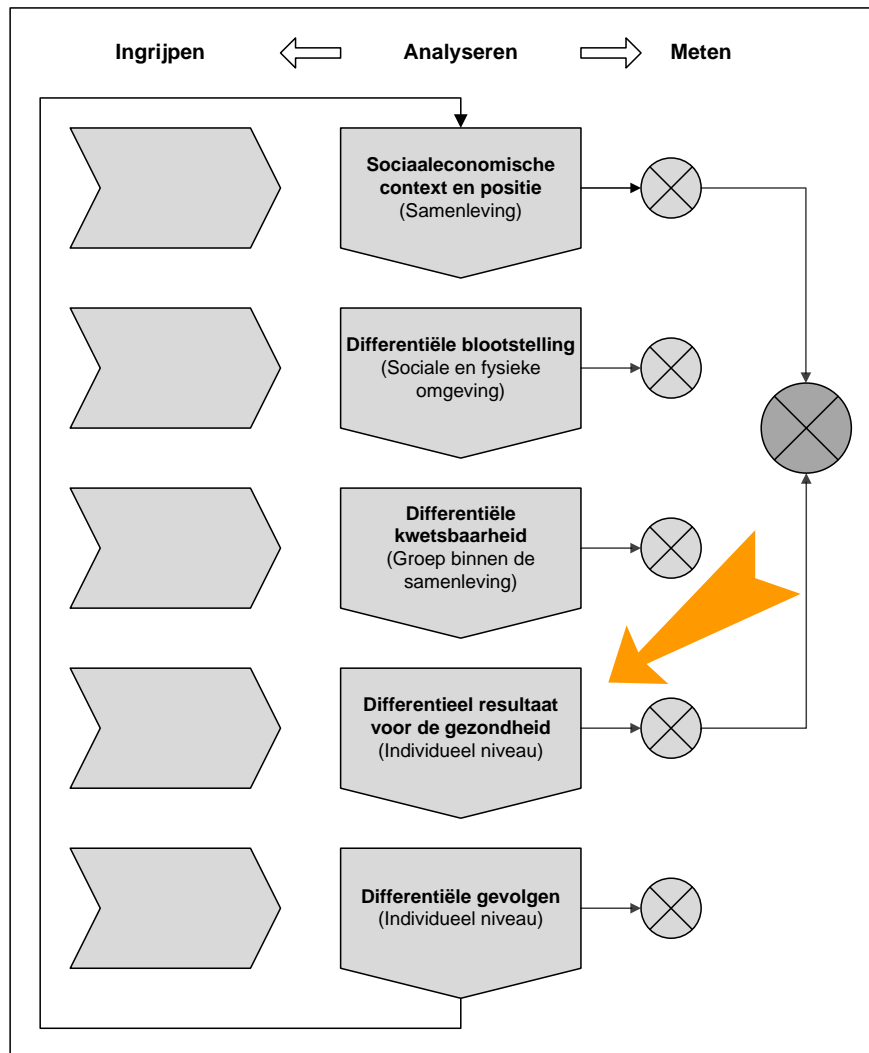
Zodra de verschillende causale mechanismen duidelijk zijn, kunnen interventies worden voorgesteld. Bij die interventies moet steeds rekening gehouden worden met oorzakelijke factoren of relevante aanknopingspunten voor het desbetreffende probleem.

---

<sup>21</sup> Afkorting voor “Commission of Social Determinants of Health”

<sup>22</sup> Voor meer informatie, zie onderdeel: “Aanbevolen literatuur”

**Figuur 1:** Kader voor het analyseren van de randvoorwaarden voor een publieke gezondheid (WHO 2010)



Bron: WHO Commissie Sociale Gezondheidsdeterminanten, 2008

### ***Niveau 1: Context en sociaaleconomische status***

De maatschappelijke context en sociaaleconomische positie vormen elementen uit het “macroniveau”, het hoogste niveau dat betrokken wordt in het aanpakken van ongelijkheden op het vlak van gezondheid. Dit omvat de bestuurlijke context, het sociaal beleid, het macro-economisch beleid, het overheidsbeleid evenals de waarden en de cultuur van de samenleving. Niveau 1 omvat vier concrete elementen: het wettelijke kader, de sociale bescherming, het overheidsbeleid in ruime zin (werkgelegenheid en opleiding) en de cultuur.

ETHEALTH heeft op dit niveau volgende elementen weerhouden:

- (1) beschikbaarheid van door middel van registratie bekomen gegevens;
- (2) coördinatie van de verschillende acties om tot een globale en coherente strategie tussen de verschillende beleidsniveaus te komen;
- (3) vorming en accreditering van cultureel competente gezondheidzorgverstrekkers.



### ***Niveau 2: Verschillen in blootstelling***

Hoe gunstiger iemands sociale positie, hoe minder deze persoon zal blootgesteld worden aan allerhande risicofactoren, zoals materiële, psychosociale en gedragsrisico's. Niveau 2 omvat deze acties die tot doel hebben om ongelijkheden qua middelen, risicogedrag of ongunstige blootstelling te verminderen, zoals initiatieven op het vlak van gezondheidspromotie en -educatie, primaire en secundaire preventie en het stimuleren van leefomgevingen die de gezondheid gunstig beïnvloeden.

ETHEALTH heeft twee aspecten weerhouden:

- (1) verminderen van sociaaleconomische ongelijkheden ten aanzien van MEM;
- (2) realiseren van cultureel competente acties in de domeinen van preventie, gezondheidspromotie en -educatie.

### ***Niveau 3: Verschillen in kwetsbaarheid***

Zelfs bij een gelijk niveau van blootstelling aan risicofactoren zullen de gevolgen voor bepaalde groepen toch verschillend zijn, enerzijds omwille van hun sociale, economische en culturele context en anderzijds door factoren gelieerd aan het eigen levenstraject. Deze extra kwetsbaarheid omvat niet de volledige maatschappij, maar wel min of meer omvangrijke groepen individuen. Niveau 3 omvat dus acties bij specifieke, bijzonder kwetsbare groepen, zoals bijvoorbeeld vrouwen en kinderen.

ETHEALTH identificeerde in haar werkzaamheden drie kwetsbare groepen:

- (1) asielaanvragers en mensen in een preciaire verblijfssituatie;
- (2) migranten en etnische minderheden met psychische problemen;
- (3) vrouwen.

### ***Niveau 4: Verschillen in uitkomsten***

Op dit niveau streven we ernaar dat iedereen die zorg ontvangt die hem/haar het beste ondersteunt. Concreet betekent dat het streven naar het verminderen van alle systematische verschillen in gezondheidsresultaten tussen de diverse sociaaleconomische groepen. Die vermindering heeft als uiteindelijke doelstelling om alle sociaaleconomische groepen naar het gezondheidsniveau te tillen van de meest bevoordeelde groep.

ETHEALTH bestudeerde op dit niveau volgende elementen:

- (1) het garanderen van de toegankelijkheid\* en kwaliteit\* van eerstelijnszorg en -diensten;
- (2) het bevorderen van cultureel competente zorgverstrekking.

### ***Niveau 5: Verschillen in impact en gevolgen***

Op dit niveau blijkt nog sterker hoe de gevolgen van een slechtere gezondheidsstatus zich steeds meer op individueel niveau manifesteren. Onder invloed van de voorgaande niveaus worden er op individueel niveau verschillen waargenomen op het vlak van ziekte, sterftetekans en verminderde functiemogelijkheden. Bovendien heeft een slechte gezondheidsstatus ook diverse consequenties voor individuen op sociaal en economisch vlak, waaronder inkomensverlies, vermindering van arbeidsmogelijkheden, sociaal isolement of zelfs sociale uitsluiting. Een betere kijk op de evolutie van deze verschillende indicatoren die het risico op ziekte, sterfte en verminderde functiemogelijkheden in kaart brengen kan ons dan ook een beeld geven van de mogelijke impact van interventies.

## 3.2 Richtinggevende principes

De volgende algemene richtinggevende principes dienden als basisstructuur voor de uitwerking van de specifieke aanbevelingen. Ze vormen bovendien de uitgangspunten voor de ontwikkeling van een meer toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden:

(1) Migranten en etnische minderheden vormen een bijzonder **heterogene** populatie, onder meer inzake achtergrond, migratietraject, huidige leefomstandigheden en culturele waarden en normen. Deze heterogeniteit noodzaakt een **geïndividualiseerde** aanpak, waarbij elke zorgverstrekker het individuele en geïndividualiseerde verhaal van de cliënt als uitgangspunt moet nemen. Dit impliceert dat men vermijdt om ten onrechte te generaliseren of te stereotyperen. Bovendien brengt elke nieuwe migratiegolf nieuwe migrantengroepen met een eigen verleden, nationaliteit, verwachtingen,... Dit besef impliceert eveneens dat een uiterst **flexibele** aanpak noodzakelijk is, met voortdurende aanpassing van gezondheidszorgverstrekkers en -diensten, bijvoorbeeld dankzij een vraaggestuurd model. Deze flexibele en geïndividualiseerde aanpak betekent echter niet dat er geen rekening meer moet worden gehouden met de invloed van sociale factoren bij bepaalde groepen in de samenleving.

(2) Elk beleid dient zich steeds zo veel mogelijk te oriënteren in de richting van een **inclusief** beleid, wat betekent dat elk zorgaanbod toegankelijk moet zijn voor en aangepast aan alle bevolkingsgroepen. Waar nodig kan wel een bijkomend en tijdelijk categoriaal aanbod gecreëerd worden voor een specifieke populatie. Dit aanbod moet echter steeds beperkt blijven in de tijd en het uiteindelijke doel moet steeds zijn om iedereen toe te leiden naar het reguliere, algemene zorgaanbod.

(3) Een persoon dient steeds op **globale** wijze benaderd te worden. Dit betekent dat de gezondheidszorg zich niet enkel tot de lichamelijke gezondheid mag beperken, maar ook oog moet hebben voor andere gezondheids- en levensdomeinen van het individu, zoals bijvoorbeeld zijn/haar sociale relaties, psychisch welbevinden en woon- en werksituatie.

(4) In elke interventie binnen het aanbod van gezondheidszorg dienen “**sociaaleconomische context**”, “**cultuur**” en “**communicatie**” als centrale rode draden te fungeren. Dit geldt voor het werken met alle cliënten, dus niet enkel voor zij die een andere taal spreken of een anders-culturele achtergrond hebben.

### 3.3. Specifieke aanbevelingen

De hierna volgende specifieke aanbevelingen van de ETHEALTH-groep werden gegroepeerd volgens het hierboven beschreven “CSDH-model voor Gelijkwaardigheid”. Hoewel deze aanbevelingen op afzonderlijke niveaus geordend worden, dienen ze toch steeds in onderlinge samenhang te worden gelezen en moeten ze uitgevoerd worden in de lijn van de beschreven richtinggevende principes (cf. 3.2).

#### 3.3.1. Niveau 1: Context en sociaaleconomische status

ETHEALTH heeft op dit niveau volgende elementen weerhouden:

- (1) beschikbaarheid van door middel van registratie bekomen gegevens;
- (2) coördinatie van de verschillende acties om tot een globale en coherente strategie tussen de verschillende beleidsniveaus te komen;
- (3) vorming en accreditering van cultureel competente gezondheidzorgverstrekkers.

##### a. Beschikbaarheid van door middel van registratie bekomen gegevens

De experts benadrukten dat het gebrek aan gegevens over de etnische achtergrond en/of nationaliteit van de persoon en diens (groot)ouders in onder meer gezondheidsenquêtes en ziekenhuisstatistieken de uitwerking van doeltreffende programma's ter bestrijding van ongelijkheden in gezondheidsstatus belemmert.

Dit uitgangspunt werd ook elders bevestigd (Fulton 2010, Nerenz 2005) en ook internationale aanbevelingen en studies (WHO, Raad van Europa, EUGATE) wijzen op het belang van het in kaart brengen van de situatie van MEM. De Europese Richtlijn 2000/43/EG<sup>23</sup> inzake gelijke behandeling heeft in heel wat Europese landen het debat inzake “etnische categorisering” gestimuleerd. Zo schrijft deze richtlijn onder meer voor dat lidstaten een monitoring van discriminatiepraktijken moeten organiseren. In sommige landen zoals het Verenigd Koninkrijk of Nederland is gebleken dat dergelijke “etnische” statistieken een onmisbaar instrument zijn voor het detecteren van discriminerende praktijken, zowel op bijvoorbeeld de arbeidsmarkt als in het onderwijs of de gezondheidszorg. België zou zich kunnen inspireren op deze en andere praktijken zoals bijvoorbeeld ontwikkeld in Schotland of Zwitserland, of door de ervaringen van de Vlaamse Gemeenschap voor wat de arbeidsmarkt betreft (VDAB).

Bovendien publiceerde het interuniversitair consortium Charles Ullens in 2006 onder impuls van de Koning Boudewijnstichting een rapport in vier delen: “Preparatory Study for Survey and Quantitative Research on Ethnic Minority Groups in Belgium” (Hanquinet *et al.* 2006). Het zou dan ook interessant kunnen zijn om dergelijke denkoefeningen nogmaals te doen en deze toe te passen op het verzamelen van gegevens binnen de gezondheidszorgverstrekking.

De Wet tot Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer ten opzichte van de Verwerking van Persoonsgegevens (“Privacywet”) van 8 december 1992 bepaalt dat gegevens betreffende etnische afkomst of cultuur “gevoelige gegevens” zijn en dat de inzameling ervan dus a priori verboden is. Niettemin suggereren zowel de verschillende Koninklijke Besluiten, de adviezen van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer als rechtspraak (Ringelheim 2010) dat het verzamelen van “etnische gegevens” onder bepaalde voorwaarden mogelijk blijft: indien het doel uitdrukkelijk omschreven wordt en eveneens gerechtvaardigd is (bv. voor wetenschappelijke

<sup>23</sup> Volledige Nederlandse tekst: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2000:180:0022:0026:nl:PDF>

doeleinden of doelstellingen in het kader van de volksgezondheid), indien de gegevens anoniem en te goeder trouw verwerkt worden en indien de gegevens relevant, juist en up-to-date zijn.

Het departement van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (ISP/WIV) dat instaat voor de organisatie van de nationale gezondheidsenquête (interviews) (“HIS”) wijst op twee knelpunten bij het verzamelen van gegevens over etniciteit of migratie. Enerzijds mag het Nationaal Instituut voor de Statistiek (medeorganisator van de HIS-enquête) dat soort gegevens wettelijk niet verzamelen. Anderzijds is er voor MEM een specifieke steekproeftrekking nodig, wat bijkomende middelen vereist. De FOD Volksgezondheid is momenteel één van de opdrachtgevers van de HIS-enquête - de financiële ondersteuning van deze dienst aan de HIS-enquête zou, in het kader van haar bevoegdheden inzake interculturele bemiddeling in ziekenhuizen, dan ook kunnen verhoogd worden.

Het Europese project “MIGHEALTHNET” is een geheel van databases van het type “Wikipedia” dat vrij toegankelijk is. Een vijftiental Europese landen beschikt hierover en verspreidt op die manier wetenschappelijke publicaties, rapporten en evenementen rond het thema gezondheid en migratie in hun land. Een host-site verspreidt dezelfde informatie op internationaal niveau. Die database werd ook in België opgezet maar bij gebrek aan financiële middelen is het hier gebleven bij een embryonaal stadium van de site<sup>24</sup>. Dit type initiatieven verdient echter meer aandacht van de overheid.

**Aanbeveling 1.1:** Bij de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer dient een aanvraag te worden ingediend om gegevens inzake de gezondheidsstatus van mensen die tot etnische, culturele en/of godsdienstige minderheden behoren systematisch te registreren door middel van een systeem van continue monitoring. Die monitoring moet, waar mogelijk, indicatoren in verband met sociale gezondheidsdeterminanten bevatten.

**Aanbeveling 1.2:** Aan de gezondheidsenquête die door het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid wordt uitgevoerd, dient een bijkomende steekproef te worden toegevoegd zodat we over meer informatie beschikken inzake de gezondheidsstatus van MEM.

**Aanbeveling 1.3:** Onderzoek naar de (fysieke, psychische en sociale) gezondheidsstatus van en de gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden in België dient gestimuleerd en ondersteund te worden.

#### **b. Coördinatie van de verschillende acties om tot een globale en coherente strategie tussen de verschillende beleidsniveaus te komen**

België heeft een gefederaliseerd gezondheidssysteem waarbij vijf beleidsniveaus bevoegd zijn inzake verschillende domeinen die te maken hebben met gezondheid (Gerkens & Merkur 2010). Dat kan zorgen voor coördinatieproblemen, vooral inzake de aanpak van de gezondheid van MEM. Die coördinatieproblemen zijn op een aantal gebieden, zoals de “Dringende Medische Hulpverlening”, duidelijk aanwezig. Dankzij Interministeriële Conferenties kon die coördinatie wel reeds verbeterd worden voor onder meer geestelijke gezondheidszorg, kankerscreening en vaccinatiecampaagnes

<sup>24</sup> <http://www.mighealth.net/be>

tegen hepatitis. Het organiseren van dergelijke conferenties kan dus een aanzet zijn tot het realiseren van een globale en geïntegreerde strategie ter bevordering van de gezondheid van MEM.

**Aanbeveling 1.4:** De coördinatie tussen de bevoegdheden van het federale niveau (o.a. ziekenhuissector, accreditering en opleiding van artsen/verpleegkundigen), van de gewesten en gemeenschappen (o.a. erkenning van gezondheidszorginstituties, gezondheidspromotie, financiering van primaire gezondheidszorg) en bevoegdheden van het lokale niveau (dringende medische hulpverlening) dient verbeterd te worden.

**Aanbeveling 1.5:** Belgische autoriteiten op het vlak van gezondheid (FOD Volksgezondheid, POD Maatschappelijke Integratie, INAMI-RIZIV en de andere beleidsinstellingen met bevoegdheden op het terrein van gezondheid) moeten ertoe worden aangezet om mee te werken aan internationale netwerken voor interculturele gezondheidszorg zoals het netwerk “Migrant-Friendly Hospitals”.

### c. Vorming en accreditering van cultureel competente gezondheidszorgverstrekkers

In de initiatieven en studies voorgesteld tijdens de verschillende bijeenkomsten van de ETHEALTH-groep wordt erop gewezen dat men gezondheidszorgverstrekkers tijdens hun opleiding culturele competenties moet bijbrengen. De huidige deontologie van gezondheidszorgverstrekkers is onvoldoende in de praktijk verankerd om cultureel competente zorg effectief te bevorderen. Het is daarom belangrijk om gezondheidszorgverstrekkers te sensibiliseren inzake interculturaliteit en diversiteit, en hen op te leiden in de zorgverlening aan cliënten met een anders-culturele achtergrond, waarbij ze niet vervallen in culturele stereotypen en projecties. Mogelijke opleidingsthema's zijn: werken met tolken en interculturele bemiddelaars, omgaan met cultureel diverse denk- en handelwijzen, onder meer door middel van internationaal overleg tussen zorgverstrekkers (naar het voorbeeld van ERASMUS-programma's voor studenten), integreren van uiteenlopende (culturele) representaties van ziekte en gezondheid, begrijpen van culturele en etnische stereotypen, ontwikkelen van vaardigheden om racisme en discriminatie te herkennen en ermee om te gaan en valoriseren van buitenlandse ervaringen in de basisopleiding van zorgverstrekkers. Dergelijke opleidingen moeten de vaardigheden van alle gezondheidswerkers versterken en niet uitsluitend van diegenen die met MEM wensen te werken.

Enkel op het niveau van de professionals werken is echter ontoereikend. De zorginstellingen moeten eveneens de interculturele vaardigheden van hun zorgverstrekkers ondersteunen en valoriseren. Rekening houden met culturele diversiteit in gezondheidsdiensten maakt immers integraal deel uit van het streven naar kwaliteitsvolle zorgprocessen. Bovendien dient de realiteit van etnische en culturele diversiteit in de samenleving ook geïntegreerd te worden in het team van zorgverstrekkers zelf. Etnische concordantie tussen zorgverstrekker en patiënt is trouwens één van de factoren die bijdraagt tot de kwaliteit van zorg (Cooper-Patrick *et al.* 1999; Saha *et al.* 1999).

Het project “Migrant Friendly Hospitals”<sup>25</sup> werd, naar het voorbeeld van de netwerken “Baby Friendly Hospitals” of “Health Promoting Hospitals”, in twaalf Europese landen ontwikkeld (Schulze

<sup>25</sup> Het project “Migrant Friendly Hospitals” wordt gefinancierd door het Directoraat-generaal Gezondheid en Consumenten en heeft 12 pilootziekenhuizen in Europa bijeengebracht die aanvaard hebben om hun aanpak van migranten te evalueren. Op grond van die evaluaties hebben de ziekenhuizen veranderingsprojecten ingevoerd die gericht zijn op de vorming van professionals, op het gebruik van tolken en op de bevordering van de gezondheid moeder-kind. Meer informatie: <http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>

*et al.* 2003). De interventies en de evaluatietools die in het kader van dit project opgezet werden, kunnen dan ook als basis dienen voor een gelijkaardig pilootproject in België (Cuadra & Cattacin 2007).

Overigens is het Zwitserse experiment een goed voorbeeld van het in aanmerking nemen van MEM in een federale staat met verschillende taalstelsels<sup>26</sup> (OFSP 2007). Zwitserland ontwikkelde heel wat interculturele zorgprogramma's die opgenomen zijn binnen het algemene systeem voor zorgopleidingen (OFSP 2011). Bijscholingsprojecten voor gezondheidswerkers worden ondersteund en bovendien bestaat er een opleiding sociaal tolken, die het voorwerp uitmaakt van een accreditering en een specifieke financiering door de Zwitserse federale overheid<sup>27</sup>.

**Aanbeveling 1.6:** Culturele competenties dienen geïntegreerd te worden in alle medische opleidingsprogramma's; hierover dient ook gereflecteerd te worden in opleidingsprogramma's voor verpleegkundigen en binnen de paramedische en sociale sector in het algemeen. Aangezien onderwijs een bevoegdheid van de gemeenschappen is, terwijl de accreditering van het diploma van arts of verpleegkundige een federale bevoegdheid is, zou overwogen kunnen worden om een aantal minimumnormen in te voeren, bijvoorbeeld betreffende vaardigheden in het werken met migranten en etnische minderheden, voor alle opleidingen binnen de sociale sector en de gezondheidszorg, zoals eveneens aanbevolen door sommige auteurs (Zambrana 2004).

**Aanbeveling 1.7:** Er dienen inspanningen te gebeuren om migranten en etnische minderheden meer te oriënteren naar de verschillende opleidingen binnen gezondheidszorg (niet alleen naar de opleiding tot zorgkundige). Dit zal immers ook leiden tot een grotere (etnische, culturele, leeftijds-, geslachts-,...) diversiteit in teams van gezondheidszorgverstrekkers.

### 3.3.2. Niveau 2: Verschillen in blootstelling

ETHEALTH heeft twee aspecten weerhouden:

- (1) verminderen van sociaaleconomische ongelijkheden ten aanzien van MEM;
- (2) realiseren van cultureel competente initiatieven in de domeinen van preventie, gezondheidspromotie en -educatie, met bijzondere aandacht voor "sociale gezondheidszorg".

#### a. Verminderen van sociaal-economische ongelijkheden

De ETHEALTH-groep wil benadrukken dat de problemen inzake gezondheid en toegankelijkheid van gezondheidszorg voor MEM verband kunnen houden met de sociale, juridische en/of economische onzekerheid van die groepen. De WHO geeft in dit opzicht aan dat het belangrijker kan zijn om zich toe te leggen op sociale gezondheidsdeterminanten dan op de gezondheidszorg zelf (WHO 2010). Uit onderzoek blijkt immers dat een groot deel van de ongelijkheden op het vlak van gezondheidsstatus voortkomt uit sociale en economische verschillen (Lorant *et al.* 2007). Bovendien impliceert de lage sociaaleconomische status van migranten en etnische minderheden vaak dat gezondheid en gezondheidszorg niet als prioritair beschouwd worden.

De strijd tegen deze "meervoudige achterstelling" en tegen allerhande vormen van discriminatie moet worden gevoerd aan de hand van een strategie die afdoende rekening houdt met de aspecten

<sup>26</sup> Federale Strategie « Migratie en Gezondheid 2008 tot 2013 » in Zwitserland:  
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=fr>

<sup>27</sup> Meer informatie over gemeenschapstolken:  
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07692/index.html?lang=fr>

die aan dit niveau voorafgaan en er ook op volgen (zie punt 3.3.3). Wat de voorafgaande aspecten betreft, wil de expertengroep ETHEALTH verwijzen naar de aanbevelingen van de “Rondetafels van de Interculturaliteit”, in het bijzonder deze aangaande meer interetnische gelijkheid op school en in de toegang tot de arbeids- of woningenmarkt. De ETHEALTH-groep baseert zich ook op de aanbevelingen van het WHO-rapport met betrekking tot het verminderen van gezondheidsongelijkheden bij migranten via gezondheidszorgsystemen (WHO 2010).

**Aanbeveling 2.1:** De strijd tegen discriminatie van migranten en etnische minderheden bij aanwervingen en op de werkvloer zelf dient opgevoerd te worden en bedrijven moeten aangespoord worden om de bestaande wetgeving rond de bestrijding van discriminatie te volgen, in het bijzonder de Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van diverse vormen van discriminatie<sup>28</sup>.

**Aanbeveling 2.2:** Er moet rekening gehouden worden met de specifieke noden van MEM, in het bijzonder van nieuwkomers, op het vlak van onderwijs en opleiding. Hierbij moet voorkomen worden dat er educatieve “getto’s” worden gecreëerd of dat MEM systematisch maar ten onrechte worden doorverwezen naar specifieke beroepsopleidingen of vormen van buitengewoon onderwijs.

**Aanbeveling 2.3:** In diverse levensdomeinen moeten initiatieven genomen worden die migranten en etnische minderheden meer in de mogelijkheid stellen om hun eigen keuzes te maken en controle te verwerven over hun eigen leven. Dit kan onder meer via het aanbieden van mogelijkheden tot het leren van de taal van de leefomgeving en tot deelname aan het lokale sociale netwerk.

**b. Realiseren van cultureel competente initiatieven in de domeinen van preventie, gezondheidspromotie en -educatie, met bijzondere aandacht voor “sociale gezondheidszorg”.**

Uit de literatuur blijkt dat primaire en secundaire preventie-acties MEM minder goed bereiken dan de bevolking van Belgische afkomst (Anson 2001). De door ETHEALTH geraadpleegde experts beamen die vaststelling; dit geldt in het bijzonder voor screeningsacties voor borstkanker (mammografieën) bij vrouwen, screening van baarmoederhalskanker, preventie van tuberculose en preventie en follow-up van een aantal chronische ziekten, zoals chronische hoge bloeddruk of diabetes type 2. Niettemin mag een dergelijke opsomming van een aantal specifieke gezondheidsproblemen mogelijke andere aandoeningen en algemene gezondheidsaspecten, zoals geestelijke gezondheid en gezondheidspromotie, niet uit het oog doen verliezen.

De toegankelijkheid van preventie-acties voor migranten en etnische minderheden is in veel Europese landen een steeds terugkerend probleem. Dat is het gevolg van een veelheid aan factoren die zowel verband houden met de doelgroep zelf, als met gezondheidszorgwerkers en de organisatie van het gezondheidszorgsysteem. Het is belangrijk om bij preventiecampagnes informatiemedia (televisieprogramma’s, affiches of brochures) aan te wenden in de taal van de doelgroepen. Bovendien moet ook de - mogelijke specifieke - beeldvorming rond ziekte en gezondheid geïntegreerd worden in deze preventie- en gezondheidspromotieprogramma’s. Ten slotte dient bij de uitwerking van dergelijke programma’s rekening te worden gehouden met mogelijke waarden en normen inzake onder meer voeding, lichamelijke en gezins- en familiale relaties.

<sup>28</sup> [http://www.cntr.be/index.php?action=wetgeving\\_detail&id=15&select\\_page=12&select\\_page=12](http://www.cntr.be/index.php?action=wetgeving_detail&id=15&select_page=12&select_page=12)

Overigens bieden heel wat verenigingen nu al, zowel in lokale, regionale als nationale acties, cultureel en taalkundig aangepaste promotie- en preventietools aan. Maar de verenigingen die in deze sector actief zijn, krijgen nu nog vaak onvoldoende erkenning en ondersteuning om dergelijke tools te blijven ontwikkelen en op ruime schaal te verspreiden.

Op basis van de recente werkzaamheden van de Rondetafels van de Interculturaliteit (2010) doet de ETHEALTH-groep op haar beurt dan ook volgende aanbevelingen:

**Aanbeveling 2.4:** Deskundigen vanuit diverse disciplines (sociologie, antropologie, psychologie, opvoeding en onderwijs, volksgezondheid) dienen bij te dragen tot het analyseren en het wegwerken van de factoren die de toegang tot preventiecampagnes voor etnische, culturele en/of godsdienstige minderheden beperken. Hierbij dient zowel gestreefd te worden naar het opzetten van informatieverstrekken en sensibiliserende programma's als naar doeltreffende preventieacties. Die programma's en acties moeten ontwikkeld worden in overleg met de beoogde doelgroepen en met de gezondheidszorgverstrekkers die met deze doelgroepen samenwerken.

**Aanbeveling 2.5:** Eerstelijns hulpverleners moeten gesensibiliseerd worden inzake de verhoogde risico's van migranten en etnische minderheden om bepaalde specifieke gezondheidsproblemen zoals tuberculose te ontwikkelen. Hierbij dient men tegelijk te voorkomen om in een "etnificering" of "racialisering" van dergelijke aandoeningen te vervallen.

**Aanbeveling 2.6:** Preventieve acties (bv. prenatale zorg of borstkankerscreening) dienen op een structurele manier geïntegreerd te worden in het bestaande eerstelijnsgezondheidszorgaanbod.

**Aanbeveling 2.7:** Er moeten proactieve initiatieven worden genomen om aangepaste en begrijpbare informatie over het Belgische gezondheidszorgsysteem te verstrekken aan MEM, waarbij ook verzekeringsinstellingen dienen te worden herinnerd aan hun informatieverstrekken rol ten aanzien van hun leden. Beter geïnformeerde patiënten kunnen immers beter gebruik maken van het gezondheidszorgsysteem en kunnen op die manier hoge of zelfs onnodige kosten vermijden.

Het verbeteren van preventie- en gezondheidspromotiecampagnes bij MEM gebeurt daarnaast ook via het ontwikkelen en versterken van "sociale gezondheidszorg"<sup>29</sup> (Chrisman 2007). Door middel van een context-georiënteerd proces van diagnosestelling maakt een dergelijke "sociale gezondheidszorg" het mogelijk om rekening te houden met de specifieke noden van de bevolking in een bepaalde buurt of wijk, om zo de meest relevante interventies op dit lokale niveau te kunnen voorzien. Hierbij dienen de buurtbewoners volwaardige actoren in het project te zijn. Bovendien past "sociale gezondheid" in een logica van partnerschap en interdisciplinariteit, met alle actoren die bij de problematiek betrokken zijn. "Sociale gezondheidszorg" is gebaseerd op complexe interventiemodellen, waarvan erkend wordt dat deze een positieve impact hebben op de vermindering van gezondheidsongelijkheden (Edwards *et al.* 2008; MacElmurry *et al.* 2003; Roman *et al.* 2009).

Momenteel bestaan er in de Franse Gemeenschap opleidingsprogramma's voor verpleegkundigen in "sociale gezondheidszorg". Deze programma's zijn verwant aan de opleidingsprogramma's tot "sociaal verpleegkundige" in de Vlaamse Gemeenschap. De voornaamste troef van de Franstalige opleidingen tot "sociaal verpleegkundige" is dat hij/zij eerst over een diploma verpleegkunde

<sup>29</sup> In het vervolg van de tekst gebruiken we "sociale gezondheid(szorg)" als vertaling voor de wellicht beter bekende begrippen "community-based care/health" of "santé communautaire".



beschikt en dit daarna combineert met een bijkomend opleidingsjaar dat uitsluitend gericht is op “sociale gezondheidszorg”. De focus op een gemeenschapsgeoriënteerde benadering, gekoppeld aan de ontwikkeling van vaardigheden inzake gezondheidspromotie, zorgt ervoor dat deze gezondheidszorgverstrekkers sleutelfiguren kunnen zijn in de problematiek van de gezondheid van migranten. Bovendien bestaat er aan bepaalde universiteiten een masterprogramma “sociale gezondheidszorg”. Dit type gezondheidszorgverstrekkers moet dan ook versterkt worden in hun rol in het werkveld, met name als coördinerende spil tussen patiënten, families en zorgverleners. Overigens zou de specialisatie in “sociale gezondheidszorg”, naar het voorbeeld van andere specialisaties binnen de opleiding verpleegkunde, opgenomen kunnen worden in de basisnormen tot de erkenning van bepaalde eerstelijnsdiensten.

**Aanbeveling 2.8:** Gemeenschapsgeoriënteerde gezondheidszorg dient beschouwd te worden als een hoofdactiviteit in de eerstelijnsgezondheidszorg en niet als een bijkomende activiteit. Meer aandacht geven aan deze “sociale gezondheidszorg” kan door de opleiding van professionals in deze zin te versterken, maar ook door de zorgstructuren hierbij financieel te ondersteunen.

**Aanbeveling 2.9:** In het gezondheidszorgaanbod moet zo veel mogelijk rekening worden gehouden met de context van de patiënt, in het bijzonder bij langdurige en/of residentiële behandelingen, zodat de cliënt zich ten aanzien van zijn context voldoende gesteund voelt en de kans verkleind wordt dat hij/zij de behandeling vroegtijdig staakt.

**Aanbeveling 2.10:** Er moet een opwaardering gebeuren van opleidingsprogramma’s voor verpleegkundigen in “sociale gezondheidszorg”, zowel in hogescholen als op het werkveld, met name door “sociale gezondheidszorg” op te nemen in de normen voor erkenning van bepaalde diensten binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.

### 3.3.3. Niveau 3: Verschillen in kwetsbaarheid

ETHEALTH identificeerde in haar werkzaamheden drie kwetsbare groepen:

- (1) asielaanvragers en mensen in een precare verblijfssituatie;
- (2) migranten en etnische minderheden met psychische problemen;
- (3) vrouwen.

#### a. Asielzoekers en mensen in een precare verblijfssituatie

**Dringende medische hulp** is een wetgevend instrument dat België in staat stelt om de toegang tot de gezondheidszorg te verzekeren aan al wie in een precare verblijfssituatie op haar grondgebied verblijft en geen aansluiting bij een verzekeringsinstelling heeft. De experts hebben actoren geraadpleegd die geconfronteerd worden met de uitvoering van deze wettelijke bepalingen en ze hebben kennis genomen van verschillende rapporten over de toegang tot de gezondheidszorg voor mensen in een precare verblijfssituatie (Chaoui Mezabi & Casman 2009; Chauvin *et al.* 2007, 2009; Dauvrin & Lorant 2011; Dauvrin *et al.* in press; PICUM 2002). Daaruit blijkt dat de toepassing van het Koninklijk Besluit over “dringende medische hulp” problematisch verloopt en op weinig systematische manier georganiseerd is. Bovendien is de beschrijving van welke gezondheidszorg wel/niet in aanmerking komt niet altijd duidelijk. De ziekenhuizen worden daarnaast soms geconfronteerd met onzekerheid over het verblijfsstatuut van de patiënt, over de tussenkomst van het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) en de terugbetaling van zorg die verstrekt is in het kader van de dringende medische hulp.

Die weinig georganiseerde toepassingen hebben hun impact op de praktijk van de gezondheidszorgverstrekkers, zoals doorverwijzingen van patiënten, zorg die finaal “gratis” verstrekt wordt, beperkingen in de behandelmogelijkheden,..., en vooral ook op de gezondheid van de patiënten. De experts sluiten zich in dit kader aan bij de aanbevelingen van het “Kruispunt Migratie - Integratie”<sup>30</sup>, dat heel wat deskundigheid op dit vlak bezit (Druyts 2010).

**Aanbeveling 3.1:** Het toepassingsgebied van de wetgeving inzake dringende medische hulpverlening moet verduidelijkt worden en de OCMW's dienen een duidelijk kader te krijgen voor de terugbetaling van de gezondheidszorg bij mensen in een precare verblijfssituatie. De zorgprestaties die gedekt zijn en waarvoor een tussenkomst kan worden aangevraagd, zijn die prestaties zoals vermeld in de nomenclatuur van het RIZIV. Helaas staan bepaalde noodzakelijke prestaties zoals bijvoorbeeld het ter beschikking stellen van aerosoltoestellen, nog niet op deze lijst: die prestaties zouden dan ook daarin moeten worden opgenomen zodat een kwaliteitsvolle zorgverstrekking aan mensen in een precare verblijfssituatie kan worden gewaarborgd. Die lijst bestaat min of meer al voor asielaanvragers en zou kunnen worden uitgebreid naar mensen in een precare verblijfssituatie. Op die manier kan gehoor gegeven worden aan de vraag van artsen naar meer eenvormige zorgpakketten.

**Aanbeveling 3.2:** Het sociaal onderzoek moet toevertrouwd worden aan het OCMW om zo de sociale diensten van de ziekenhuizen te ontlasten. De huidige situatie is bovendien onduidelijk: sommige OCMW's vragen aan de sociale diensten van de ziekenhuizen om het sociaal onderzoek in verband met de toekenning van dringende medische hulp uit te voeren, terwijl andere OCMW's dit zelf doen. Ook moet de rol van de OCMW's in het sociaal onderzoek verduidelijkt en ondersteund worden, zodat het verblijfsstatuut van mensen die niet aangesloten zijn bij een verzekeringsinstelling kan bepaald worden. De POD Maatschappelijk Integratie zou ook bijkomende steun moeten bieden

<sup>30</sup> Vroeger het “Vlaams Minderhedencentrum”.

wanneer aanvragen tot terugbetaling naar het buitenland moeten worden gestuurd, zoals het geval is wanneer er een verzekering werd genomen bij een Europese ziekteverzekering of een private ziekteverzekering.

**Aanbeveling 3.3:** Er moet voorzien worden in een medische kaart waarop informatie staat over de verschillende instellingen (OCMW, FEDASIL, verzekeringsinstellingen) waarbij de zorgverleners terugbetalingsovereenkomsten kunnen aanvragen. Die medische kaart is belangrijk voor MEM die via de KSZ/BCSS geen documenten gekregen hebben met de weergave van hun “verzekeraarstatus” of die niet over reguliere verblijfsdocumenten beschikken.

**Aanbeveling 3.4:** De praktijk van de medische kaart (=betalingsverplichting) die momenteel reeds gebruikt wordt voor asielaanvragers en in sommige OCMW's eveneens voor mensen in een precare verblijfssituatie moet veralgemeend worden.

**Aanbeveling 3.5:** Er dient een ruimere diversiteit gecreëerd te worden in de artsen en de zorginstellingen waar mensen in een precare verblijfssituatie en andere MEM worden opgevangen, om zo te voorkomen dat er “zorggetto's” ontstaan waar enkel mensen in armoedesituaties en mensen in een precare verblijfssituatie behandeld worden. Die organisaties moeten bovendien de nodige erkenning krijgen, alsook voldoende ondersteund worden in hun activiteiten door middel van bijvoorbeeld het ter beschikking stellen van informatiebrochures, een vermindering van de administratieve procedures en een gemakkelijker toegang tot tolken en interculturele bemiddelaars.

**Aanbeveling 3.6 :** Er moet een voorlopige verblijfsstatus worden afgeleverd aan personen in een precare verblijfssituatie die met actieve tuberculose kampen (of een andere besmettelijke gezondheidsaandoening) zodanig dat zij zich voldoende veilig voelen om een medische behandeling te (blijven) ondergaan.

De ETHEALTH-groep stelde eveneens vast dat **asielaanvragers** soms beperkingen ervaren in de keuze van hun zorgverlener. Ze worden bovendien soms geconfronteerd met beperkingen in de toegang tot zorginstanties, een gegeven dat nog aanzienlijk versterkt wordt door de huidige “opvangcrisis”. Opnieuw wil de ETHEALTH-groep benadrukken dat een aantal basiscriteria (zoals huisvesting, voeding of hygiëne) moet gegarandeerd worden voor al wie op het Belgische grondgebied verblijft. Het garanderen van deze basisvoorwaarden in de leefcontext is immers van essentieel belang voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Door de omstandigheden te verbeteren waarin asielaanvragers worden opgevangen, zouden sommige gezondheidsproblemen dan ook vermeden kunnen worden.

**Aanbeveling 3.7:** FEDASIL moet artsen die gevraagd worden om gezondheidszorg te verstrekken aan asielaanvragers beter ondersteunen, en aan zorgverleners die geconfronteerd worden met de specifieke problematiek van asielaanvragers moeten kosteloze opleidingen aangeboden worden.

**Aanbeveling 3.8:** Voor alle asielaanvragers dienen humane en kwaliteitsvolle opvangomstandigheden gerealiseerd te worden, zodanig dat deze opvangcondities nooit een bedreiging vormen voor de gezondheid van de betrokken asielaanvragers, noch (bijkomende) psychische of fysieke problemen veroorzaken.

**Aanbeveling 3.9:** Voor asielaanvragers moet de toegang tot gezondheidszorg (zowel de fysieke als de geestelijke gezondheidszorg) gewaarborgd worden, en dat onafhankelijk van de omstandigheden waarin ze worden opgevangen.

#### b. MEM met psychische problemen

De ETHEALTH-groep heeft meerdere actoren bevestigd die werken met MEM die psychische problemen hebben. Sommige MEM worden geconfronteerd met traumatiserende situaties en/of ondervinden stress die te maken heeft met ontworteling, acculturatie, discriminatie of sociaal isolement. De nood aan psychiatrische en/of psychosociale opvang is dus groot. Maar de toegang blijft beperkt: enerzijds is de toegang tot deze diensten problematisch voor mensen die geen aansluiting bij een verzekeringsinstelling hebben; anderzijds blijft het aanbod en ook de locatie van deze diensten voor geestelijke gezondheidszorg voor deze groepen vaak beperkt of weinig toegankelijk. Tot slot kunnen MEM zelf ook terughoudend zijn om op dit soort ondersteuning een beroep te doen omwille van stigmatisering of angst voor vrijheidsberoving, gezien deze groepen immers een groter risico lopen op een “gedwongen opname” in vergelijking met de Belgische bevolking (Lorant *et al.* 2007).

Bovendien moeten MEM met psychische problemen pijnlijk ondervinden dat er een kloof gaapt tussen de sociale diensten en de diensten voor geestelijke gezondheid, in het bijzonder in België (Goldman *et al.* 2002; Nicaise *et al.* in press).

De geraadpleegde personen wijzen ook op de soms dubbele rol van cultuur: cultuur kan een ondersteunende factor zijn voor de betrokken personen, maar kan evengoed een barrière worden in het hulpverleningsproces. De stigmatisering van geestelijke gezondheid in bepaalde groepen van MEM kan immers een belemmering vormen naar hulpverlening toe en deze ook complexer maken. Tot slot is het van bijzonder belang bij de aanpak van psychische problemen dat de cliënt de mogelijkheid heeft om zich uit te drukken in zijn moedertaal.

De expertengroep ETHEALTH heeft de eigen aanbevelingen daarnaast aangevuld met aanbevelingen van de Europese projecten EUGATE<sup>31</sup> en PROMO<sup>32</sup>. Deze twee projecten brachten enkele goede praktijken inzake de aanpak van geestelijke gezondheidsproblemen bij MEM, vluchtelingen en mensen in een precaire verblijfssituatie in kaart:

**Aanbeveling 3.10:** Er moeten cultureel competente preventiecampagnes rond geestelijke gezondheid worden uitgewerkt en geïmplementeerd, waarbij rekening wordt gehouden met kwetsbare groepen en waarbij deze ontwikkeld worden in nauwe samenspraak met de beoogde doelgroepen.

**Aanbeveling 3.11:** Er dient een aanbod van cultureel competente geestelijke gezondheidszorg te worden ontwikkeld en geïmplementeerd, in het bijzonder in de grote steden van de drie regio's van het land.

**Aanbeveling 3.12:** Er moeten diensten voor geestelijke gezondheid uitgebouwd worden die over competente tolken en interculturele bemiddelaars beschikken.

<sup>31</sup> European Best Practices in Access, Quality and Appropriateness of Health Services for Immigrants in Europe (EUGATE): <http://www.eugate.org.uk/>

<sup>32</sup> Best Practice In Promoting Mental Health In Socially Marginalized People In Europe (PROMO). <http://www.promostudy.org/index.html>

**Aanbeveling 3.13:** Cultuurspecifieke opleidingen binnen de geestelijke gezondheidszorg moeten toegankelijker worden gemaakt voor alle betrokken zorgverstrekkers. Bovendien moeten cultuurspecifieke aspecten van geestelijke gezondheidszorg een essentieel onderdeel vormen in alle opleidingen van hulpverleners binnen de geestelijke gezondheidszorg.

**Aanbeveling 3.14:** Er dient een betere samenwerking en een betere doorverwijzing van cliënten te zijn tussen enerzijds diensten die werken met migranten, vluchtelingen, etnische minderheden of mensen in een precaire verblijfssituatie en anderzijds diensten voor geestelijke gezondheidszorg.

**Aanbeveling 3.15:** Binnen de eerstelijnsgezondheidszorg moet er meer aandacht gaan naar psychische problemen bij en een aangepaste doorverwijzing van cliënten naar de geestelijke gezondheidszorg, alsook naar voldoende ondersteuning van en informatieverstrekking aan cliënten inzake geestelijke gezondheid(zorg).

### c. Vrouwen

Volgens de WHO worden miljoenen vrouwen en meisjes over de hele wereld geconfronteerd met gezondheidsongelijkheden enkel op basis van het genderverschil. Die ongelijkheden op basis van gender beïnvloeden de gezondheid van vrouwen via diverse mechanismen: discriminatie ten aanzien van vrouwen, gender-gerelateerd geweld, beperkte toegang van vrouwen tot inkomensbronnen en andere mogelijkheden en het gebrek aan inspraak dat vrouwen hebben in de eigen gezondheid (WHO 2008). Migrantenvrouwen en vrouwen die tot een etnische minderheid behoren krijgen bovendien twee keer te maken met discriminatie ten aanzien van hun gezondheid: één keer als vrouw en dan nogmaals als migrante of lid van een etnische minderheid (Adanu 2009).

Over de hele wereld neemt het aandeel vrouwen in migratieprocessen toe (IOM 2010). In België bedraagt het aantal migrantenvrouwen en vrouwen dat tot een etnische minderheid behoort 520 433, of 49,2% van de in België verblijvende buitenlandse bevolking (FOD Economie 2011). In januari 2011 registreerde het Commissariaat-Generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen 31,73% asielaanvragen die door vrouwen werd ingediend (CGVS 2011).

Onderzoek toont aan dat migrantenvrouwen en vrouwen die tot een etnische minderheid behoren prenataal veelal minder consulteren, een beperktere toegang hebben tot preventiecampagnes en meer risico lopen op seksueel geweld en seksuele vermindering (Wolff 2008). De prevalentie van andere problemen die alle vrouwen kunnen raken, zoals borst- en baarmoederhalskanker, osteoporose of diabetes type 2, werden reeds besproken (zie 3.3.2). De ETHEALTH-groep wil in dit deel ingaan op gezondheidsongelijkheden die specifiek verband houden met de combinatie migrante- en vrouw-zijn.

Uit verschillende studies komt naar voren dat migrantenvrouwen en vrouwen die tot een etnische minderheid behoren, inclusief mensen in een precair verblijfssituatie, vaker ongewenste zwangerschappen hebben, minder prenatale consultaties krijgen, vaker het slachtoffer zijn van partnergeweld en minder vaak gebruik maken van preventieve maatregelen (Wolff 2008). Bovendien lopen migrantenvrouwen en vrouwen die tot een etnische minderheid behoren een hoger risico op baby's met een laag geboortegewicht, op een vroegtijdige bevalling, op kindersterfte en aangeboren afwijkingen bij hun baby's. De voornaamste barrières in de toegang tot gezondheidszorg voor deze moeders zijn taal, cultuur en de beperkte ondersteuning vanuit de gemeenschap (Bollini 2008; Reitmanova 2007). Bovendien geven diezelfde auteurs aan dat migrantenvrouwen minder mogelijkheden hebben om taalvaardigheden te ontwikkelen in het gastland.

In de strategie 2010-2015 van de WHO<sup>33</sup> wordt gepleit voor een universele toegang tot reproductieve en seksuele gezondheid, vooral voor kwetsbare bevolkingsgroepen. Dit betekent concreet voldoende toegang tot gezinsplanningsmethodes en anticonceptiva, maar eveneens beschikken over voldoende mogelijkheden om illegale abortus te voorkomen en het verminderen van geweld tegen vrouwen, inclusief genitale verminkingen - dit alles dankzij de toegang tot afdoende informatie en aangepaste dienstverlening.

Migrantenvrouwen en vrouwen die tot een etnische minderheid behoren, en in het bijzonder vrouwen die in vluchtelingencentra verblijven, lopen een specifiek risico op blootstelling aan seksueel geweld. Verschillende auteurs wijzen erop dat vrouwen die gemigreerd zijn, die zich in een precare verblijfssituatie bevinden of die asiel hebben aangevraagd veel kwetsbaarder zijn voor seksueel geweld, zowel in het gastland als in het land van herkomst (Adanu 2009; Keygnaert 2008). Deze vrouwen zijn bovendien ook vaak niet in staat om steun te vinden binnen het justitieel kader in het gastland, onder meer door gebrek aan kennis van de juridische procedures die in het gastland gelden (Kornosky 2008).

Inzake genitale verminking bij vrouwen (VGV) telt men in Europa ongeveer 500 000 vrouwen en meisjes die leven met genitale verminking en lopen 180 000 meisjes het risico om genitaal verminkt te worden (Europees Parlement 2009b). In België wordt het aantal besneden vrouwen en meisjes op 1 januari 2008 geschat op 6 260 en het aantal vrouwen en meisjes dat het risico loopt om besneden te worden op 1 975 (Dubourg & Richard 2010). Naast de onmiddellijke gevolgen (pijn, bloedingen die tot de dood kunnen leiden, ontstekingen van de wonde) is de impact van genitale verminking op de seksuele, reproductieve en mentale gezondheid van de betrokken vrouwen aanzienlijk, mede beïnvloed door de ernst van de verminking. Bij infibulatie komen urogenitale infecties, fistels, problemen bij de bevalling zoals perineale scheuren, pijn en dood van de foetus, en pijnlijke seksuele contacten zeer vaak voor (Dieleman 2010). Die praktijken hebben gevolgen voor de mentale en fysieke gezondheid van de vrouwen en kunnen hen beletten om ten volle deel te nemen aan het openbare leven (WHO 2010). Uit onderzoek blijkt ook dat zorgverleners beter geïnformeerd zouden moeten worden over de praktijk van genitale verminking in bepaalde gemeenschappen en over het juridische kader dat in België van kracht is (Dieleman 2009). Het Europese programma DAPHNE heeft in die zin reeds onderzoek gedaan en eveneens enige vooruitgang geboekt<sup>34</sup>.

De expertengroep heeft de eigen aanbevelingen aangevuld met aanbevelingen van de WHO en het DAPHNE-programma van de Europese Commissie, alsook met aanbevelingen uit reeds bestaande strategieën ter bestrijding van praktijken van genitale verminking.

**Aanbeveling 3.16:** De opvang van MEM in kraamafdelingen, spoeddiensten en diensten voor gynaecologie dient verbeterd te worden door rekening te houden met culturele, taalkundige, sociale en financiële barrières (bijvoorbeeld door de organisatie van prenatale infosessies in andere talen).

**Aanbeveling 3.17:** Diversiteit moet gecreëerd worden in de antwoorden die zorgverleners geven op gezondheidsproblemen van vrouwen, via vorming in interculturele aspecten en door het voorzien in sociale ondersteuning en in partnerschappen met etnisch-culturele gemeenschappen, allemaal

<sup>33</sup> <http://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>

<sup>34</sup> DAPHNE-programma: Europees programma dat projecten ondersteunt die de strijd willen aanbinden tegen geweld ten aanzien van kinderen, jongeren en vrouwen.  
[http://ec.europa.eu/justice/funding/daphne3/funding\\_daphne3\\_en.htm#part\\_1](http://ec.europa.eu/justice/funding/daphne3/funding_daphne3_en.htm#part_1)

elementen die noodzakelijk zijn in de strijd tegen praktijken van genitale verminking en tegen seksueel geweld.

**Aanbeveling 3.18:** Er moet meer nadruk gelegd worden op preventie inzake seksuele en reproductieve gezondheid van migrantenvrouwen en vrouwen die tot een etnische minderheid behoren, via een betere verspreiding van informatie over hun rechten en de in België geldende regelgeving, zoals het recht op abortus en anticonceptiva en de bescherming bij partnergeweld, gedwongen huwelijken of genitale verminking. Het is ook belangrijk om de toegang van deze doelgroepen tot een kwaliteitsvolle opvolging van zwangerschappen en tot preventiecampagnes inzake baarmoederhalskanker te bevorderen.

### 3.3.4. Niveau 4: Toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg

ETHEALTH bestudeerde op dit niveau volgende elementen:

- (1) het garanderen van de toegankelijkheid\* en kwaliteit\* van eerstelijnszorg en -diensten;
- (2) het bevorderen van cultureel competente zorgverstrekking.

#### a. Toegankelijke en kwaliteitsvolle eerstelijnszorg

Verschillende actoren geven een tendens aan dat vluchtelingen, mensen in een precare verblijfssituatie of bepaalde migrantengroepen georiënteerd worden naar een klein aantal ziekenhuizen of ambulante diensten en meestal ook terecht komen in wijkgezondheidscentra waar met het systeem van forfaitaire betaling gewerkt wordt. Deze “concentratie” houdt deels verband met de geografische ligging van de betrokken gezondheidsdiensten, maar heeft niettemin een invloed op de sociale samenstelling van het cliënteel van deze diensten en kan het werk van de betrokken gezondheidszorgverstrekkers toch bemoeilijken. Bovendien zou deze “concentratie” op termijn ook tot een dualisering van het gezondheidszorgsysteem kunnen leiden, met een negatief imago voor bepaalde zorginstellingen of zorgverleners. Volgens de Europese studie EUGATE is het belangrijk om dergelijke “zorggetto’s” te vermijden en gezondheidszorgverstrekkers die met MEM werken te ondersteunen.

Het vergroten van de geografische toegankelijkheid en de rol van de eerstelijnsgezondheidszorg is dus een globale strategie die zowel voor de migrantenpopulatie als de gehele Belgische bevolking belangrijke voordelen kan hebben (Lorant *et al.* 2008). Die geografische toegankelijkheid kan op verschillende manieren versterkt worden: door gebieden met veel migranten en etnische minderheden op te nemen in de programma’s IMPULSEO I en II om zo de huisartsengeneeskunde beter te financieren en eveneens door het verbeteren van de financiële ondersteuning van initiatieven op het vlak van “sociale gezondheidszorg” in deze locaties<sup>35</sup>.

Bovendien kan ook de culturele toegankelijkheid verhoogd worden door tolken en interculturele bemiddelingsdiensten aan te bieden in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Een verhoging van de toegankelijkheid kan ook gerealiseerd worden via een grotere zichtbaarheid van de bestaande structuren, wat onder meer kan gestimuleerd worden via programma’s op het vlak van gezondheidspromotie en -educatie.

**Aanbeveling 4.1:** De toegankelijkheid en organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg dient versterkt te worden, vooral daar waar de nood aan interculturele opvang het grootste is (bijvoorbeeld in grote steden en ten aanzien van meer kwetsbare groepen). Een essentieel element hierbij is dat zorgverleners voldoende tijd nemen om te luisteren naar de voorgeschiedenis en de context van hun patiënten, ongeacht hun etnische en sociale achtergrond.

**Aanbeveling 4.2:** Alle eerstelijnsgezondheidszorg en alle basismedicatie dient gratis te worden voor iedereen van 0 tot 18 jaar.

**Aanbeveling 4.3:** Het hebben van een vaste huisarts moet gestimuleerd worden, evenals het beschikken over een globaal medisch dossier.

<sup>35</sup> Meer informatie over Impulseo: <http://www.inami.fgov.be/care/nl/doctors/specific-information/impulseo/index.htm>



**Aanbeveling 4.4:** Er dienen aanzetten te komen tot de oprichting van eerstelijnsgezondheidscentra die multidisciplinair werken, waarbij sociale, contextgerichte en psychische aspecten in deze eerstelijnsgezondheidszorg geïntegreerd worden.

**Aanbeveling 4.5:** Er dienen stimulansen te komen om efficiënte netwerken tussen eerstelijnsgezondheidszorgdiensten, gespecialiseerde zorgverlening, ondersteunende structuren voor andere levensdomeinen (huisvesting of werkgelegenheid) en vertegenwoordigers van de MEM te creëren om een doeltreffende informatiedoorstroming en een gepaste doorverwijzing van cliënten te bevorderen.

**Aanbeveling 4.6:** MEM dienen adequate informatie te krijgen over gezondheid en gezondheidszorg, zowel vanuit preventief als vanuit curatief oogpunt.

#### **b. Cultureel competente zorgverlening**

Verscheidende experts benadrukten dat zorgverstrekking bij mensen die geen enkele landstaal spreken voor problemen kan zorgen en aanzienlijke risico's inhoudt voor de medische diagnosestelling, de zorgkwaliteit en de therapeutische relatie. In België wordt op erg diverse manieren met deze taalproblematiek omgegaan. Hoewel er in sommige ziekenhuizen interculturele bemiddelaars zijn die de communicatie in erg belangrijke mate faciliteren, zijn deze mogelijkheden in heel wat ambulante diensten nog niet beschikbaar.

De interculturele bemiddelaar doet echter meer dan enkel tolken: hij kan optreden als "cultural broker" tussen cliënten, families, zorgverleners en organisaties; hij kan vorming geven aan gezondheidzorgverstrekkers en families en hij kan eveneens een sleutelrol vervullen in campagnes van gezondheidseducatie en -promotie. Er bestaan op dit terrein heel wat interessante initiatieven, zoals het werk van vzw De Foyer<sup>36</sup>. Het is belangrijk om deze initiatieven bekend te maken in alle regio's van het land en ze zelfs te versterken en uit te breiden. Dit is in het bijzonder gezien de noodzaak om een beroep te doen op een interculturele bemiddelaar niet afneemt met de tijd dat een migrant in het gastland verblijft (Nierkens *et al.* 2002).

Parallel hiermee stelt de expertengroep ETHEALTH vast dat tolken en interculturele bemiddelaars momenteel vooral ingezet worden in ziekenhuizen. Het is absoluut noodzakelijk om het gebruik van interculturele bemiddelaars en tolken uit te breiden naar andere sectoren, zoals de eerstelijnsgezondheidszorg (centra voor huisartsengeneeskunde, privépraktijken van huisartsen, welzijnscentra of raadplegingscentra van Kind & Gezin), de (ambulante en residentiële) diensten voor geestelijke gezondheid en de gespecialiseerde gezondheidszorgcentra (o.a. poliklinieken, dagcentra, enz.).

**Aanbeveling 4.7:** Het werken met tolken en interculturele bemiddelaars moet aangemoedigd worden en dient toegankelijk te zijn voor alle sectoren in de gezondheidszorg. Bovendien moeten professionals in de gezondheidszorg en de sociale sector leren werken met tolken en interculturele bemiddelaars om de doeltreffendheid ervan te optimaliseren.

<sup>36</sup>Foyer is een vzw uit de gemeente Molenbeek die sociale, juridische en medische bijstand biedt en ook interculturele bemiddelaars ter beschikking heeft, dit alles met als finale doelstelling het bevorderen van de sociale cohesie. <http://www.foyer.be/?lang=nl>

**Aanbeveling 4.8:** Binnen de gezondheidszorg moet meer aandacht besteed worden aan cultuurspecifieke elementen die de toegankelijkheid en het gebruik van het zorgaanbod voor MEM kunnen verhogen. Zo moeten gezondheidszorgvoorzieningen voldoende ruimte voorzien voor de beleving van de cultuur en godsdienst van alle patiënten; dat kan o.m. door te zorgen voor aangepaste voeding en gebedsruimtes. Door meer aandacht te besteden aan cultuurspecifieke factoren, zoals religieuze rites en voedingsgewoonten, kan men ervoor zorgen dat MEM minder vroegtijdig de hulpverlening verlaten.

**Aanbeveling 4.9:** Zorgverstrekkers moeten gestimuleerd worden tot het aannemen van een open en sensitieve houding in het diagnosestellings- en zorgverleningsproces bij migranten en etnische minderheden. Overleg en communicatie met etnische minderheden is in dat opzicht absoluut noodzakelijk, zodat complementariteit, indien gewenst, mogelijk is.

**Aanbeveling 4.10:** Een teamwerking met divers samengestelde teams inzake geslacht, leeftijd, etnisch-culturele achtergrond en opleidingsniveau dient gestimuleerd te worden. Etnisch diverse teams zijn echter slechts mogelijk door onder andere meer migranten en etnische minderheden te laten instromen in gezondheidszorgberoepen.

**Aanbeveling 4.11:** Alle zorgverstrekkers en zorginstituties moeten ertoe aangezet worden om actieplannen uit te werken en middelen in te zetten om tegemoet te komen aan de noden van de verschillende groepen MEM. Concreet moeten de meldpunten waar discriminatie en racisme kunnen worden aangekaart toegankelijk zijn voor en bekend zijn bij het doelpubliek. Zorgvoorzieningen moeten worden aangespoord om beleidsplannen ter bestrijding van alle vormen van discriminatie uit te werken, toe te passen en te evalueren en dit in functie van de lokale context.

## CONCLUSIE

De gezondheid van migranten en etnische minderheden is een probleem voor de volksgezondheid, net zoals bijvoorbeeld de strijd tegen epidemieën of tegen sociaaleconomische gezondheidsverschillen. In België hebben migranten en etnische minderheden in vergelijking met de Belgische bevolking een slechtere gezondheid en ondervinden ze moeilijkheden op het vlak van de toegang tot gezondheidszorg en tot preventie. Ze worden geconfronteerd met verschillende, elkaar versterkende vormen van discriminatie die een bijkomende negatieve invloed hebben op hun gezondheidsstatus; te meer gezien met hun verwachtingen en noden inzake gezondheid en gezondheidszorg onvoldoende rekening wordt gehouden bij de organisatie en verstrekking van gezondheidszorg. Ook op dit vlak vertoont België immers een achterstand, zoals uit internationale vergelijkingen blijkt, ook al worden er, bijvoorbeeld via door de FOD Volksgezondheid gefinancierde interculturele bemiddelaars en op initiatief van diverse organisaties, inspanningen gedaan om in (gedeeltelijke) oplossingen te voorzien.

De doelstelling van de ETHEALTH expertengroep was om vanuit het opmaken van een stand van zaken inzake de gezondheid van migranten en etnische minderheden en de inventarisatie van een aantal “goede praktijken”, aanbevelingen te formuleren die in het beleid zouden moeten geïntegreerd worden om op die manier aan etniciteit gerelateerde onrechtvaardigheid en ongelijkheid inzake gezondheid ernstig te verminderen. Die doelstelling dient niet alleen te worden nagestreefd omwille van internationaal aangegane verbintenissen door ons land, maar ook omwille van de vastgestelde epidemiologische situatie en de gegeven multiculturele realiteit in ons land.

Op grond van een beknopte literatuurstudie en consultaties met experts heeft de ETHEALTH-groep 46 aanbevelingen uitgewerkt, die in vier actiedomeinen kunnen worden samengevat:

- (1) Strategieën ontwikkelen die het enerzijds mogelijk maken om te beschikken over adequate informatie inzake aan etniciteit gerelateerde gezondheidsverschillen en die anderzijds zorgen voor de realisatie van cultureel competente diensten en cultureel competente gezondheidszorgverstrekkers;*
- (2) Dezelfde gezondheidskansen bieden aan migranten en etnische minderheden, zowel op het sociaaleconomische vlak als op het vlak van preventie en gezondheidspromotie;*
- (3) Bijzondere aandacht besteden aan bepaalde extra kwetsbare groepen, zoals migranten die niet over een verplichte ziekteverzekering beschikken, vrouwelijke migranten en migranten die kampen met geestelijke gezondheidsproblemen;*
- (4) De gezondheidszorg toegankelijk maken voor alle migranten en etnische minderheden, niet alleen door bestaande barrières te verminderen, maar ook door op een proactieve manier een cultureel competente en niet-discriminerende gezondheidszorg te bevorderen.*

De ETHEALTH-groep wil besluitend dan ook een oproep lanceren naar de verschillende overheden van dit land die een rol spelen in zowel de gezondheids- als de algehele sociale sector om zich in een interministeriële conferentie over deze 46 aanbevelingen te buigen en deze ten uitvoer te brengen.

# GLOSSARIUM

Dit glossarium werd in twee delen gesplitst: het eerste deel is gewijd aan migratie en diverse bevolkingsgroepen hieraan gelieerd, in het tweede deel komen concepten met betrekking tot gezondheid en gezondheidszorg aan bod. De behandelde termen werden alfabetisch gerangschikt.

## 1. Migratie en bevolkingsgroepen

### Asielaanvragers

De asielaanvrager (of nog: asielzoeker) is een persoon die zich beroept op de bescherming van een Staat krachtens het Verdrag van Genève (IOM 2004).

Asielaanvragers worden gedefinieerd als personen die een aanvraag tot erkenning als vluchteling hebben ingediend en wachten op de beslissing omtrent dit vluchtelingenstatuut op grond van de nationale en internationale wetgeving (IOM 2004). Asielaanvragers zijn dus personen die formeel de toelating gevraagd hebben om in een ander land dan het land van herkomst te leven omdat zij (en vaak ook hun families) vrezen dat ze in hun herkomstland zullen worden vervolgd. Strikt genomen is het onmogelijk te zeggen of een asielaanvrager al dan niet een vluchteling is tot het vluchtelingenstatuut hem officieel is toegekend.

### Autochtoon

Letterlijk verwijst “autochtoon” naar de inwoners van een land en dit in tegenstelling tot “allochtoon”. De gezondheidsongelijkheden die verband houden met etniciteit worden onderzocht door een groep die door zijn etnische afstamming bevoordeeld is te vergelijken met een groep die op het vlak van gezondheid door zijn etnische afstamming benadeeld is. “Autochtone populaties” verwijst dan ook naar die meerderheidsgroep die door zijn etnische afstamming bevoordeeld is. Hoewel er grenzen zijn aan deze indeling in categorieën, gaat het in de West-Europese regio over het algemeen om de zogenoemde “blanke” populaties, die qua culturele en religieuze kenmerken nauw aansluiten bij de meest gangbare culturele en religieuze praktijken van de maatschappij waarin ze leven.

### Legale migranten versus migranten zonder wettige verblijfsdocumenten

Migranten zijn mensen die hun land van herkomst verlaten hebben om economische redenen of om redenen die niet onder de definitie van vluchteling volgens de Conventie van Genève vallen. In de groep “migrant” kan een onderscheid gemaakt worden tussen reguliere (legale) migranten en niet-reguliere migranten (mensen zonder papieren). Legale of reguliere migranten zijn mensen die in een gast- of transitland binnenkomen, er verblijven en er (soms) werken op een legale manier, zoals erkend door de overheden van dat land. Niet-reguliere migranten of mensen zonder wettige verblijfsdocumenten zijn individuen die in een gastland zijn binnengekomen zonder wettelijke toestemming en/of van wie de documenten verstreken zijn, zoals bijvoorbeeld bij mensen met een (afgelopen) toeristen- of studentervisum of asielaanvragers wiens aanvraag werd afgewezen (IOM 2004).

### Mensen in een precare verblijfssituatie

Met de benaming “mensen in een precare verblijfssituatie” wordt meestal verwezen naar “mensen zonder geldige verblijfsdocumenten” of “illegalen”. Dit zijn personen die geen verblijfsvergunning hebben die hen de toestemming verleent om in het gastland te verblijven. Ze zijn het land bijvoorbeeld zonder documenten binnengekomen, hun visum is verstreken of hun asielaanvraag

afgewezen. In plaats van terug te keren naar hun land van herkomst, duiken ze onder (PICUM 2002, IOM 2004).

### **Migratie**

Migratie is een proces van verplaatsing over een internationale grens of binnen een land zelf. Het is een bevolkingsbeweging die alle vormen van bewegingen van individuen omvat, ongeacht de duur, de samenstelling of de oorzaak ervan (IOM 2004). Momenteel bestaat er geen internationale overeenstemming over de definitie van “migrant”. Naargelang de fase van de migratiecyclus, de manier van reizen of het wettelijke verblijfsstatuut worden verschillende categorieën onderscheiden.

### **Niet-begeleide minderjarigen**

Elke persoon van minder dan 18 jaar, die niet begeleid is door een persoon die het ouderlijke gezag of de voogdij over hem uitoefent krachtens de nationale wet van de minderjarige, die onderdaan is van een land dat geen lid is van de Europese Economische Ruimte en die in een van de volgende situaties verkeert: ofwel de erkenning van de hoedanigheid van vluchteling hebben aangevraagd, ofwel niet voldoen aan de voorwaarden inzake toegang tot en verblijf op het grondgebied vastgesteld in de wetten betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (KB van 22 december 2003, Voogdij over niet-begeleide minderjarige vreemdelingen).

### **Vluchtelingen**

Een vluchteling is, aldus de Conventie van Genève uit 1951, een persoon die uit gegronde vrees voor vervolging wegens zijn ras, godsdienst, nationaliteit, het behoren tot een bepaalde sociale groep of zijn politieke overtuiging, zich bevindt buiten het land waarvan hij de nationaliteit bezit, en die de bescherming van dat land niet kan of, uit hoofde van bovenbedoelde vrees, niet wil inroepen of die, indien hij geen nationaliteit bezit en verblijft buiten het land waar hij vroeger zijn gewone verblijfplaats had, daarheen niet kan, of uit hoofde van bovenbedoelde vrees, niet wil terugkeren (VN 1951).

Als een vluchteling beantwoordt aan deze criteria van het Verdrag van Genève, wordt hij soms benoemd als “erkend vluchteling”, een internationaal aanvaarde definitie die gebruikt wordt in Europees recht .

### **Vreemdeling**

In de strikte zin van de Belgische wetgeving is een vreemdeling een persoon die de Belgische nationaliteit niet heeft.

## **2. Concepten met betrekking tot gezondheid, gezondheidszorg en gezondheidsongelijkheid**

### **Gezondheid bij migranten**

Gezondheid bij migranten betreft de fysieke en mentale gezondheidstoestand en het sociale welzijn van alle hierboven vermelde “categorieën” migranten en migrerende populaties . Dat gaat verder dan een traditionele benadering van de ziekte en is intrinsiek verbonden met de sociale gezondheidsdeterminanten in ruime zin en met een ongelijke verdeling van die determinanten en van de gezondheidszorg (Davies 2010).

De migratiecyclus wordt gekenmerkt door: a) een fase van langdurende vestiging voorafgaand aan de migratie en die naargelang het motief voor migratie al dan niet op een heftige manier onderbroken wordt ; b) het migratietraject zelf, dat onderbroken kan worden door langere of

kortere verblijven in transitlanden; c) de aanvraagfase waarin de persoon zijn situatie wil regulariseren via wettelijke middelen zoals het aanvragen van een visum, een asielaanvraag, een huwelijk, een gezinshereniging,...; d) de fase van integratie in het gastland of van doortocht naar een ander land; en e) een fase van terugkeer waarna een nieuwe migratiecyclus kan beginnen. Elke fase kan in regelmatige of onregelmatige vormen voorkomen en leidt niet noodzakelijk naar een nieuwe fase. Maar in elk van die fasen wordt de gezondheidstoestand van de migrant bepaald door verschillende factoren op individueel, intermenselijk, organisatorisch en maatschappelijk gebied (Keygnaert *et al.* 2008).

Hoewel de rol van migratie in de verspreiding van ziekten soms een punt van aandacht voor de volksgezondheid is, zijn migranten niet noodzakelijk op alle gezondheidsdomeinen benadeeld. Dat fenomeen is gekend als het “healthy migrant effect” (Hyman 2007).

Dit relatieve voordeel komt echter niet in alle landen en ook niet bij alle groepen migranten voor. Het voordeel kan bovendien ook afnemen in de tijd en doorheen opeenvolgende generaties (Mladovsky 2007; Renard 2005).

### **Gezondheidsongelijkheden**

Gezondheidsongelijkheden zijn vermijdbare ongelijkheden op het vlak van gezondheid tussen groepen personen in en tussen landen. Die ongelijkheden houden verband met ongelijkheden in en tussen samenlevingen. De economische en sociale omstandigheden en de impact ervan op het leven van individuen zijn bepalend voor het verhoogd risico op een slechtere gezondheidsstatus en voor de acties die ondernomen moeten worden om dat risico te voorkomen of de gezondheidsproblemen adequaat te behandelen (WHO 2010).

### **Gezondheidspromotie**

Gezondheidspromotie is een proces dat de bevolking in staat stelt meer controle te hebben over de eigen gezondheid en deze te verbeteren. Gezondheidspromotie beoogt gelijkheid op het vlak van gezondheid. Haar interventies hebben tot doel de bestaande verschillen in gezondheidsstatus te verkleinen en iedereen dezelfde middelen en mogelijkheden te bieden om het “gezondheidspotentieel” ten volle te realiseren (Handvest van Ottawa, 1986, WHO). Gezondheidspromotie vereist dan ook intens overleg met alle betrokkenen en is opgebouwd rond vijfkrachtlijnen:

- 1) uitwerken van een overheidsbeleid
- 2) zorgen voor gunstige omgevingsfactoren
- 3) versterken van gemeenschapsgerichte acties
- 4) verwerven van individuele vaardigheden
- 5) heroriënteren van gezondheidszorgdiensten .

### **Gezondheidszorg**

Teneinde een zo breed mogelijke kijk te houden en rekening te houden met de diversiteit van situaties, hebben de experts van de ETHEALTH-groep ervoor gekozen om gezondheidszorg te beschouwen als alle handelingen in het curatieve, preventieve, palliatieve, sociale en psychische domein die tot doel hebben de gezondheid te bevorderen, preventief op te treden, de persoon te verzorgen en hem en zijn omgeving bij te staan vanuit een perspectief waarbij gezondheid beschouwd wordt als een alomvattend bio-psychosociaal welzijn en niet enkel als de afwezigheid van ziekten of kwalen.

### **Preventie**

Preventie is het geheel van maatregelen die gericht zijn op het voorkomen of verminderen van het aantal of de ernst van ziektes of ongevallen (Bury 1988).

Preventie omvat vijf krachtlijnen:

- 1) Primaire preventie: alle handelingen die gericht zijn op het verminderen van de incidentie van een ziekte bij de bevolking, dus het beperken van het optreden van nieuwe gevallen  
*Bijvoorbeeld:* vaccinatieprogramma's rond tetanus
- 2) Secundaire preventie: alle handelingen die gericht zijn op het verminderen van de prevalentie van een ziekte bij de bevolking, dus het beperken van het aantal zieken door de evolutieduur te verminderen  
*Bijvoorbeeld:* screeningscampagne rond borstkanker
- 3) Tertiaire preventie: alle handelingen die gericht zijn op het verminderen van de prevalentie van chronische beperkingen ten gevolge van ziekte of het verminderen van het herhaaldelijk optreden van dezelfde ziekten bij de bevolking  
*Bijvoorbeeld:* sociaal-professionele re-integratie van personen met een handicap
- 4) Quartaire preventie: acties ter ondersteuning van personen met een handicap of bij stervende personen, zonder de bedoeling de gezondheidsstatus nog significant te verbeteren  
*Bijvoorbeeld:* mondverzorging in het kader van palliatieve zorg
- 5) Quintaie preventie: begeleiding van een persoon (al dan niet een verwante) die mee instaat voor de ondersteuning van een persoon die een niet-omkeerbare aandoening heeft (Cerexhe 1996).  
*Bijvoorbeeld:* begeleiding van de ouders van een kind met downsyndroom

#### **Primaire gezondheidszorg (of basisgezondheidszorg)**

Primaire gezondheidszorg omvat de essentiële gezondheidszorg die gebaseerd is op praktische, wetenschappelijk correcte en sociaal aanvaardbare methodes en technieken en die universeel toegankelijk gemaakt wordt voor alle individuen en alle families uit de gemeenschap met hun volle medewerking en tegen een kostprijs die de gemeenschap en het land op zich nemen vanuit een perspectief van eigen verantwoordelijkheid en zelfbeschikking. Primaire gezondheidszorg maakt integraal deel uit van zowel het nationale gezondheidszorgsysteem, waarvan het de spil en het brandpunt is, als van de totale economische en sociale ontwikkeling van de gemeenschap. Het is het eerste niveau van contact van de individuen, de gezinnen en de gemeenschap met het nationale gezondheidszorgsysteem, waarbij de gezondheidszorg zo dicht mogelijk gebracht wordt bij de leef- en werkomgeving van mensen. Het is in die zin het eerste element van een ononderbroken proces in de bescherming van de gezondheid (Verklaring van Alma Ata, 1978, WHO).

Primaire gezondheidszorg:

- weerspiegelt de economische omstandigheden en de socioculturele en politieke kenmerken van het land en van de gemeenschappen, en is gebaseerd op de toepassing van de relevante resultaten uit sociaal en biomedisch onderzoek en uit onderzoek naar de gezondheidsdiensten, alsook op de ervaring op het gebied van volksgezondheid;
- heeft tot doel de voornaamste gezondheidsproblemen van de gemeenschap op te lossen, door te voorzien in de daartoe noodzakelijke voorzieningen voor gezondheids promotie, ziektepreventie, zorgverlening en revalidatie;
- omvat minstens: vorming met betrekking tot de gezondheidsproblemen die zich voordoen en de methodes voor preventie en bestrijding die erop van toepassing zijn, de bevordering van goede gewoonten op het vlak van voeding en voedingsstoffen, voldoende bevoorrading met zuiver water en maatregelen voor basiszuivering, bescherming van moeder en kind, inclusief gezinsplanning, inenting tegen belangrijke infectieziekten, preventie en controle van lokale endemieën, de behandeling van vaak voorkomende letsels en ziekten en het verschaffen van essentiële geneesmiddelen;
- betreft naast de gezondheidssector alle sectoren en domeinen die verwant zijn met de nationale en communautaire ontwikkeling, in het bijzonder landbouw, veeteelt,

voedselproductie, industrie, onderwijs, huisvesting, openbare werken en communicatie, en vereist een gecoördineerde actie van al die sectoren;

- vereist en bevordert zoveel mogelijk de eigen verantwoordelijkheid van de gemeenschap en van de individuen en hun medewerking bij de planning, de organisatie, de werking en de controle van de primaire gezondheidszorg, door zoveel mogelijk gebruik te maken van de lokale, nationale en andere middelen, en bevordert daartoe, via aangepaste vorming, de vaardigheid van de gemeenschap om daaraan mee te werken;
- moet worden ondersteund door geïntegreerde en functionele systemen voor doorverwijzing/raadpleging die elkaar onderling ondersteunen, teneinde te komen tot een geleidelijke verbetering van volledige medisch-sanitaire diensten die voor iedereen toegankelijk zijn en prioriteit verlenen aan de allerarmsten;
- doet zowel een beroep op het lokale niveau als op het niveau van het gezondheidspersoneel – artsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen, tussenpersonen en hulpkrachten, naargelang van het geval, en zo nodig traditionele beroepsbeoefenaars – die allemaal sociaal en technisch opgeleid zijn om in teamverband te werken en te voldoen aan de gezondheidsbehoeften van de gemeenschap.

### **Sociale gezondheidsdeterminanten**

Sociale gezondheidsdeterminanten zijn de omstandigheden waarin personen geboren worden, opgroeien, leven en oud worden, alsook het systeem dat gehanteerd wordt om met ziekte om te gaan. Die omstandigheden worden op hun beurt beïnvloed door een breed spectrum aan krachten zoals de economie, het sociale beleid en de politieke koers van de maatschappij (WHO 2010).

### **Sociale gradiënt**

Over heel de wereld hebben mensen die in extreme armoede leven de slechtste gezondheid. Het is immers veelvuldig aangetoond dat een lagere sociaal-economische status vaak samengaat met een slechtere gezondheidsstatus. Er bestaat dus een sociale gradiënt in gezondheid die van hoog naar laag gaat in het sociaaleconomische spectrum. Dit is een globaal fenomeen dat voorkomt in landen met lage, gemiddelde en hoge inkomens. De sociale gradiënt in gezondheid betekent dan ook dat gezondheidsongelijkheden iedereen kunnen treffen (WHO 2010).

### **Subjectieve gezondheid**

Subjectieve gezondheid is de subjectieve beoordeling van mensen van hun eigen gezondheidstoestand. Het gaat om een globale maatstaf die tegelijk de fysieke, psychische en sociale gezondheid omvat. Subjectieve gezondheid is geassocieerd met mortaliteit en werd erkend als een goede voorspeller voor morbiditeit, het niveau van functionele capaciteit en medische consumptie (Tafforeau *et al.* 2010).

### **Toegankelijkheid van de zorg**

De toegankelijkheid van gezondheidszorg omvat verschillende indicatoren:

- Voorwaarden voor de toegang tot het gezondheidssysteem, zoals een ziekteverzekering
- Structurele barrières: tijd en ruimte
- Percepties die de patiënten hebben over de bekwaamheid van gezondheidszorgverstrekkers
- Gebruik van gezondheidszorg (Oxford Handbook 2006).

### **Zorgkwaliteit**

Zorgkwaliteit is de mate waarin de verstrekte behandeling de kansen van de patiënten verhoogt om de gewenste resultaten te bereiken en het risico op ongewenste resultaten verkleint, gelet op de huidige stand van de kennis (Raad van Europa 1998).



## BRONNEN

- Adanu, R.M.K. & Johnson, T. R. B. (2009). Migration and women's health. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 106 (2), 179-181.
- Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile. (2010). *Rapport Annuel 2009*. Bruxelles : Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile.
- Anson, O. (2001). Inequality in the access to preventive health care: the case of immigrants in Belgium. *Archives of Public Health*, 59, 265-279.
- Assises de l'Interculturalité (2010). *Rapport final des Assises de l'Interculturalité: Dialogue Interculturel*. Bruxelles: SPP Intégration sociale.
- Bhopal, R.S. (2007). *Ethnicity, race and health*. Oxford: University Press.
- Bhugra, D. (2004). Migration and Mental Health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 243-258.
- Bischoff, A., & Denhaerynck, K. (2010). What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Service Research*, 10, 248.
- Bollini, P., Pampallona, S., Wanner, P., & Kupelnick, B. (2009). Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Social Science & Medicine*, 68, 452-461.
- Brach, C., & Fraser, I. (2000). Can Cultural Competency Reduce Racial And Ethnic Health Disparities? A Review and Conceptual model. *Medical Care Research and Review*, 57, 181-217.
- Bury, J. (1995). *Education pour la Santé. Concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles : De Boeck Université.
- CGRA (2011a). *Statistiques d'Asiles 2010*. Brussels : Commissariat Général pour les Réfugiés et les Apatrides.
- CGRA (2011b). *Statistiques d'Asiles Mars 2011*. Brussels : Commissariat Général pour les Réfugiés et les Apatrides.
- Chaoui Mezabi, D., & Casman, M.T. (2009). *Rapport d'observation des pratiques des CPAS en matière de Carte Médicale*. Liège : Université de Liège.
- Chauvin P., Parizot I., & Simonnot N. (2009). *L'accès aux soins pour les personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe*. Paris : Médecins du Monde.
- Chauvin, P., Parizot, I., Drouot, N., Simonnot, N., & Tomasino, A. (2007). *Enquête Européenne sur l'Accès aux Soins des personnes en situation irrégulière*. Paris : Médecins du Monde.
- Chauvin P., Parizot I., & Simonnot N. (2009). *L'accès aux soins pour les personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe*. Paris : Médecins du Monde.
- Chrisman, N. (2007). Extending Cultural Competence Through Systems Change: Academic, Hospital, and Community. *Journal of Transcultural Nursing*, 18, 68-76.
- Collectif. (2007). *Stratégie Migration et Santé (Phase II : 2008-2013)*. Genève : Office Fédéral de la Santé Publique).
- Committee of Experts on Health Services in a Multicultural Society. (2006) *Explanatory Memorandum*. Strasbourg: Conseil de l'Europe.
- Conseil de l'Europe. (2006). Recommendation Rec (2006)18 of the Committee of Ministers to member states on health services in a multicultural society. Rec (2006)18. 8-11-2006. Strasbourg: Conseil de l'Europe.
- Conseil de l'Europe. (2011). *The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care. R(97)17. 2011*. Strasbourg : Conseil de l'Europe.

- Conseil de l'Union Européenne (2004). *Directive 2000/43/CE du conseil du 29 juin 2000 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique. 2000/43/EC. 2011*. Bruxelles: Conseil de l'Union Européenne.
- Cooper-Patrick, L., Gallo, J., Gonzales, J., Thi Vu, H., Powe, N., Nelson, C., et al. (1999). Race, gender and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA-Journal of the American Medical Association*, 282, 583-589.
- Croix Rouge de Belgique, C. F. (2005). *Assistance psychosociale et thérapeutique des demandeurs d'asile. Evaluation du Projet*. Brussels: Croix Rouge de Belgique.
- CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organisation.
- CSDH. (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva : World Health Organisation.
- Dauvrin, M., & Lorant, V. (2011). *Bonnes Pratiques dans les Services de Santé pour les Immigrants en Europe. Rapport EUGATE pour la Belgique*. Bruxelles : UCL IRSS.
- Davies, AA., Borland, RM., Blake, C., West, HE. (2011). The Dynamics of Health and Return Migration. *PLoS Med* 8(6): e1001046.
- Deboosere, P., & Gadeyne, S. (2005). Adult migrant mortality Advantage in Belgium: Evidence Using Census and Register Data. *Population*, 60, 765-811.
- Deboosere, P., & Vandenheede, H. (2008). Diabetes type 2 in Belgian women of Turkish and Moroccan origin: an important health issue." Louvain-La-Neuve: *Actes de la Chaire Quetelet*, pp. 1-22.
- Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, PJ., Tafforeau, J., & Van der Heyden, J. (2006). *Enquête de Santé par Interview Belgique 2004*. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique ISP/WIV.
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2005). On the Way to a Better Future: Belgium as Transit Country for Trafficking and Smuggling of Unaccompanied Minors. *International Migration*, 43, 31-56.
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2007). Niet-begeleide buitenlandse minderjarigen: onoplosbare paradoxen. *Orde van de dag: Criminaliteit en Samenleving*, 37, 10, 29-34.
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2008). Unaccompanied refugee children and adolescents: The glaring contrast between a legal and a psychological perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 319-330.
- Derluyn, I., Broekaert, E., & Schuyten, G. (2008). Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in Belgium. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 1, 54-62
- Derluyn, I., Mels, C., & Broekaert, E. (2009). Mental health problems in separated refugee adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44, 3, 291-297.
- Derluyn, I., Vanderplasschen, W., Alexandre, S., Stoffels, E., Scheirs, V., Vindevogel, S., Decorte, T., Franssen, A., Kaminski, D., Cartuyvels, Y., & Broekaert, E. (2008). *Zortrajecten van druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden - Trajectoires de soin des usagers de drogues d'origine étrangère*. Brussel - Gent: Federaal Wetenschapsbeleid - Academia Press.
- Derluyn, I., Wille, B., De Smet, T., & Broekaert, E. (2005). *Op weg. Psychosociale en therapeutische begeleiding van niet-begeleide buitenlandse minderjarigen*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Dieleman, M., Richard, F., Martens, V., & Parent, F. (2009). *Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines. Un cadre de références pour l'action en Communauté Française de Belgique*. Bruxelles : GAMS.
- Dieleman, M. (2010). *Excision et migration en Belgique francophone, Rapport de recherche de l'Observatoire du sida et des sexualités pour le GAMS Belgique*. Bruxelles: GAMS.

- Dixon-Woods, M. (2005). *Vulnerable groups and access to health care: a critical interpretive review. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)*. London : NHS.
- Dogniez, E., & Post, B. (2003). *Projet FER 2002. Evaluation de l'assistance psychosociale et thérapeutique auprès des demandeurs d'asile. Enquête menée auprès des structures d'accueil et des services de soins en santé mentale présentes en province de Liège et du Luxembourg*. Brussels : Fonds Européen pour les Réfugiés et Croix Rouge de Belgique, Com. Francophone.
- Druyts, E. (2010). *De Medische Zorg voor Mensen met een Precair Verblijf of Mensen zonder Wettig Verblijf*. Brussels: VMC.
- Dubourg, D., & Richard, F. (2010). *Etude de la prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique*. Bruxelles: GAMS.
- Edwards, H., Courtney, M., Finlayson, K., Shuter, P., & Lindsay, E. (2008). A randomised controlled trial of a community nursing intervention: improved quality of life and healing for clients with chronic leg ulcers. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1541-1549.
- FARES asbl. (2011). *Registre belge de la tuberculose 2009*. Bruxelles : FARES/VRGT.
- FEDASIL Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile (2010). *Rapport annuel 2009*. Bruxelles : FEDASIL.
- Fossion, P., Ledoux, Y., Valente, F., Servais, L., Staner, L., Pelc, I., et al. (2002). Psychiatric disorders and social characteristics among second-generation Moroccan migrants in Belgium: an age-and gender-controlled study conducted in a psychiatric emergency department. *European Psychiatry*, 17, 443-450.
- Fossion, P., Servais, L., Rejas, M.C., Ledoux, Y., Pelc, I., & Minner, P. (2004). Psychosis, migration and social environment: an age- and- gender -controlled study. *European Psychiatry*, 19, 338-343.
- Fulton, R. (2010). *Ethnic Monitoring: is health equality possible without it?* London: Race & Equality Fondation.
- Gerken, S., & Merkur, S. (2010). *Belgium: Health system review 12(5)*. Brussels: Observatoire Européen de la Santé.
- Goldman, H. H., Morrissey, J. P., Rosenheck, R. A., Cocozza, J., Blasinsky, M., Randolph F., et al. (2002). Lessons from the Evaluation of the ACCESS Program. *Psychiatric Services*, 53, 967-970.
- Hanquinet, L., Vandezande, V., Jacobs, D., & Swyngedouw, M. (2006). *Preparatory Study for Survey and Quantitative Research on Ethnic Minority Groups In Belgium*. Brussels-Leuven: KUL-ISPO et ULB-GERME.
- Hyman, I. (2007). *Immigration and health: reviewing evidence of the healthy immigrant effect in Canada*. Toronto: Joint Centre of Excellence for Research on Immigration and Settlement.
- Kaplan, J.B., & Bennett, T. (2003). Use of race and ethnicity in biomedical publication. *JAMA- Journal of the American Medical Association*, 289, 2709-2716.
- Karl Trummer, U., & Krajic, K. (2007). Migrant Friendly Hospitals: Organisations Learn Sensitivity for Differences." In: Björngren Cuadra C., & Cattacin S. (eds.), *Migration and Health: Difference Sensitivity from an Organisational Perspective*. Malmö: MIM IMER Malmö University, pp 42-61.
- Keynaert, I., Wilson, R., Dedoncker, K., Bakker, H., Van Petegem, M., Wassie, N., & Temmerman, M. (2008). *Hidden violence is a silent rape: Prevention of sexual and gender-based violence against refugees and asylum seekers in Europe: a participatory approach*. Gent: Ghent University - International Centre for Reproductive Health.
- Kornosky, J .L., Peck, J. D., Sweeney, A. M., Adelson, P. L., & Schantz, S. L. (2008). Reproductive characteristics of Southeast Asian immigrants before and after migration. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10, 135-143.

- Levecque, K., Lodewyckx, I., & Vranken, J. (2007). Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders*, 97, 229-239.
- Levecque, K., Lodewyckx, I., & Bracke, P. (2008). Psychological distress, depression and generalised anxiety in Turkish and Moroccan immigrants in Belgium. A general population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 3, 431-441.
- Lindert, J. (2008). Mental health, healthcare utilization of migrants in Europe. *European Psychiatry*, 23, 14-20.
- Lloyd, K. (2006). Common Mental Health Disorders among Black and Minority Ethnic Groups in the UK. *Psychiatry*, 5, 388-391.
- Lodewyckx, I., Wets, J., & Timmerman, C. (2011). *Le regroupement familial en Belgique : les chiffres derrière le mythe*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.
- Lorant, V., Depuydt, C., Gillain, B., Guillet, A., & Dubois, V. (2007). Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42, 360-365.
- Lorant, V., Van Oyen, H., & Thomas, I. (2008). Contextual factors and immigrants' health status: double jeopardy. *Health and Place*, 14, 678-692.
- Lorant, V., Geerts, C., D'Hoore, W., Sauwens, D., Remmen, R., & Peremans, L. (2008). *Médecine générale: comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession ?* Bruxelles: KCE.
- Lorant, V., & Bhopal, R.S. (2010). Comparing policies to tackle ethnic inequalities in health: Belgium 1 Scotland 4. *European Journal of Public Health*, 21, 2, 235-240.
- McElmurry, B.J., Park, C., & Buseh, A. (2003). The Nurse-Community Health Advocate Team for Urban Immigrant Primary Health Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 275-276.
- Médecins sans Frontières Belgique (2008). *Etat des besoins et de l'accès aux soins en santé mentale pour les migrants en séjour précaire*. Bruxelles : MSF.
- Migrant Friendly Hospitals Task-Force (2004). *Déclaration d'Amsterdam. Vers des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle*. Amsterdam : MFH TaskForce.
- Moulin, M., Casman, M.T., Carbonnelle, S., & Joly, D. (2006). *Migrations et vieillissements. Rapport d'expertise commandité par la Fondation Roi Baudouin dans le cadre de la mise en œuvre de son programme Justice Sociale*. Brussels: Fondation Roi Baudouin.
- Nerenz, D. (2005). Health Care Organizations' Use Of Race/Ethnicity Data To Address Quality Disparities. *Health Affairs*, 24, 409-416.
- Nicaise, P., Tulloch, S., Dubois, V., Matanov A., Priebe S., & Lorant V. (2011). *Assessing Mental Health and Social Services Collaboration with Social Network Analysis, Applied to Brussels and London*. 2011. Manuscript submitted for publication.
- Nierkens, V., Krumeich, A., diDe Ridder, R., & Van Dongen, M. (2002). The future of intercultural mediation in Belgium. *Patient Education and Counseling*, 46, 253-259.
- NRCEMH (2008). *Checking for Change. Summary of suggestions for "How to" deliver targets and indicators for Race Equality in Health*. Edinburgh : NHS Scotland.
- Office Fédéral de la Santé Publique (2011). *Population migrante: prévention et promotion de la santé. Guide pour la planification et la mise en œuvre de projets*. Lausanne : Office Fédéral de la Santé Publique Suisse.
- Parlement Européen (2009). *Résolution du Parlement européen du 24 mars 2009 sur la lutte contre les mutilations sexuelles féminines pratiquées dans l'UE. INI/2008/2071*. Brussels : Parlement Européen.

- Perrin, N. (2004). *Les rides de l'Immigration : le troisième âge immigré en Région wallonne*. Namur : Ministère des Affaires Sociales de la Région Wallonne.
- Perrin, N., Van Robaeys, B., Martiniello, M., & Vranken, J. (2007). *La pauvreté chez les personnes d'origine étrangère chiffrée. Rapport partiel de "Pauvreté chez les personnes d'origine étrangère"*. Brussels : Fondation Roi Baudouin.
- Perrin, N. (2006). *L'évolution du nombre d'étrangers en Belgique*. Louvain-la-Neuve : UCL - Groupe de démographie appliquée.
- PICUM (2002). *L'accès aux soins de santé pour les migrants sans-papiers en Europe*. Brussels: PICUM.
- Reitmanova, S., & Gustafson, D. L. (2008). "They can't understand it": maternity health and care needs of immigrant Muslim women in St. John's, Newfoundland. *Maternal and Child Health Journal*, 12, 1010-111.
- Renard, F., Martin, E., Cueva, C., & Deccache, A. (2005). Newly immigrant adolescents' health and quality of life in Belgium: screening and prevention in school medicine. *Archives of Pediatrics*, 12, 1471-1477.
- Ringelheim, J. (2010). *Recueil de données, catégories ethniques et mesure de discrimination : un débat Européen*. Rev.trim.dr.h. 82/2010.
- Roman, L.A., Gardiner, J.C., Lindsay, J.K., Moore, J.S., Luo, Z., Baer, L.J., et al. (2009). Alleviating perinatal depressive symptoms and stress: a nurse-community health worker randomized trial. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 379-391.
- Saha, S., Komaromy, M., Koepsell, T., & Bindman, A. (1999). Patient-Physician Racial Concordance and the Perceived Quality and Use of Health Care. *Archives of Internal Medicine*, 159, 997-1004.
- Scheppers, E., van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*, 23, 325-348.
- Schoonvaere, Q. (2010). *Migrations et populations issues de l'immigration en Belgique. Rapport démographique et statistiques 2009*. Brussels : Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte contre le Racisme.
- Schulze, B., Krajic, K., Trummer, U., & Pelikan, J. M. (2003). *Responding to cultural diversity in hospitals: The European project "Migrant-friendly hospitals"*. Vienna: HPH newsletter23/03.
- Service Public Fédéral Economie P.M.E. (2011). *Classes Moyennes et Energie*. (20110) *Population par nationalité, sexe, groupe et classe d'âges au 1er janvier 20092008*. Brussels : Service Public Fédéral Economie.
- Sindayihebura, E., & Gehrels, L. (2007). *Projet FER 2006. Assistance psychosociale et thérapeutique des demandeurs d'asile. Projet de formation et de soutien du personnel des centres d'accueil*. Brussels : Croix Rouge de Belgique, Com. Francophone.
- SPF Justice (1992). Loi relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. *Moniteur Belge*. 8-12-1992.
- Strand, M., Brown, C., Torgersen, T.P., & Giaever, O. (2009). *Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway*. Geneva: WHO.
- Stronks, K., Ravelli, A.C.J., & Reijneveld, A. (2001). Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? *Journal of Epidemiological and Community Health*, 55, 701-707.
- Tackling Health Inequalities in Belgium TAHIB (2010). *L'inégalité sociale en matière de santé reste tenace en Belgique*. Brussels : Fondation Roi Baudouin.
- Tafforeau, J., Van der Heyden, J., Gisle, L., Demarest, S., Hesse, E., & Drieskens, S. (2010). HIS 2008 : *Santé subjective*. Bruxelles: Institut Scientifique de Santé Publique ISP WIV.

- Uitenbroek, D.G., & Verhoeff, A.P. (2002). Life expectancy and mortality differences between migrant groups living in Amsterdam, the Netherlands. *Social Sciences & Medicine*, 54, 1379-1388.
- Uiters, E. (2007). *Primary Health Care Use amongst Ethnic Minorities in the Netherlands: a comparative study*. Utrecht: Nivel.
- Uiters, E., Devillé, W., Foets, M., & Groenewegen, P.P. (2009). Use of healthcare services by ethnic minorities in the Netherlands: do the pattern differ? In: Uiters, E. (ed.), *Primary Health Care Use among Ethnic Minorities in the Netherlands: a comparative study*. Utrecht: Nivel, pp. 89-102.
- Union Européenne (2000). *Charte des Droits Fondamentaux*. 364/01. 7-12-2000. Brussels: Union Européenne.
- United Nations (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. 10-12-1948. New York: United Nations.
- United Nations (1951). *Convention relating to the status of Refugees*. 1951. New York: United Nations.
- Van den Brande, P., Uydebrouck, M., Vermeire, P., & Demedts, M. (1997). Tuberculosis in asylum seekers in Belgium. *European Respiratory Journal*, 10, 610-614.
- Van der Heyden, J., Gisle, L., Demarest, S., Drieskens, S., Hesse, E., & Tafforeau, J. (2010). *Enquête de santé, 2008*. Bruxelles : ISP/WIV - Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance.
- Vandenheede, H., & Deboosere, P. (2009). Type 2 diabetes in Belgians of Turkish and Moroccan origin. *Archives of Public Health*, 67, 62-87.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health? *The Lancet* 1991, 338, 1059-1063.
- WHO Regional Office for Europe (2010). *How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicit ?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wolff, H., Epiney, M., Lourenco, A., Costanza, M., Delieutraz-Marchand, J., Andreoli, N., et al. (2008). Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*, 8 (93).
- World Health Organisation (1978). *Declaration of Alma Ata on Primary Care*. 1978. Alma-Ata: World Health Organisation.
- World Health Organisation (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. 1986. Ottawa: World Health Organisation.
- World Health Organisation (2008). *Health of Migrants*. 2008. WHA 61.17. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organisation (2009). *Achieving Millennium Development Goal 5: target 5A and 5B on reducing maternal mortality and achieving universal access to reproductive health*. 2009. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organisation (2010). *Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines*. WHO/RHR/10.9. 2010. Geneva: World Health Organisation.
- Zuppinger, B., Kopp, C., & Wicker, H.-R. (2000). *Plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne*. Berne: Institut d'ethnologie, Université de Berne.

## AANBEVOLEN LITERATUUR

*Lijst van Europese richtlijnen met betrekking tot gezondheid en migratie die in Belgische wetgeving werden omgezet*

Naam	Thema
Directive 2004/38/EC of the European Parliament and of the Council of 29 April 2004	On the right of citizens of the Union and their family members to move and reside freely within the territory of the Member States
Council Directive 2003/86/EC of 22 September 2003	Family reunification with indications on health care
Council Directive 2003/109/EC of 25 November 2003	Status of third-country nationals who are long-term residents considering dispositions on public health issues and indications on health care
Council Directive 2001/55/EC of 20 July 2001	Temporary protection in the event of a mass influx of displaced persons with indications on medical care including emergency care and essential treatment of illness
Council Directive 2003/9/EC of 27 January 2003	Reception of asylum seekers with indications on health care (information for medical assistance, medical screening, medical treatment for persons with special needs such as pregnant women, minors, persons subjected to torture, etc.)
Council Directive 2004/83/EC of 29 April 2004	Status of third country nationals or stateless persons as refugees or as persons who need international protection with indications on health care including medical assistance for persons with special needs such as pregnant women, disabled people, etc.
Council Directive 2004/81/EC of 29 April 2004	Residence permit issued to third-country nationals who are victims of trafficking in human beings considering indications on health care including psychotherapeutical care

### *Aanbevolen literatuur over gezondheidsongelikheden*

- Whitehead M. and Dalghren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: *Levelling up Part 1*  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74737/E89383.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf)
- Dalghren G. and Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: *Levelling up Part 2*  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/103824/E89384.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf)

### *Aanbevolen literatuur over gezondheid en gezondheidszorg*

- Organisation mondiale de la santé. Glossaire de la promotion de la santé. 1999.  
[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho\\_glossary\\_fr.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf)

## DIENSTEN

Deze lijst van diensten (willekeurige volgorde) is zeker niet exhaustief, maar biedt een aantal interessante aanspreekpunten.

### **National resource Centre for Ethnic Minority Health**

NHS Health Scotland  
Clifton House  
Clifton Place  
Glasgow G3 7LS  
Email: [nrcemh@health.scot.nhs.uk](mailto:nrcemh@health.scot.nhs.uk)  
Website: <http://www.nrcemh.nhsscotland.com>

### **Landelijke Vereniging tegen Discriminatie**

Schaatsbaan 51  
NL-3013 AR Rotterdam (Nederland)  
Phone: +31 10 201 0201  
Fax: +31 10 201 0222  
Email: [info@lbr.nl](mailto:info@lbr.nl)  
Website: <http://www.art1.nl/>

### **Commissie Gelijke Behandeling**

P.O. Box 16001  
NL-3500 DA Utrecht (Nederland)  
Phone: +31 30 8883 888  
Fax: +31 30 8883 883  
Email: [info@cgb.nl](mailto:info@cgb.nl)  
Website: <http://www.cgb.nl/>

### **Migrant Friendly Hospitals Taskforce**

Dr. Antonio Chiarenza  
Coordinator of the Task Force Migrant Friendly Hospitals  
Coordinating Centre of HPH Regional Network of Emilia-Romagna  
AUSL of Reggio Emilia - Direzione Generale  
Via Amendola, 2  
42100 Reggio Emilia, Italy  
E-mail: [antonio.chiarenza@ausl.re.it](mailto:antonio.chiarenza@ausl.re.it)

### **National Health Services United Kingdom**

Department of Health  
Richmond House  
79 Whitehall  
London SW1A 2NS  
Phone: 020 7210 4850  
Fax: 020 7210 5952  
Website: <http://www.dh.gov.uk>

### **Office fédéral de la santé publique Suisse**

Département Fédéral de l'Intérieur  
Confédération Suisse



<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07691/07830/10941/index.html?lang=fr>

**Cel Interculturele Bemiddeling & Beleidsondersteuning**

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

V.Hortaplein 40 (bus 10)

1060 Brussel

Tel. 02/524.86.07

Website : <http://www.intercult.be>

E-mail : [hans.verrept@gezondheid.belgie.be](mailto:hans.verrept@gezondheid.belgie.be)

## CONTACT

**Prof. Vincent Lorant**

Institut de Recherche Santé et Société  
Université catholique de Louvain  
Clos Chapelle-aux-Champs 30, boîte B1.30.15.  
1200 Woluwé Saint Lambert  
[Vincent.lorant@uclouvain.be](mailto:Vincent.lorant@uclouvain.be)

**Dr. Ilse Derluyn**

Vakgroep Orthopedagogiek  
Universiteit Gent  
H. Dunantlaan 2  
9000 Gent  
[ilse.derluyn@UGent.be](mailto:ilse.derluyn@UGent.be)